

**’N KWANTITATIEWE BESKRYWENDE STUDIE NA DIE
HOUDING VAN VERPLEEGKUNDIGES TEENoor
TERMINASIES VAN SWANGERSKAP BINNE KING SE
SISTEEM TEORIE**

deur

Anso Truter

voorgelê luidens die vereistes vir die graad
DOCTOR LITTERARUM ET PHILOSOPHIAE
in die vak
GESONDHEIDSTUDIES
aan die
UNIVERSITEIT VAN SUID-AFRIKA

Studieleier: Prof DM van der Wal

Medestudieleier: Mev JE Tjallinks

November 2011

VERKLARING

Studentenommer: 786-174-5

Ek verklaar hiermee dat

`N KWANTITATIEWE BESKRYWENDE STUDIE NA DIE HOUDING VAN VERPLEEGKUNDIGES TEENOR TERMINASIES VAN SWANGERSKAP BINNE KING SE SISTEEM TEORIE

my eie werk is en dat ek alle bronne wat ek gebruik of aangehaal het, deur middel van volledige verwysings aangedui en erken het.

Handtekening
(Anso Truter)

14 Februarie 2012

Datum

OPGEDRA AAN:

My ouers,

Jasper en Joey Maass

Dankie vir die liefde en geloof in my vermoëns en ondersteuning

en

My seun,

Niellan

Mag hierdie as inspirasie vir jou toekoms dien!

BEDANKINGS

“Wanneer ons doen wat vir ons moontlik is, sal God die onmoontlike doen”.

(Angus Buchan 2011:51)

Met dank aan my Hemelse Vader wat my die geleendheid, krag en vermoë gegee het om hierdie taak te voltooi.

My opregte dank aan diegene wie se ondersteuning en bystand die voltooiing van hierdie verhandeling moontlik gemaak het. Besondere dank aan die volgende persone en organisasies:

- Prof DM van der Wal, my studieleier, vir sy geduld en absolute waardevolle ondersteuning, bystand en aanmoediging
- Mev JE Tjallinks, medestudieleier, vir ondersteuning
- Dr S Ellis vir haar waardevolle hulp met die vraelys en statistiese ontleding
- Die Departement van Gesondheid: Wes-Kaap en die onderskeie streekkantore wat toestemming tot hierdie studie verleen het
- Die mediese superintendente en fasiliteitsbestuurders wat toestemming vir data-insameling verleen het
- Me Andy Raman vir toestemming verleen tot hierdie studie en data-insameling by die Marie Stopes-klinieke in die Wes-Kaap
- Mev R Visagie, vir die taalversorging van my verhandeling
- Lize Vorster vir die tegniese versorging van hierdie verhandeling
- Respondente vir hul tyd en bereidwilligheid. Sonder hulle was hierdie verhandeling nie moontlik nie
- Die Finansiële Hulp Buro (FAB) van UNISA vir die nagraadse beurs wat aan my toegeken is
- UNISA biblioteekkarisse vir hul geduld en waardevolle hulp en ondersteuning
- My kollegas, familielede en vriende vir hul ondersteuning en geduld
- Hein Truter, my man, vir sy onbaatsigtige liefde, begrip, geduld, aanmoediging en emosionele ondersteuning.

`n Kwantitatiewe beskrywende studie na die houding van verpleegkundiges teenoor terminasies van swangerskap binne King se Sisteemteorie

Student:	Anso Truter
Graad:	Doctor Litterarum et Philosophiae
Vakgebied:	Gesondheidstudies
Studieleier:	Prof DM van der Wal
Medestudieleier:	Mev JE Tjallinks

OPSOMMING

Die doel van hierdie studie was om die verpleegkundige se persepsie van terminasie van swangerskap en haar persepsie van haar houding en gedrag teenoor kliënte wat terminasie van swangerskap versoek, aan die hand van King se Sisteembenadering en Doelwitbereikingsteorie te ondersoek en te beskryf.

'n Nie-eksperimentele kwantitatiewe beskrywende korrelasie navorsingsontwerp was gebruik. 'n Nie-waarskynlike doelbewuste-steekproefneming van die staatsgesondheidsorg-instansies wat terminasie van swangerskapdienste aanbied, is geneem en wat beskikbaar vir hierdie studie was (21) asook die Marie Stopesdienste (3), in die Wes-Kaap. 'n Nie-waarskynlike gerieflikheidssteekproefneming is van verpleegkundiges geneem wat swangerskappe in hierdie afdelings termineer of moet termineer (N=82). Data is met behulp van 'n selfontwerpte vraelys ingesamel.

Die hoofbevindings van die studie dui daarop dat respondente (persoonlike sisteem) positief voel oor hul werk. Formele ontwikkelingshulpbronne word egter nie optimaal deur die sisteem benut nie.

Wat die interpersoonlike sisteem betref, toon respondente ook 'n positiewe oriëntasie tot beide die vrou wat terminasie van swangerskap aanvra en die fetus. Die potensiaal tot transaksie-sluiting en uiteindelijke doelwitbereiking is binne hierdie sisteem geleë. Die respondente is ook positief oor wetgewing en die werkgewer en beleid (sosiale sisteem) ten opsigte van terminasie van swangerskap. Hierdie oriëntering laat 'n milieu wat bevorderlik is vir transaksie-sluiting, interaksie en doelwitbereiking.

Die hoofaanbeveling is dat voortdurend gepoog moet word na die integrasie van King se drie sisteme binne die terminasie van swangerskapafdelings deur onder meer: waarde-uitklaringswerkswinkels, ondersteuning van bestuur, indiensopleiding, die insluiting van terminasie van swangerskap in voorgraadse kurrikula, fokusgroepe en so meer.

Sleutel terme

berading; geloof; houding; indiensopleiding; interpersoonlike sisteem; kliënt; manuele vakuüm aspirasie-tegniek; ontladingsessies; persepsie; persoonlike sisteem; pro-keuse; pro-lewe; rol; sosiale sisteem; stres; terminasie van swangerskap; verpleegkundige; verpleging\versorging; waarde-uitklaring.

SUMMARY

The aim of this study was to describe the nurses' perception of termination of pregnancy and her perception of her conduct towards clients that request termination of pregnancy guided by Kings' Systems Approach and Goal Attainment Theory.

A non-experimental quantitative descriptive correlational design was used. A non-probability purposive sampling method was used consisting of institutions in the Western Cape, available to participate in this study, which deliver termination of pregnancy services, government health care institutions (21) and Marie Stopes clinics (3). Non-probability convenience sampling was used consisting of registered nurses who are working in termination of pregnancy units in these facilities (N=82). Data were collected through the administration of a self-designed questionnaire.

The main findings of the study indicate that respondents (personal system) appear to feel positive about the work they are doing. Formal improvement and development are however not utilised optimally.

Regarding the interpersonal system, respondents also show a positive orientation to both the woman opting for termination of pregnancy and the foetus. The potential towards transaction and ultimately goal attainment reside within this system. The respondents are also positive about legislation, employers and policies (social system) relating to termination of pregnancy. This orientation creates a milieu that is conducive to transactions, interactions and goal attainment.

The main recommendation is that three systems as proposed by King be continuously integrated within the termination of pregnancy setup through, amongst other measures: values clarification, management support, in service education, the inclusion of termination of pregnancy in undergraduate programmes, focus groups and the like.

Key terms

attitude; client; counselling; debriefing sessions; in service training; interpersonal system; manual vacuum aspiration (MVA); nursing\caring; perception; personal system; pro-choice; pro-life; registered nurse; religion; role; social system; stress; termination of pregnancy; training; values clarification.

INHOUDSOPGAWE

	Bladsy
Verklaring	ii
Opgedra aan:	iii
Bedankings	iv
Opsomming	vi
Summary	vii
Lys van tabelle	xvi
Lys van figure	xix
Lys van afkortings	xx
Lys van bylae	xxi
HOOFSTUK 1: ORIËNTERING TOT DIE STUDIE	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Agtergrond tot die navorsingsprobleem	1
1.2.1 <i>Terminasie van swangerskapafdelings in die Wes-Kaap</i>	3
1.2.2 <i>Basiese perspektiewe</i>	8
1.2.3 <i>Empiriese begronding van die studie</i>	9
1.2.4 <i>Nie-empiriese (teoretiese) begronding van die studie</i>	12
1.2.5 <i>Probleemstelling</i>	13
1.3 Navorsingsvraag en doelwitte	14
1.3.1 <i>Navorsingsvraag</i>	14
1.3.2 <i>Doelwitte</i>	14
1.4 Kerndefinisies	15
1.5 Teoretiese raamwerk	18
1.6 Metodologie	19
1.6.1 <i>Navorsingsontwerp</i>	19
1.6.2 <i>Die kwantitatiewe navorsingsparadigma</i>	19
1.6.3 <i>Beskrywende-korrelasiestudie</i>	20
1.6.4 <i>Steekproefneming</i>	20
1.6.5 <i>Data-insameling</i>	22
1.6.6 <i>Maatreëls om geldigheid en betroubaarheid te verseker</i>	22

1.6.7	<i>Data-analise</i>	23
1.7	Etiese oorwegings	24
1.8	Beperkings van die studie.....	24
1.9	Belang van die studie	26
1.10	Uitleg van die studie	27
1.11	Opsomming	27
HOOFSTUK 2: TEORETIESE RAAMWERK: KING SE DOELWITBEREIKINGSTEORIE ...		28
2.1	Inleiding	28
2.2	Oorsig oor hoofstuk 2	28
2.3	Definisie van die term “teorie”	28
2.4	Die nut van teorie in navorsing	29
2.5	King se konseptuele raamwerk vir verpleging	30
2.5.1	<i>Die persoonlike sisteem</i>	32
2.5.2	<i>Die interpersoonlike sisteem</i>	36
2.5.3	<i>Die sosiale sisteem</i>	41
2.6	King se doelwitbereikingsteorie.....	49
2.6.1	<i>Interaksie</i>	49
2.6.2	<i>Persepsie</i>	50
2.6.3	<i>Kommunikasie</i>	52
2.6.4	<i>Transaksie</i>	52
2.6.5	<i>Rol</i>	53
2.6.6	<i>Stres</i>	54
2.6.7	<i>Groei en ontwikkeling</i>	55
2.6.8	<i>Tyd</i>	55
2.6.9	<i>Ruimte</i>	56
2.7	King se teorie en verpleging	57
2.7.1	<i>Die individu (of die mens)</i>	58
2.7.2	<i>Gesondheid</i>	59
2.7.3	<i>Omgewing</i>	60
2.7.4	<i>Verpleging</i>	60
2.8	Opsomming	63

HOOFSTUK 3: LITERATUUROORSIG.....	64
3.1 Inleiding.....	64
3.2 Oorsig oor hoofstuk 3	66
3.3 Aborsie in konteks	66
3.3.1 <i>Die definisies van aborsie.....</i>	66
3.3.2 <i>Die geskiedenis van die “wettiging” van aborsie</i>	67
3.4 King se konseptuele raamwerk vir verpleging.....	70
3.5 Die persoonlike sisteem.....	71
3.5.1 <i>Persepsie</i>	71
3.5.1.1 Vryheid van keuse	72
3.5.1.2 Verpleegkundiges se persepsies van die vrou wat 'n terminasie van swangerskap versoek	74
3.5.2 <i>Stres.....</i>	77
3.5.2.1 Morele stres	78
3.5.2.2 Stressors.....	82
3.5.2.3 Stres en die self	83
3.5.3 <i>Liggaamsbeeld.....</i>	85
3.5.4 <i>Groei en ontwikkeling.....</i>	85
3.5.4.1 Opleiding/indiensopleiding.....	85
3.5.4.2 Lewenstaak/hoop/groei/ontwikkel.....	88
3.5.5 <i>Tyd.....</i>	89
3.5.6 <i>Ruimte.....</i>	90
3.6 Die interpersoonlike sisteem.....	90
3.6.1 <i>Rol</i>	91
3.6.2 <i>Interaksie.....</i>	93
3.6.3 <i>Kommunikasie.....</i>	98
3.6.4 <i>Transaksie.....</i>	99
3.7 Sosiale sisteem	100
3.7.1 <i>Organisasie: Gesondheidsorgdiens.....</i>	101
3.7.1.1 Die wetlike raamwerk waarbinne die verpleegkundige funksioneer in die organisasie in Suid-Afrika.....	102

3.7.1.2	Internasionale tendens	112
3.7.2	<i>Outoriteit</i>	114
3.7.3	<i>Mag</i>	114
3.7.4	<i>Status</i>	114
3.7.5	<i>Besluitneming</i>	115
3.8	Opsomming	116
HOOFSTUK 4: NAVORSINGSMETODOLOGIE		117
4.1	Inleiding	117
4.2	Algemene doelstelling.....	117
4.2.1	<i>Navorsingsvraag en doelwitte</i>	117
4.2.1.1	Navorsingsvraag	117
4.2.1.2	Doelwitte	118
4.3	Navorsingsontwerp	118
4.3.1	<i>Eienskappe van hierdie navorsingsontwerp</i>	119
4.3.1.1	Kwantitatiewe navorsing	119
4.3.1.2	Nie-eksperimentele ontwerp	122
4.3.1.3	Beskrywende korrelasiestudie	123
4.3.1.4	Die opname-ontwerp	126
4.3.2	<i>Steekproefneming en populasie</i>	127
4.3.2.1	Algemene definisies.....	127
4.3.2.2	Selektering van instellings	131
4.3.2.3	Selektering van respondente	134
4.4	Data-insameling.....	137
4.4.1	<i>Vraelys</i>	137
4.4.1.1	Samestelling van die instrument.....	139
4.4.1.2	Rasionaal vir die gebruik van vraelys	141
4.4.1.3	Voortoetsing van die instrument	142
4.4.1.4	Data-insamelingsplan	143
4.5	Geldigheid en betroubaarheid.....	144
4.5.1	<i>Geldigheid</i>	145
4.5.1.1	Inhoudsgeldigheid.....	145

4.5.1.2	Siggeldigheid	146
4.5.1.3	Konstruktgeldigheid	146
4.5.2	<i>Betroubaarheid</i>	147
4.6	Data-analise	149
4.7	Etiese oorwegings	149
4.7.1	<i>Respondente</i>	149
4.7.1.1	Die beginsel van respek vir outonomie.....	149
4.7.1.2	Die beginsel van welwillendheid en nie-kwaadwilligheid.....	152
4.7.1.3	Die beginsel van geregtigheid	153
4.7.2	<i>Instellings waar die navorsing uitgevoer was</i>	153
4.7.3	<i>Wetenskaplike integriteit van die navorser</i>	154
4.8	Opsomming	155
HOOFSTUK 5: ONTLEDING EN INTERPRETASIE VAN DIE DATA.....		156
5.1	Inleiding	156
5.2	Oorsig oor data-insameling.....	156
5.3	Omvang van data-analise	158
5.3.1	<i>Vlakke van meting</i>	158
5.3.2	<i>Statistiese berekenings</i>	159
5.3.3	<i>Kwalitatiewe data-analise</i>	162
5.4	Oriëntering tot data-analise.....	163
5.4.1	<i>Responskoers</i>	163
5.4.2	<i>Terme en simbole</i>	164
5.4.3	<i>Likertformaat</i>	164
5.4.4	<i>Berekenings</i>	164
5.5	Persoonlike sisteem.....	166
5.5.1	<i>Analise van biografiese-data</i>	166
5.5.1.1	Ouderdom	166
5.5.1.2	Religieuse affiliasie (n=79).....	167
5.5.1.3	Geslag van respondente (n=80)	168
5.5.1.4	Ras en nasionaliteit van respondente (N=82)	169
5.5.1.5	Kinders (n=81)	169
5.5.1.6	Verpleegkwalifikasie (n=78).....	171

5.5.1.7	Opleiding en indiensopleiding rakende TVS.....	172
5.5.1.8	Werksverrigting en werksbevreëdiging in terminasie van swangerskapafdelings	185
5.5.1.9	Stres.....	205
5.5.1.10	Respondente se houding teenoor kliënte in die afdeling.....	212
5.5.1.11	Respondente se gevoelens jeens hulself in die TVS- afdeling waar hulle werksaam is	214
5.5.1.12	Respondente se verbintenis tot die Verpleegsters Diens Geloofte	215
5.5.1.13	Respondente se persoonlike gevoelens ten opsigte van terminasie van swangerskap.....	217
5.6	Interpersoonlike sisteem	219
5.6.1	<i>Ondersteuningstelsels beskikbaar</i>	219
5.6.1.1	Sosiale ondersteuningsisteme beskikbaar vir die respondente	219
5.6.1.2	Persone wat respondente ondersteun.....	223
5.6.2	<i>Verhouding met kliente</i>	224
5.6.2.1	Kliëntberading	224
5.6.3	<i>Respondente se siening van die fetus</i>	231
5.7	Sosiale sisteem	232
5.7.1	<i>Respondente se siening van die KOBS-Wet</i>	233
5.7.2	<i>Respondente se siening van die instansie waar hulle diens lewer</i>	235
5.7.3	<i>Ondersteuning beskikbaar vir verpleegkundiges in die afdeling waar hul diens lewer</i>	238
5.7.3.1	Respondente se verwagte ondersteuning van bestuur	241
5.7.4	<i>Respondente en die Suid- Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV)</i>	243
5.7.4.1	Die respondente se siening van die etiese riglyne wat deur die SARV daargestel is.....	243
5.7.4.2	Die respondente se sienings van die stellings van die SARV ten opsigte van verpleegkundiges en TVS.....	245
5.7.5	<i>Litigasie-aangeleenthede</i>	246
5.7.5.1	Betrokkenheid by litigasie	246
5.7.5.2	Ondersteuning vanaf bestuur tydens litigasie.....	247
5.7.6	<i>Respondente se persepsie van hul rol in die afdeling</i>	249
5.7.6.1	Persoonlike sisteem (f=7, 12%; n=61).....	249
5.7.6.2	Interpersoonlik (f=45, 74%; n=61)	251

5.7.6.3	Sosiaal (f=9, 15%; n=61)	252
5.8	Opsomming	254
HOOFSTUK 6: OPSOMMING, BEPERKINGS, BEVINDINGS EN AANBEVELINGS		
VAN DIE STUDIE.....255		
6.1	Inleiding	255
6.2	Opsomming van die studie	255
6.2.1	<i>Kernweergawe van probleemstelling</i>	255
6.2.2	<i>Kernweergawe van die navorsingsvraag</i>	255
6.2.3	<i>Doelwitte</i>	255
6.2.4	<i>Die navorsingsontwerp</i>	256
6.3	Bevindings	257
6.3.1	<i>Persoonlike sisteem</i>	257
6.3.1.1	Demografiese besonderhede	257
6.3.1.2	Vlak van opleiding.....	258
6.3.1.3	Werksverrigting en werksbevreeding binne die TVS-afdeling	260
6.3.1.4	Stres en die hantering van stres	263
6.3.2	<i>Interpersoonlike sisteem</i>	264
6.3.2.1	Ondersteuningstelsel beskikbaar aan verpleegkundiges binne die TVS opset	264
6.3.2.2	Kliëntberading	265
6.3.2.3	Die agting vir TVS-kliënte	267
6.3.2.4	Respondente se siening van (verhouding met) die fetus.	268
6.3.3	<i>Sosiale sisteem</i>	269
6.3.3.1	Wetgewing	270
6.3.3.2	Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging as sosiale sisteem.	271
6.3.3.3	Die Verpleegsters Diens Gelofte	272
6.3.3.4	Respondente en hul werkgewers	273
6.3.4	<i>Samevattende aanbeveling</i>	278
6.3.5	<i>Aanbevelings vir verdere navorsing</i>	280
6.4	Beperkings van die studie.....	282
6.4.1	<i>Hawthorne effek</i>	282
6.4.2	<i>Steekproef en steekproefgrootte</i>	283
6.4.3	<i>Verkeerde interpretasie of geen respons tot items</i>	283

6.5	Finale beantwoording van die navorsingsvraag	284
6.5.1	<i>Die vraag</i>	284
6.5.2	<i>Die antwoord</i>	284
6.6	Opsomming	284
Bibliografie	287
Bylae	301

LYS VAN TABELLE

Bladsy

Tabel 1.1: Terminasies van swangerskappe volgens provinsies in Suid-Afrika.....	4
Tabel 1.2: Terminasies van swangerskappe uitgevoer in die Wes-Kaap	5
Tabel 1.3: Terminasie van swangerskap aangewese instansies en diens-verskaffers in die Wes-Kaap.....	7
Tabel 2.1: Die nut van teorie in navorsing	29
Tabel 4.1: Steekproefneming van staatsgesondheidsorgfasiliteite wat terminasie van swangerskapdienste voorsien sowel as die Marie Stopes- klinieke in die Wes-Kaap (n=25).....	132
Tabel 4.2: Steekproefneming van die verpleegkundiges wat terminasie van swangerskapdienste voorsien, sowel as die verpleegkundiges van die Marie Stopes- klinieke, Wes-Kaap (N=82)	136
Tabel 4.3: Totale aantal items en vraagnommers van die vraelys	140
Tabel 4.5: Verspreiding van vraelyste.....	144
Tabel 5.1A: (Tabel 4.3) Totale aantal items en vraagnommers van die vraelys	157
Tabel 5.1B: Gegroepeerde items van die instrument.....	164
Tabel 5.1: Ouderdom van respondente (n=79).....	167
Tabel 5.2: Religieuse affiliasie (n=79).....	168
Tabel 5.3: Redes waarom kinders houdings jeens TVS beïnvloed (n=21)	170
Tabel 5.4: Verpleegkwalifikasie	171
Tabel 5.5: TVS Manuele Vakuüm-Aspirasiekursus (MVA) (n=75).....	172
Tabel 5.6: Redes vir nie-bywoning van MVA-kursus (n=55)	173
Tabel 5.7: Redes waarom MVA-kursus bygewoon is (n=12)	174
Tabel 5.8: Motivering vir die bywoning van MVA-kursus.....	175
Tabel 5.9: Redes waarom waarde-uitklaringswerkswinkels nie bygewoon is nie	176
Tabel 5.10: Waarde-uitklaringswerkswinkels vergemaklik die hantering van TVS (n=18) ...	177
Tabel 5.11: Waarde-uitklaringswerkswinkels se invloed op die hantering van TVS	178
Tabel 5.13: Frekwensie van TVS- indiensopleiding in die afdeling (n=58)	180
Tabel 5.14: Respondente - bywoning van TVS-indiensopleiding (n=58).....	181
Tabel 5.15: Redes waarom indiensopleidingsessies nie bygewoon word nie (n=33)	181
Tabel 5.16: Response rakende indiensopleidingsonderwerpe	183
Tabel 5.17: Ander opleiding met betrekking tot TVS bygewoon (n=64).....	184

Tabel 5.18: Verskillende afdelings waar verpleegkundiges met terminasie van swangerskap werk (n=79)	186
Tabel 5.19: Inligting beskikbaar aan respondente voor plasing in die TVS-afdeling.....	187
Tabel 5.20: Aantal jare werksaam in die afdeling (n=76)	187
Tabel 5.21: Die mate waartoe die respondente hul werk in die afdeling geniet (n=72).....	188
Tabel 5.22A: Respondente se ervaring van die werk.....	189
Tabel 5.22B: Respondente se ervaring van die werk.....	190
Tabel 5.23: Die mate waartoe die respondente graag in 'n ander afdeling sal wil werk	190
Tabel 5.24: Respondente se werksbevreëdiging \werksverrigting in die afdeling.....	191
Tabel 5.25: Die afdeling waar die respondente graag sal wil werk (n=17)	191
Tabel 5.27: Respondente se toekomsdoelwitte in die afdeling (n=38)	192
Tabel 5.28: Respondente se persoonlike TVS-ervarings in werksafdelings	194
Tabel 5.29: Verhouding met kliënte en werksverrigting in die afdeling.....	197
Tabel 5.30.1: Respondente se gevoelens met betrekking tot hul werk in die TVS afdeling.	199
Tabel 5.30.2: Indeling van respondente -response op die semantiese differensiële skaal, “1-5 laag” en “6-10 hoog”	200
Tabel 5.30.3: Inter-item korrelasies met betrekking tot respondente se gevoelens ten opsigte van hul werk in die TVS-afdeling.....	200
Tabel 5.31.1: Respondente se gevoelens ten opsigte van terminasie van swangerskap	201
Tabel 5.31.2: Indeling van respondent- response op die semantiese differensiële skaal, “1-5 laag” en “6-10 hoog”	202
Tabel 5.31.3: Inter-item korrelasies met betrekking tot respondente se gevoelens rakende TVS	202
Tabel 5.32: Respondente se gevoelens ten opsigte van TVS-kliënte in die afdeling.....	204
Tabel 5.33: Frekwensie van gevoelens en simptome beleef in TVS -afdeling.....	207
Tabel 5.34: Die mate waartoe die respondente stres hanteringsaktiwiteite/meganismes volg	209
Tabel 5.34.1: Korrelasies van ervaring van stres en hanteringsaktiwiteite\meganismes.	211
Tabel 5.35: Respondente se gevoelens ten opsigte van hul houding teenoor kliënte	213
Tabel 5.36: Die respondente se gevoelens jeens hulself in die TVS-afdeling waar hulle werksaam is.....	215
Tabel 5.37: Respondente se persoonlike gevoelens ten opsigte van hul verbintenis tot die Verpleegsters Diens Gelofte in die TVS- afdeling waar hul diens lewer	216
Tabel 5.38: Respondente se persoonlike gevoelens ten opsigte van terminasie van swangerskap	218

Tabel 5.39: Die mate waartoe sosiale ondersteuningsisteme vir die respondente beskikbaar is.....	220
Tabel 5.43: Persone wat respondente ondersteun	224
Tabel 5.40: Kliëntberading.....	225
Tabel 5.41: Die beradingstegniek van die respondente	226
Tabel 5.42: Handhawing van kommunikasietegnieke	228
Tabel 5.43: Hantering van kliënte	230
Tabel 5.44: Respondente se siening van die fetus	231
Tabel 5.45: Respondente se siening van die KOBWet.....	234
Tabel 5.46: Respondente se siening van die instansie waar hulle diens lewer	236
Tabel 5.47: Respondente se siening van ondersteuning beskikbaar vir verpleegkundiges in die afdeling waar hulle diens lewer	239
Tabel 5.48: Respondente se response van verwagte ondersteuning van bestuur	242
Tabel 5.49: Die respondente se siening van die etiese riglyne wat deur die SARV daargestel is (Dept. of Health Western Cape, H56/2003)	244
Tabel 5.50: Die respondente se siening van die stipulasies/stellings van die SARV (Dept. of Health Western Cape, H56/2003) ten opsigte van verpleegkundiges en TVS.....	246
Tabel 5.51: Respondente betrokke by wetlike- en litigasie-aangeleenthede	247
Tabel 5.52: Bestuursondersteuning tydens wetlike- en litigasie-aangeleenthede.....	247
Tabel 5.53: Vertroue in bestuur tydens wetlike- en litigasie-aangeleenthede.....	248
Tabel 5.54: Redes waarom bestuur nie respondente tydens wetlike- en litigasie-aangeleenthede sal ondersteun nie	249
Tabel 5.55: 'n Opsomming van die rolle en verwagtings van die respondent in die TVS-afdeling (n=60).....	253
Tabel 6.1: Voorgestelde ondersteuningsprogram vir verpleegkundiges werksaam in TVS-afdelings.....	278

LYS VAN FIGURE

Bladsy

Figuur 1.1: Professionele handeling van die verpleegkundige	9
Figuur 1.2: Populasie vir hierdie studie.....	21
Figuur 2.1: Die dinamiese interaksie sisteme	32
Figuur 2.2: Opsomming van die dinamiese interaktiewe sisteme soos beskryf deur King.....	48
Figuur 2.3: Die dinamiese interaksie sisteme	50
Figuur 2.4: 'n Skematiese voorstelling van die Doelwitbereikingsteorie van King.....	57
Figuur 2.5: 'n Diagrammatiese voorstelling van King se interaksie-model.....	62
Figuur 3.1: Die dinamiese interaksie sisteme soos van toepassing op hierdie studie	71
Figuur 3.2: Transaksie binne die terminasie van swangerskapafdeling	100
Figuur 3.3: Die wetlike raamwerk waarbinne 'n verpleegkundige funksioneer in 'n terminasie van swangerskapafdeling	102
Figuur 3.4: Die Suid-Afrikaanse Verpleegsters Diens Gelofte.....	111
Figuur 4.1: Die stappe van die Kwantitatiewe Navorsingsproses.....	122
Figuur 4.2: Beskrywende Korrelasie-ontwerp	125
Figuur 4.3: Steekproefneming	130
Figuur 5.1: Geslag van respondente n=80.....	168
Figuur 5.2: Ras en nasionaliteit van repondente N=82	169
Figuur 5.3: Aantal kinders (n=81)	170
Figuur 5.4: Bywoning van waarde-uitklaringswerkswinkel (n=52)	175
Figuur 5.5: Opleiding met betrekking tot berading (n=74)	179

LYS VAN AFKORTINGS

DENOSA	Democratic Nursing Organisation of South Africa
HAT	Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse taal
KOBS- Wet	Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, nr. 92 van 1996 soos gewysig
MVA	Manuele Vakuüm Aspirasie
RHRU	Reproductive Health Research Unit
SARV	Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging
SPPS	Statistical Package for the Social Sciences
TVS	Terminasie van swangerskap
Unisa	Universiteit van Suid-Afrika
WHO	World Health Organisation
WGO	Wêreldgesondheidsorganisasie
%	Persentasie

LYS VAN BYLAE

Bylae 1	Wetgewing
1b	Beleid
Bylae 2	Vraelys\ Questionnaire
2b	Voortoets Vraelys\Pretest Questionnaire
Bylae 3	Toestemming
Bylae 4	Ander: “Designated Facilities for Termination of Pregnancies (Department of Health)” MTOp Role out in the Western Cape Besonderhede Statistikus Besonderhede Taalversorger Besonderhede Tegniese versorger
Bylae 5	Alternatiewe opsomming van bevindings, gevolgtrekkings en aanbevelings van studie.

HOOFSTUK 1: ORIËTERING TOT DIE STUDIE

1.1 INLEIDING

Die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, (Wet no. 92 van 1996) soos gewysig, (Wet no. 1 van 2008) betrek een van die mees fundamentele beginsels waarop die etiese gedragskode vir verpleegkundiges gegrond is, naamlik die waarde en handhawing van menslike lewe. Die wetlike erkenning van die terminasie van swangerskap op aanvraag van die vrou, hoewel slegs onder sekere omstandighede toegestaan, weerspieël nie noodwendig die aanvaarding van hierdie mediese ingreep deur alle lede van die gesondheidsberoep hierby betrokke nie. Die betrokke wetgewing en meegaande mediese handeling dra ook nie die goedkeuring van onder meer godsdienstgroepe en individue in die breër samelewing weg nie. Mediese dokters en verpleegkundiges bevind hulself dikwels vasgevang tussen hul waarde-oortuigings (professioneel, eties en moreel) met betrekking tot menslike lewe en hul plig as wetsgehoorsame burgers. Beide die kwantitatiewe (insidensie en omvang) en die kwalitatiewe (emosionele en moreel etiese) dimensies van die betrokke wetgewing soos dit op sigself in die praktyk vergestalt, regverdig indringende navorsing.

Hierdie verslag rapporteer die verloop en bevinding ten opsigte van navorsing wat oor die houding van verpleegkundiges gedoen is wat betrokke is by die terminasie van swangerskap op aanvraag in geselekteerde hospitale en klinieke in die Wes-Kaap. Hierdie kwantitatiewe studie is deur King se Sisteembenadering gerig as deel van haar Doelwitbereikingsteorie.

1.2 AGTERGROND TOT DIE NAVORSINGSPROBLEEM

Die reg om 'n swangerskap te laat termineer, sluit die reg tot dienslewering in asook 'n ondersteunende omgewing waarin hierdie reg uitgeoefen kan word (Naylor en O'Sullivan 2005:8). Die toeganklikheid en beskikbaarheid van sodanige diens aan die kliënt (swanger vrou) asook hoe die terminasie van swangerskap die verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskapafdelings bennvloed, is van belang. Kommer oor hierdie twee aspekte asook klagtes van verpleegkundiges en studente-verpleegkundiges het toe die navorser laat besef dat begrip vir verpleegkundiges se belewenis van terminasie van swangerskappe belangrik is om te verstaan ten einde hulle beter te ondersteun om toepaslike verpleegsorg\dienslewering daar te stel.

Volgens die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap (Wet no. 92 van 1996) soos gewysig, mag slegs verpleegkundiges wat die voorgeskrewe kursus voltooi het, soos

in paragraaf 1(c) en 1(d),(Suid-Afrika2008:2) gestipuleer, 'n terminasie van swangerskap uitvoer. Dit kan tot en met 12 weke gestasietydperk soos in die Wet, paragraaf 35(2) (Suid-Afrika 1996:4) gestipuleer, gedoen word. Die verpleegkundiges wat nie die voorgeskrewe kursus voltooi het nie, kan slegs, en moet, inligting aan die swanger vrou verskaf rakende alle aspekte van die terminasie van swangerskap en sy moet die kliënt na 'n afdeling verwys wat volgens die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap (Wet no. 92 van 1996) soos gewysig, soos gestipuleer in paragraaf 3(1) (Suid-Afrika 2008:4), gesertifiseer is om terminasie van swangerskap uit te voer. Indien sodanige kliënt tekens van 'n dreigende of onvolledige aborsie toon en haar lewe is in gevaar, mag geen gesondheidswerker, insluitend verpleegkundiges, weier om mediese sorg aan die kliënt te verskaf nie. Soos onder andere ook in paragraaf 5 van die Nasionale Wet op Gesondheid (Wet no 61 van 2003) gestipuleer, moet noodbehandeling uitgevoer word veral as daar nie enige ander gesondheidswerker beskikbaar is om die nodige sorg te verskaf nie (Denosa 1997:5; Department of Health, Western Cape, Circular Number: H157/2010; Naylor en O`Sullivan 2005:18; Suid-Afrika 2003:20). Daar moet ten minste basiese versorging aan die kliënt verskaf word soos beraming, beplanning, implementering, monitering en evaluering rakende die kliënt se toestand asook bystand met daaglikse aktiwiteite, emosionele en fisiese ondersteuning, medikasie toediening, gemak en pynverligting (Naylor en O`Sullivan 2005:16,18).

Nieteenstaande die wetlike stipulasie met betrekking tot nooddienlewering indien 'n swanger vrou sou aborteer, gebeur dit wel dat dokters en verpleegkundiges weier om swangerskappe te termineer of om om te sien na vroue wat sodanige prosedure ondergaan het of wil ondergaan. Sodanige weiering is dikwels gegrond op morele, etiese en professionele oorwegings (Abortion 2000:13) asook uit vrees vir teistering deur plaaslike gemeenskappe en kollegas (Abortion 2000:13; Engelbrecht, Pelsler, Nguena & Van Rensburg2000:4-5; Ferris, Mc Main-Klein en Iron 1998: 137; Mokgethi, Ehlers, Van der Merwe 2006:38). Die sensitiwiteit en omstredenheid van die terminasie van swangerskap op aanvraag, spruit uit verskeie morele, etiese en waardekwessies soos die aanvang, waarde en onskendbaarheid van menslike lewe, outonomie van die ongeborene en voorspraak vir die ongeborene se reg asook die regte van die swanger vrou (Edge en Groves 2005:275; Steyn 2003:1-2). Dit, inaggenome die feit dat die fetus, volgens die gemene reg, geen wetlike reg en status geniet nie (McQuoid-Mason & Dada 2009:133). Dit veroorsaak dat sommige verpleegkundiges dikwels konflik ervaar; konflik wat spruit uit wetgewing wat onversoenbaar is met persoonlike oortuigings en ook met fundamentele professionele waardes wat nog deur sommige verpleegkundiges gehuldig word. Individuele verpleegkundiges se persoonlike persepsie van terminasie van swangerskap kan moontlik bydra tot negatiewe ervarings/belewenisse van terminasie van swangerskap wat nie altyd positiewe verpleegsorg tot gevolg het nie. Verpleegkundiges het negatiewe gevoelens ten opsigte van die wetgewing, omdat hulle nie gekonsulteer was toe wetgewing gepromulgeer was nie. Hulle voel ook dat daar nie altyd na

hulle geluister word nie en voel dat hulle ondersteuning nodig het (Gmeiner, Van Wyk 2000:9; Harrison, Montgomery, Lurie en Wilkinson 2000:426; Poggenpoel, Mybrugh, Gmeiner 1998:4), wat hulle nie altyd van kollegas en bestuur verkry nie (Serobe 2002:9; Thom 2002:2; Varkey en Fonn 1996:6; Varkey 2000:2; Wall 2000:8). Voorts voel hulle ook dat hulle oor onvoldoende kennis beskik en meer opleiding benodig (Häggström, Mbusa, Wadensten 2008:480; McCreight 2005:442). Hierdie gesindheid kan moontlike sielkundige impak op die verpleegkundige hê. Daar is min bekend oor sodanige impak wat die terminasie van swangerskap op die verpleegkundige het (Lipp en Fothergill 2009:108). Daar is ook min bekend oor die “emosionele arbeid” wat hierdie persone verrig (McCreight 2005:439). Sommige verpleegkundiges het behoefte aan waarde-uitklaringssessies, ‘n nie-veroordelende werksomgewing, ondersteuning vir diegene met gewetensbesware, gereelde groepsberading en ondersteuningssessies insluitend psigologiese- en pastorale ondersteuning, streshanteringsessies vir verpleegkundiges, ondersteuning van owerhede insluitend bestuur, rotasie of die opsie om vir ‘n tydperk in ‘n ander afdeling te werk en weer teruggeplaas te word in die terminasie van swangerskapafdeling. Hoofsaaklik as stresverligting, bykomende vergoeding, en loopbaanontwikkeling en moontlikhede vir verpleegkundiges werkzaam in terminasie van swangerskapafdelings aangespreek kan word (Burzelman 2002:12-13; Engelbrecht et al 2000:10-11; Makoala 2002:11; Mayers, Briony, Green, Turner 2005:24-25; Serobe 2002:9; Thom 2002:1; Zulu 2002:14-15; Webb 1985:47). (Hierdie probleme en behoeftes word in detail in Hoofstuk 3 bespreek.)

1.2.1 Terminasie van swangerskapafdelings in die Wes Kaap

Volgens Hall en Roberts (2006:164) word terminasie van swangerskapdienste nie by al die hospitale en klinieke in Suid-Afrika wat aangewys was om gratis en wettige terminasie van swangerskap te doen, aangebied nie. Soos byvoorbeeld in Kwa-Zulu Natal is daar meer as 69% van die aangewese dienste wat nie terminasie van swangerskapdienste verskaf nie, daar is net 17 funksionele dienste. Dit teen die agtergrond daarvan dat ongeveer die helfte van die vroue al teen die ouderdom van 19 jaar geboorte geskenk het en dat baie tradisionele en godsdiensgroepe sowel as gesondheidswerkers gekant teen die Wet is (Hall en Roberts 2006:164-165). Min personeel is ook gewillig om betrokke te raak en bestuur is ook onwillig om personeel vir die nodige opleiding te stuur (Hall en Roberts 2006:164-165). Die noodsaaklikheid van beide fasiliteite en personeel om sodanige fasiliteite te bestuur, word deur die inhoud van Tabel 1.1 onderskryf, waar Kwa-Zulu Natal in 1997:1 259 (eenduisend tweehonderd nege en vyftig) swangerskappe getermineer het, die meeste in 2005: 12 706 en in 2010: weer 4 332. In Limpopo blyk die omstandighede dieselfde te wees met 28 funksionele terminasie van swangerskapdienste en ‘n populasie van 1.5 miljoen vroue. Soos aangetoon in Tabel 1.1, wissel Limpopo se aantal terminasies van swangerskappe tussen 1997 en 2010 met die minste, 570 (1997) en die meeste 10 862 in 2007. Ook hier het verpleegkundiges ‘n beroep gedoen op meer ondersteuning en

erkenning vir die werk wat hulle in terminasie van swangerskapafdelings verrig (Mitchell, Mwaba, Makoala, Trueman 2004:5-6). Soos weerspieël in Tabel 1.1, is die provinsie wat die meeste swangerskappe in 2010 beëindig het, Gauteng en die minste in die Noord-Kaap. Hierdie verskille kan toegeskryf word aan populasiegetalle en die aantal funksionele dienste. Die totale aantal terminasies van swangerskappe vir Suid-Afrika in 2010 was 68 736. Daar is dus sedert 1997 'n konstante groei in die aantal swangerskappe wat getermineer word. Vervolgens 'n bespreking van die Wes-Kaap waar hierdie studie uitgevoer is.

Tabel 1.1: Terminasies van swangerskappe volgens provinsies in Suid-Afrika

	OK	FS	GP	KZN	LP	MP	NK	NW	WK	SA
1997	2 670	2 527	13 497	1 259	570	1 489	429	218	3 796	[1] 26 455
1998	2 938	4 107	19 005	5 167	823	1 857	552	455	5 008	[2] 39 912
1999	3 109	4 062	19 195	5 766	1 288	2 269	642	2 166	5 741	[3] 44 238
2000	3 264	6 919	15 172	11 592	1 962	3 697	583	2 286	6 697	[4] 52 172
2001	4 652	4 824	19 970	4 688	4 254	3 520	738	3 021	8 300	[5] 53 967
2002	5 814	3 949	18 227	9 592	4 706	3 218	910	3 070	10 065	[6] 59 551
2003	6 819	4 952	29 021	11 015	4 236	2 206	779	2 011	10 513	[7] 71 552
2004	6 210	8 343	37 806	10 602	4 587	3 757	1 408	3 165	11 157	[8] 87 035
2005	10 034	8 890	33 727	12 706	4 357	1 346	1 305	2 336	15 149	[9] 89 850
2006	10 015	7 834	32 464	9 679	4 241	-	1 418	4 948	13 314	[10] 83 913
2007	11 522	8 666	9 639	5 511	10 862	1 870	2 006	4 900	14 451	[12] 69 427
2008	11 596	7 710	13 379	5 642	9 522	2 970	1 242	5 978	14 903	[14] 72 942
2009	10 460	6 262	23 810	5 540	8 630	2 456	975	5 886	13 188	[16] 77 207
2010	8 738	5 595	20 930	4 332	8 342	2 670	1 226	6 395	10 508	[17] 68 736

OK: Oos-Kaap FS: Fry Staat GP: Gauteng KZN: KwaZulu-Natal LP: Limpopo MP: Mpumalanga NK: Noord-Kaap NW: Noord Wes WK: Wes-Kaap SA: Suid-Afrika

(Termination of pregnancy: 2011- 2012)

Tabel 1.1 toon ook aan dat daar in die Wes-Kaap in 1997: 3 769 terminasies van swangerskappe uitgevoer is. Daar was 'n konstante groei in die aantal terminasies van swangerskap tot en met 2005 uitgevoer: 15 149. Daarna is daar 'n afname in die aantal terminasies van swangerskappe. Soos aangedui in Tabel 1.2, is die totale aantal swangerskappe wat in 2011 getermineer is, sowat 8 862 met 'n vrouepopulasie van 1 410 535. Die vraag is of daar minder funksionele dienste beskikbaar is en of die aanvraag vir terminasie van swangerskap afgeneem het?

Tabel 1.2: Terminasies van swangerskappe uitgevoer in die Wes-Kaap

Terminasies van swangerskappe uitgevoer

April 2011-Desember 2011

Distrik	Sub- distrik	Totaal	Vroulike pop (15 – 44 jaar)
Kaapstad	CT Eastern SD	375	107719
	CT Khayelitsha SD	539	123523
	CT Klipfontein SD	2 449	111472
	CT Mitch Plain SD	597	134572
	CT Northern SD	0	85700
	CT Tygerberg SD	1 553	147073
	CT Southern SD	388	129425
	CT Western SD	570	105544
	Sub-totaal	6 471	945 028
Kaap Wynland DM	Br River/Winelands M	65	37222
	Breede Vallei M	147	26398
	Drakenstein M	366	52023
	Stellenbosch M	178	47016
	Witzenberg M	64	27204
	Sub-totaal	820	189 863
Sentrale Karoo DM	Beaufort Wes M	10	8835
	Sentrale Karoo DMA	24	1140
	Laingsburg M	85	1387
	Prince Albert M	42	1863
	Sub-totaal	161	13 225

Eden DM	Bitou M	164	11707
	Eden DMA	0	2977
	George M	530	42726
	Hessaqua	0	9880
	Kannaland M	0	6221
	Knysna M	0	13866
	Mossel Baai M	54	22650
	Oudtshoorn M	0	21209
	Sub-totaal	748	131 236
Overberg DM	Kaap Agulhas M	14	6570
	Overstrand M	80	18279
	Swellendam M	16	6679
	Theewaterskloof M	59	23489
	Sub-totaal	169	55 017
Weskust DM	Bergrivier M	137	11481
	Cederberg M	52	9670
	Matzikama M	88	12219
	Saldanha Bay M	109	22534
	Swartland M	84	18358
	Weskus DMA	23	1904
	Sub-totaal	493	76 166
Wes-Kaapse Provinsie		8 862	1 410 535

(Khakie 16/1/2012)

Volgens Jeftha, Burzelman en Joubert (2010) en WHO (2010) is die voorsiening van terminasie van swangerskapdienste problematies vanweë die tekort aan en werwing van opgeleide personeel asook probleme met infrastruktuur en bevonding. Jeftha, Burzelman en Joubert (2010) beklemtoon die probleme veral in die Metro-distrikte (Tabel 1.2, sien Kaapstad) soos tekorte aan personeel, swak infrasturktuur en bronne, negatiewe houdings in die algemeen en spesifiek die houdings van die gesondheidsorgvoorsieners (WHO 2010). Volgens die WHO (2010) is daar min navorsing gedoen en is daar min bekend oor die houding van individue wat in terminasie van swangerskapafdelings werksaam is. Hierdie probleme word ook in landelike areas ervaar (WHO 2010). Volgens Jeftha et al (2010) was daar ook geen terminasie van swangerskapvoorsieners opgelei in die laaste vier jaar nie en

geen nuwe dokters is sedert 2000 aangestel om gedurende die 2de trimester swangerskappe te termineer nie, maar die aanvraag na terminasie van swangerskap het verhoog. Op die oomblik word personeel se vermoëns tot die uiterste getoets om dienste te verrig en moet alle fasiliteite se kapasiteit aangespreek word. Hierdie probleem word duidelik in Tabel 1.3 uitgebeeld. Verpleegkundiges en dokters wat terminasie van swangerskappe uitvoer volgens die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap (Wet no. 92 van 1996) soos gewysig, (Wet no. 1 van 2008) paragrawe 1(c) en 1(d) en 35(2), tot en met 12 weke gestasietydperk, is min. Hierdie Tabel (1.3) toon ook nie die persone aan wat die kliënt voor en na die terminasie van swangerskap versorg nie. Inligting oor die personeel by privaat- instansies en Nie-regeringsorganisasies (NRO's) is ongelukkig nie beskikbaar nie.

Volgens Jeftha et al (2010) moet die behoeftes van dienste dringend aangespreek word deur 'n voldoende personeelkorps aan te stel, beter infrastruktuur te skep, voorsiening van gesondheidsvoorligting en -bevordering in alle fasiliteite, en die Departement van Gesondheid moet 'n vennootskap vorm met privaat diensverskaffers om die terminasie van swangerskapdienste op te skerp.

Tabel 1.3: Terminasie van swangerskap aangewese instansies en diens-verskaffers in die Wes-Kaap

INSTANSIE	TOTAAL	TVS ISTE TRIMESTER	TVS 2DE TRIMESTER	DOKTERS (wat TVS voorsien)	VERPLEEGKUNDIGES (wat TVS voorsien)
STAAT	41	36	*10	27	14
PRIVAAT& NRO	22	20	*16	Nie beskikbaar	Rondgaande span (1) Nie beskikbaar
TOTAAL	63	56	26	27	15

*terminasies word by sommige instansies gedoen op grond van motivering en gestasietydperk.

(Jeftha 2011)

1.2.2 Basiese perspektiewe

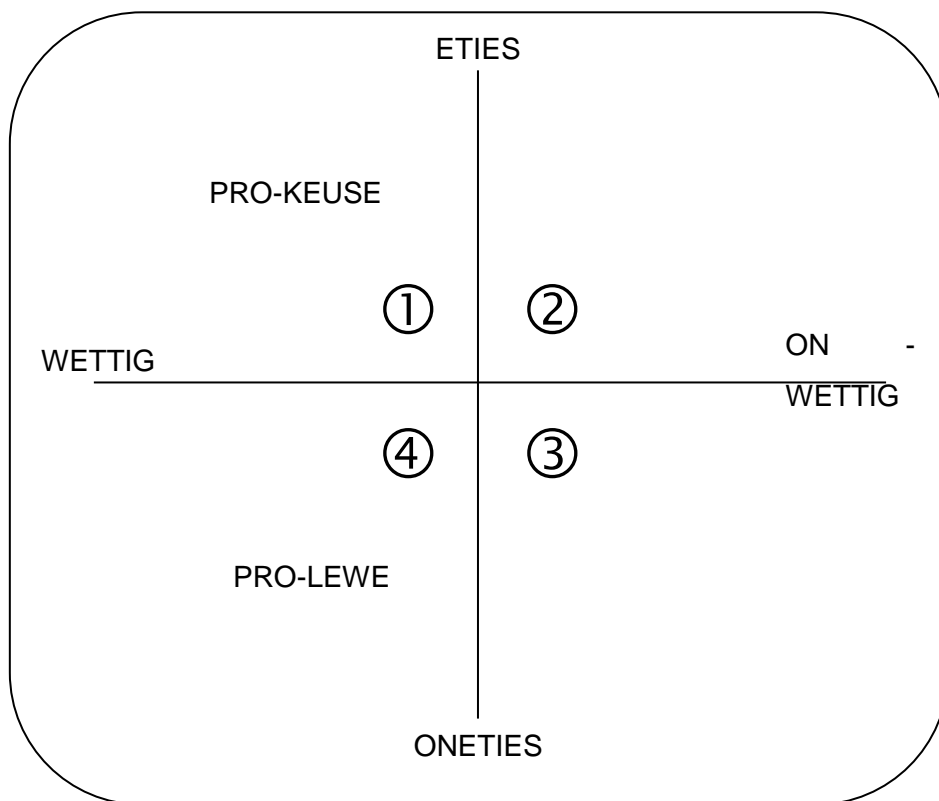
Daar is verskillende opinies oor die morele verantwoordbaarheid wanneer 'n swangerskap getermineer word. Opinies en sienings strek van 'n konserwatiewe ingesteldheid wat aborsie onder geen omstandighede goedkeur nie tot 'n liberale siening wat aborsie onder alle omstandighede ondersteun (Holt 2004:147). Volgens Edge en Groves (2005:257, 259,270) word twee basiese perspektiewe op terminasie van swangerskappe gehuldig. Die **pro-lewe groep (pro-life)** is gekant teen terminasie van swangerskappe om watter rede ook al. Die standpunt word gehuldig dat die fetus 'n menslike wese vanaf die oomblik van konsepsie is. Daar is min verskil tussen die fetus voor geboorte en die fetus tydens geboorte. Die fetus het dan 'n reg tot lewe soos enige ander mens. Hierdie uiterste pool word egter deur sommige **pro-lewe** ondersteuners teengestaan ten gunste van terminasie van swangerskap onder sekere omstandighede soos wanneer die swangerskap die lewe van die swanger vrou bedreig (Encarta Online 2008:3).

Die teenpool is die **pro-keuse groep (pro-choice)** wat die standpunt huldig dat keuse tot terminasie van swangerskap die vrou se reprodutiewe reg is en dat dit wettig moet wees. Hierdie groep glo dat die fetus eers 'n potensiële menslike wese is sodra dit buite die uterus kan oorleef. Tot hierdie tydperk het die fetus geen wetlike regte nie - die regte behoort aan die vrou wat die fetus dra. Hierdie vrou het die reg tot 'n besluit of sy die swangerskap tot die volle termyn al dan nie, wil laat voortgaan (Encarta Online 2008:3). Volgens Suid-Afrikaanse gemene reg het die fetus *in utero* ook geen wetlike regte nie en kan enige regsgeeding deur die fetus eers na die geboorte aanhangig gemaak word. (McQuoid-Manson & Dada 2009:133).

Wat hierdie twee basiese uitgangspunte in die lig van wetgewing rakende terminasie van swangerskap op versoek betref, vind verpleegkundiges met 'n pro-lewe oriëntering wetgewing onversoenbaar met hul persoonlike- en professionele oortuigings. Die feit dat die Wetgewer en kliënte sekere besluite neem, distansieer nie die verpleegkundige van hierdie besluite nie, aangesien die verpleegkundige in die posisie geplaas word om hierdie besluite uit te voer of ten minste deel te neem aan die uitvoering van diesulke besluite selfs al behels dit bloot die verskaffing van nasorg aan die kliënte. Onversoenbaarheid tussen die Wetgewer se besluit en dié van die kliënt aan die een kant en die oriëntering van die verpleegkundige aan die nader kant, kan moontlik bydra dat kliënte veroordelend behandel word (Abortion 2000:13); dat verpleegkundiges nie vrywillig en ten volle betrokke is by, of wil wees by, enige aspek wat verband hou met die terminasie van swangerskap nie. Sodanige gesindheid aan die kant van die verpleegkundige is per definisie nie bydraend tot "doelwitbereiking" in breë

terme van gesondheidsdienslewering binne die opset om 'n swangerskap te termineer al dan nie.

Die punt hier is dat wat wettig is, nie noodwendig eties of moreel is nie en dat morele handeling nie noodwendig wettig is nie (Pera & Van Tonder 2011:7). Ongeag die wettiging van terminasie van swangerskap en die moreel-etiese geoorlooftheid daarvan (kwadrant 1 in figuur 1.2), bly die deelname aan enigiets wat met beëindiging van swangerskap te maak het vir pro-keuse oneties en immoreel (kwadrant 4 in figuur 1.2). Hoewel die verpleegkundige haar weiering om betrokke te raak om 'n swangerskap te termineer as eties en moreel mag sien, bly dit onwettig (kwadrant 2 in figuur 1).



Figuur 1.1: Professionele handeling van die verpleegkundige

(Aangepas uit Pera en Van Tonder 2011:7)

1.2.3 Empiriese begroning van die studie

Die empiriese word ervaar deur ons sintuie en is die konkrete gedeelte van die mens se bestaanswêreld. Die uitvoer van aktiwiteite en handelings is deel van die empiriese wêreld (Burns en Grove 2005:5). Die empiriese literatuur sluit dan in alle relevante gepubliseerde studies soos in joernale, boeke en in elektroniese formaat uiteengesit, asook ongepubliseerde studies soos meeste meesters- en doktorale studies in (Burns en Grove

2005: 735). Die empiriese begronding van die huidige studie sluit ook eerstehandse belewenisse van die navorser van aspekte van die navorsingsprobleem in.

Die huidige navorsing het eerstens uit klagtes van verpleegstudente gespruit, wat ingeskryf was onder die bepalings van die Regulasie 425 van 1985, soos gewysig, vir die kursus wat tot registrasie as 'n verpleegkundige (algemeen, psigiatrie en gemeenskaps-) en vroedvrou lei, oor die manier waarop verpleegkundiges pasiënte behandel wat hulle swangerskappe op aanvraag wou laat beëindig. Volgens studente word pasiënte ondermeer geïgnoreer, afsydig behandel en alleen gelaat en volledige berading word nie gedoen nie. Etikettering van pasiënte vind ook plaas, en daar word na pasiënte verwys as “die aborsiepasiënt” of “daardie een wat al weer hier is vir 'n terminasie van swangerskap”. Verpleegstudente het ook gekla dat verpleegkundiges hul verantwoordelikhede teenoor pasiënte wat terminasie van swangerskap ondergaan het, aan studente oorlaat aangesien die verpleegkundiges nie self betrokke wou wees om swangerskappe te terminer nie. Onwillige gesondheidspersoneel moet ook kliënte inlig oor kliënteregte en hulle na instellings verwys waar hulle gehelp sal word (Eie ervaring 1997-2011). In die verband wys Probleme (1997:16) daarop dat mediese dokters en verpleegkundiges met gewetensbesware oor aborsie hierdie diens op verskeie plekke in die land teenstaan, weier om betrokke te raak en onwillig is om deel te neem daaraan en sodoende dienste vertraag het en selfs tot stilstand gebring het. Hierdie toestande het sedertdien nie regtig verbeter nie en is daar steeds 'n tekort aan terminasie van swangerskap diensverskaffers. Sommige van die instansies wat as diensverskaffers aangewys is, is nog steeds onwillig om betrokke te raak en is daar nog steeds aangewese dienste wat nie funksioneel is nie (Hall en Roberts 2006:164-165; Jeftha et al 2010; Mitchell et al 2004:5-6; WHO 2010).

Verpleegstudente het ook tydens waarde-uitklaringswerkswinkels erken dat nie al die verpleegstudente 'n pro-keuse benadering tot terminasie van swangerskap handhaaf nie en dat deelname aan terminasie teen hul etiese beginsels en geloofsoortuigings indruis. Gevolglik word studente ook aan morele- en emosionele-konflik en spanning in dié verband blootgestel. Die implikasie hiervan is dat van hulle 'n afkeur aan die verpleegberoep ontwikkel wat studente se professionele praktyk nadelig kan beïnvloed. Alhoewel daar tydens waarde-uitklaringswerkswinkels gepoog word om studente toe te rus om hierdie situasies in die hospitale te hanteer en om die opleidingsinstansie se berader te kontak wanneer probleme ervaar word (Eie ervaring 1997-2011), kom onopgeloste konflik in die verband wel voor wat individuele studente se hele professionele loopbaan nadelig kan beïnvloed.

Dit wil voorkom of verpleegkundiges van alle kategorieë midde in 'n konfliktsituasie staan wat die reg van die vrou behels om binne wetgewing die geleentheid te kry om haar swangerskap te laat termineer teenoor die reg van die verpleegkundige om binne haar geloofsoortuigings en etiese beginsels te werk. Dit bring mee dat verpleegkundiges voel dat hulle aan die een kant lewe moet bewaar en red en aan die ander kant lewe moet vernietig, wat streskonflik kan veroorsaak (Cignacco 2002:179-184; Dimond 1994:30; Norris 1999:12; Poggenpoel et al 1998:5). Hierdie aspek word ook ondersteun deur 'n studie wat aangetoon het dat dokters ook voel dat hul persoonlike waardesisteme en hul professionele waardesisteme van mekaar verskil wanneer hul nie-selektiewe terminasies van swangerskappe doen. Hierdie dokters het ook gevoel dat hierdie verskillende waardesisteme hul houding teenoor die kliënt beïnvloed (Caldas da Costa en Donald 2003: 14-15). Tog, as daar gekyk word na die tugsake van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging vir die tydperk Julie 2003 tot Junie 2008, was daar geen tugsake wat aangedui het dat wanpraktyke rakende terminasie van swangerskap voorgekom het nie (Professional Misconduct Cases 2012). Dit wil voorkom asof die verpleegkundiges tog gehaltesorg binne die wetgewende raamwerk lewer en hul houding rakende terminasie van swangerskap nie noodwendig hul gehalte verpleegsorg beïnvloed nie. Wanpraktyke was nie aangemeld nie.

Nietemin is daar min navorsing gedoen oor die houdings van verpleegkundiges en hul onderskeie belewenisse van terminasie van swangerskap asook die kwaliteitsorg wat gelewer word (Lindström, Jacobsson, Wulf & Lalos 2007:232; Marshall, Gold, Roberts 1994:568; Mayers et al 2005: 17; Staff 2008:11; WHO 2010).

Volgens WHO (2010) is daar verskillende faktore wat verpleegkundiges se houdings rakende terminasie van swangerskap ten grondslag lê. Hierdie faktore is soms persoonlik soos persoonlike ervaring van terminasie van swangerskap direk (self) of indirek (blootstelling aan die morbiditeit of mortaliteit van agterstraatse aborsies) (WHO 2010), morele redes (WHO 2010) en godsdienstige redes (Cignacco 2002:2; Mokgethi, Ehlers & Van der Merwe 2006:38; Swenson, Swanson & Oakley 1994:220; Zahed, Nabulsi en Tamim 2002:884). Die redes waarom die kliënt 'n terminasie van swangerskap versoek, beïnvloed ook verpleegkundiges se emosionele ingesteldheid. Verpleegkundiges sal meer empaties wees teenoor kliënte wat terminasie van swangerskap versoek na verkragting of bloedsgrande (WHO 2010). Verpleegkundiges se ingesteldheid verander ook soos die gestasietydperk toeneem. Hulle vind dit moeilik om met laat gestasie terminasies van swangerskappe te werk aangesien die fetus al meer soos 'n mensie lyk (Marshall et al 1994:571-575; Staff 2008:11; WHO 2010). Nog 'n bydraende faktor tot verpleegkundiges se houdings, is die ouderdom van die kliënt, spesifiek die swanger kind. Volgens Mayers et al (2005:22) ervaar

die verpleegkundiges ambivalente gevoelens wanneer hulle 'n tienerswangerskap moet termineer. Hoe dit ook al sy; die verpleegkundige het haar persoonlike siening van terminasie van swangerskap wat op haar etiese en morele oortuigings berus, maar tog is die kliënt die persoon wat afhanklik is van die diens en geregtig is op verpleegsorg van hoogstaande gehalte. Dit is dus van belang om die verpleegkundige se houding ten opsigte van terminasies van swangerskappe en haar optrede/gedrag teenoor kliënte te bestudeer.

1.2.4 Nie-empiriese (teoretiese) begroning van die studie

Die huidige navorsing vind gestalte binne die Sisteembenadering en aspekte van die Doelwitbereikingsteorie van King. Die keuse van die Doelwitbereikingsteorie fundeer op die basiese argument wat spruit uit die empiriese begroning van die navorsing naamlik dat verpleegkundiges se etiese, godsdienstige en professionele oortuigings soms onversoenbaar mag wees met die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap soos gewysig (Wet no 92 van 1996). Hierdie verpleegkundiges bevind hulle dan in 'n konfliktsituasie ten opsigte van die doelwitte wat daar in totaliteit vir die versorging van kliënte wat terminasie van swangerskap ondergaan het, verwag word, en die moontlikheid dat hierdie doelwitte nie bereik kan word nie.

King (1981:141-143) omskryf die aard van die verpleegkundige-kliënt-verhouding wat tot doelwitbereiking kan lei. Dit stel 'n standaard vir verpleegkundige-kliënt-interaksies, naamlik, die verpleegkundige het doelbewustelik interaksie met die kliënt om doelwitte gesamentlik daar te stel en te ondersoek en om saam te stem oor die wyses waarop hierdie doelwitte bereik kan word. Die gesamentlike doelwitstelling is op die verpleegkundige se beraming van die kliënt se behoeftes, gesondheidsprobleme, persepsie van gesondheidsprobleme gebaseer en die gesamentlike poging tot die oplossing hiervan (doelwitbereiking). In die konteks van die huidige studie sentreer sodanige behoeftes en probleme rondom die terminasie van swangerskap; berading, prosedure en nasorg. Indien die pasiënt of kliënt die nodige sorg en ondersteuning kry, met die volle samewerking van beide die verpleegkundige en die pasiënt (kliënt), kan doelwitte wat gestel is, bereik word. Die doelwitbereikingsteorie orden elemente in die proses van verpleegkundige-kliënt-interaksies wat tot doelwitbereiking lei. Onderliggend hieraan is die erkenning en betrokkenheid van verskillende sisteme naamlik die persoonlike sisteem (verpleegkundige en kliënt as individue), interpersoonlike sisteem (interaksie en verhoudings) en die sosiale sisteem (formele organisatoriese sisteme) (George 2002:243-248; King1999:292; Tomey en Alligood 2002:338-339). Op hierdie punt is die teoretiese ponering teen die agtergrond tot hierdie studie dat indien daar nie kongruensie tussen die verskillende sisteme is nie, en meer pertinent daar nie kongruensie is nie tussen die verpleegkundige as persoonlike sisteem aan die een kant, en die kliënt as persoonlike

sisteem (of die interpersoonlike sisteem dan) en die sosiale sisteem aan die ander kant, doelwitbereiking in gedrang kom.

Die essensie hier is die volgende proposisies soos deur Imogene King's Theory of Goal Attainment (2010:2); King (1981:149) en Tomey en Alligood (2002:343) geponeer:

- *Indien perseptuele akkuraatheid teenwoordig is tydens verpleegkunde-kliënt interaksie, vind transaksie plaas.*
- *Indien die verpleegkundige en die kliënt transaksies sluit, word doelwitte bereik.*
- *Indien transaksies in verpleegkunde-kliëntverhouding gemaak word, vind groei en ontwikkeling plaas.*
- *Indien doelwitte bereik word, vind effektiewe verpleegsorg plaas.*
- *Indien rolverwagtinge en roloptrede deur die verpleegkundige en kliënt in dieselfde lig gesien word, vind transaksie plaas.*

Hierdie proposisies en die konsepte wat daarin vervat word, word meer breedvoerig in Hoofstuk 2 toegelig.

1.2.5 Probleemstelling

Terminasie van swangerskap is sedert 1 Februarie 1997 wettig in Suid-Afrika en sedertdien is verpleegkundiges verplig om hierdie kliënte in gesondheidsentra of hospitale te versorg waar sodanige terminasies uitgevoer word. Die beëindiging van 'n swangerskap asook die waarde van menselebens is 'n mynfeld van morele en etiese kwessies en is 'n uiters sensitiewe onderwerp vanuit sosiale en menseregte-, filosofiese- en religieuse-perspektiewe. Tradisioneel is die verpleegberoep ook geken aan die beroep se agting vir menselebens en die instandhouding daarvan. Die terminasie van 'n swangerskap is verder emosioneel belaaie vir beide die verpleegkundige en die kliënt (pasiënt). Vanuit 'n teoretiese gesigspunt, naamlik dié van King se Doelwitbereikingsteorie, vra doelwitbereiking in verpleging en versorging van pasiënte wat terminasies van swangerskappe ondergaan het, toegewyde verpleegkundiges. In dié verband het studente-verpleegkundiges aan die navorser beken dat hulle ervarings is dat baie geregistreerde verpleegkundiges nie betrokke wil raak om 'n swangerskap te termineer nie en die versorging van hierdie pasiënte op studente afskuif. Statistieke wat vir die Wes-Kaap beskikbaar is, toon aan dat daar 'n toename in die getal terminasies van swangerskappe is wat dit verder beklemtoon dat verpleegkundiges wat belangstel om in hierdie veld te werk, dringend benodig word.

Teen hierdie agtergrond is die navorsingsprobleem dat dit nie duidelik is wat verpleegkundiges wat betrokke by die terminasies van swangerskappe is, se houding hierteenoor is nie. Dit is ook nie duidelik wat die gesindheid van hierdie individue jeens

wetgewing in dié verband is nie, en ook nie of hierdie verpleegkundiges uit vrye wil hierby betrokke is en of hul posbeskrywings en dienskontrakte hul hiertoe verplig nie. Binne King se Doelwitbereikingsteorie is die probleem dat die verhouding van die persoonlike sisteem (verpleegkundige) met die sosiale sisteem (wetgewing en werkgewer se beleid) en betrokkenheid by die interpersoonlike sisteem binne die opset van terminasie van swangerskap nie bekend is nie.

1.3 NAVORSINGSVRAAG EN DOELWITTE

1.3.1 Navorsingsvraag

Ten die agtergrond van die probleemstelling was die **primêre navorsingsvraag** vir hierdie studie binne King se Sisteemteoretiese benadering en Doelwitbereikingsteorie:

- Is doelwitbereiking moontlik in terme van die houding en verhouding van die persoonlike sisteem (verpleegkundige) tot die sosiale sisteem (wetgewing en werkgewer se beleid) en betrokkenheid by die interpersoonlike sisteem (met kliënt en fetus) binne die opset van terminasie van swangerskap?

1.3.2 Doelwitte

Ten einde die navorsingsvraag te beantwoord het die navorser haar die volgende ten doel gestel, naamlik om:

- die demografiese detail van respondente (verpleegkundiges) met hul houding jeens terminasie van swangerskap en hul gesindheid jeens diesulke kliënte te beskryf
- die vlak en diversiteit van opleiding van verpleegkundige werksaam in TVS-afdelings te beskryf
- te bepaal of MVA opleiding 'n invloed op verpleegkundiges se houding teenoor en ervaring van terminasie van swangerskap het
- die aard van TVS-afdelings te bepaal
- te bepaal of daar 'n assosiasie tussen respondente se persepsie van hul verhouding met kliënte is en hul persepsie van hul werkverrigting in die TVS- afdeling en ander konstrunkte binne die TVS- afdeling
- die stresvlakke en streshantering van respondente te beskryf
- die sosiale ondersteuningstrukture wat binne die TVS-afdeling aan respondente (verpleegkundiges) beskikbaar is, te illustreer
- effektiewe kommunikasie as basis vir doelwitbereiking binne die TVS-afdeling gehandhaaf word

- respondente se persepsie te eksplorieer met betrekking tot die “interseksie” van die verpleegkundige en die kliënt as persoonlike sisteme (die daarstelling van ’n interpersoonlike sisteem)
- verpleegkundiges (respondente) se siening van die status van die fetus te ontleed
- die mate waartoe die persoonlike sisteem (verpleegkundiges/respondente) met die bepalings van komponente van die sosiale sisteem (die Wet, SARV regulasies, Verpleegsters Diens Gelofte en beleid binne die instansies waarin hulle werksaam is) saamstem

Hierdie doelwitte kan ook effektief as meer gedetailleerde sub-navorsingsvrae herformuleer word.

1.4 KERNDEFINISIES

Verpleegkundige

Die Wet op Verpleging No 33 van 2005, paragraaf 30(1), definieer ‘n verpleegkundige as volg: “a professional nurse is a person who is qualified and competent to independently practice comprehensive nursing in the manner and to the level prescribed and who is capable of assuming responsibility and accountability for such practice” (South Africa 2005:25).

‘n Verpleegkundige binne konteks vir hierdie studie is die verpleegkundige werksaam in terminasie van swangerskapafdelings in staatsgesondheidsorgdienste in die Wes-Kaap asook die verpleegkundiges werksaam by Marie Stopes-klinieke in die Wes-Kaap. Hierdie verpleegkundiges is as professionele verpleegkundiges of vroedvroue by die SARV geregistreer met of sonder die kwalifikasie om terminasie van swangerkskapprosedures tot en met 12 weke gestasie uit te voer, soos gestipuleer in paragraaf 1(c en d), soos verwys in Wet No 92 van 1996 soos gewysig (Suid-Afrika 2008:2). Hierdie verpleegkundiges moes ook op een of ander manier kliënte versorg van wie swangerskappe getermineer is, voor, tydens en nadat terminasie gedoen is. Dit sluit in die verpleegkundige wat die terminasie van swangerskapprosedure uitvoer tot en met 12 weke gestasie soos gestipuleer in paragraaf 2(2) soos verwys in Wet No 92 van 1996 soos gewysig (Suid-Afrika 1996:5).

Terminasie van swangerskap

Terminasie van swangerskap soos deur die wet gedefinieer, paragraaf 1(i) as die "beëindiging van 'n swangerskap, die skeiding en uitdrywing deur geneeskundige- of chirurgiese metodes, van die inhoud van die uterus van 'n "swangervrou" volgens die Wet op Keuse oor die Beeindiging van Swangerskap, No 92 van 1996, soos gewysig (Suid-Afrika 1996:3)."

Verpleging en versorging

Vir die doel van die huidige navorsing word volstaan by beide die Internasionale Raad op Verpleging (IRV) se definisie in dié verband en by dié van Suid-Afrikaanse wetgewing. "Nursing encompasses autoumous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles"(ICN 2009).

Die Wet op Verpleging No 33 van 2005, paragraaf 1, definieer verpleging as volg: " ... a caring profession practiced by a person registered under section 31, which supports, cares for and treats a health care user to achieve or maintain health and where this is not possible, cares for a health care user so that he or she lives in comfort and with dignity until death" (South Africa 2005:6).

Vir die doeleindes van hierdie navorsing is die terme verpleging, verpleegsorg, sorg en versorging as wissel terme gebruik.

Etiek en eties

Volgens die *Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal*(HAT) (1994:210) beteken eties; in ooreenstemming met die standarde of reëls van 'n beroep. Vir die doeleindes van hierdie navorsing verwys etiek na "a branch of philosophy ... called moral philosophy and addresses issues of human conduct that are of great importance to nurses and other health professionals" (Pera & Van Tonder 2011:5). Waar die woord "eties" gebruik word, verwys dit na die bepeinsing van of oriëntering aangaande dit wat deur die vakgebied *die etiek* omskryf word.

Moreel en moraliteit

Volgens die *Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal*(HAT) (1994:713) beteken moreel, dit wat betrekking het op die gevoel vir wat goed en reg en sedelik is. Volgens Pera

en Van Tonder (2011:6) verwys die term moreel na: “the norms of conduct, which individuals and groups uphold and adhere to. The violation of a moral rule by an individual may, for example, elicit disapproval in the form of mistrust, hostility or ostracism by the group. Morals refer to as what we should or should not do”.

In breë terme verwys etiek na die studie van norme en waardes van wat reg, verkeerd, goed of sleg is en moraliteit na die handeling wat hiermee verband hou (Pera en Van Tonder 2011:5-6)

Houding

Die *South African Concise Oxford Dictionary* (2005:69) definieer houding as “a settled way of thinking or feeling”. Bailliere’s Nurses’ Dictionary (2004:38) definieer houding as “a pattern of mental views establish by cumulative prior experience”. Volgens die *Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal* (HAT) (1994:396) beteken houding “‘n manier van doen; optrede”.

Pro-lewe

Die pro-lewe groep (pro-life) is gekant teen terminering van swangerskap om watter rede ook al. Die standpunt word gehuldig dat die fetus ‘n menslike wese is vanaf die oomblik van konsepsie. Daar is min verskil tussen die fetus voorgeboorte en die fetus tydens geboorte. Die fetus het dan ‘n reg tot lewe soos enige ander mens (Department of Health 2003:7; Edge en Groves 2005: 259,270; Encarta Online 2008:3).

Pro-keuse

Die pro-keuse groep (pro-choice) wat die standpunt huldig dat keuse tot terminasie van swangerskap die vrou se reprodutiewe reg is en dat dit wettig moet wees. Hierdie groep glo dat die fetus eers ‘n potensiële menslike wese is sodra dit buite die uterus kan oorleef. Tot hierdie tydperk het die fetus geen wetlike regte nie - die regte behoort aan die vrou wat die fetus dra (Department of Health 2003:8; Edge en Groves 2005:257,270; Encarta Online 2008:3; McQuoid & Dada 2009:133).

Waarde-uitklaring

Waarde-uitklaring is ‘n proses waar gesondheidsdiensverskaffers ondersteun word om hul persoonlike waardes en geloofstelsels te onderskei van die behoeftes van die klënt om in voeling met die self te kom (Department of Health 2003:9; Human Resource 2010:27; Rhedi 2012:1).

Manuele-vakuum-aspirasie (MVA)

Die lediging van die inhoud van die uterus deur middel van 'n plastiek kanule wat aan 'n plastiek spuit (hand gedrewe, plastiek 60ml aspirator) gekoppel is. (Human Resource 2010:29; Narrigan 1998:492; WHO 2003:32).

Mediese aborsie

Die gebruik van medikasie sodat swangerskap getermineer word (Narrigan 1998:492; WHO 2003: 35,5; Year review of the implementation of the Choice on Termination of Pregnancy Act, 92 of 1996 2002:68).

1.5 TEORETIESE RAAMWERK

Soos reeds in die nie-empiriese of teoretiese begroning van die navorsingsprobleem aangetoon, het King se Doelwitbereikingsteorie (Goal Attainment Theory) (George 2002:248) as teoretiese raamwerk vir hierdie studie gedien. Die teorie word in hoofstuk 2 volledig bespreek. Tydens die huidige navorsing het hierdie teoretiese raamwerk gedien om:

- die probleemstelling te formuleer
- die literatuurstudie te struktureer
- formaat en struktuur aan die data-insamelingsinstrumente te verskaf
- struktuur te verskaf waarbinne bevindings geïnterpreteer kon word. .

Uit die wyse waarop King se Doelwitbereikingsteorie gebruik is, is dit duidelik dat die teorie bloot rigtinggewend was en nie as sulks getoets is tydens die navorsing nie. Volgens George (2002:258) is daar 'n hele aantal studies wat King se teorie as 'n riglyn of raamwerk gebruik het, veral studies waar persepsies betrokke was. In sommige van hierdie studies was persepsies beskryf. Die navorsing was afgestem op die verpleegkundige binne die terminasie van die swangerskapopset as persoonlike sisteem – dat enige tekortkominge binne hierdie sisteem en in die verhouding van hierdie sisteem tot die sosiale sisteem, die interpersoonlike sisteem skaad of potensieel nie bevorderlik vir doelwitbereiking is nie (Immogene King's Theory of Goal Attainment 2010:2; King 1999:293; Tomey en Alligood 2002:344-345). Die fokus op die verpleegkundige as persoonlike sisteem, het ook daartoe gelei dat stres, wat deur King as voortspruitende uit die interpersoonlike sisteem gesien, (George 2002:247; Goodwin, Kiehl, Peterson 2002:2; Immogene King's Theory of Goal Attainment 2010:2; Tomey en Alligood 2002:339, 39), in hoofstuk 3 as deel van die persoonlike sisteem bespreek word. Stres is dus gesien as voortspruitend uit kwelpunte tussen die persoonlike sisteem aan die een kant en die interpersoonlike- en sosiale-sisteme aan die anderkant, maar is fundamenteel 'n intra-persoonlike ervaring – 'n ervaring binne die verpleegkundige as persoonlike sisteem. Die studie is dus uitsluitlik gerig op die persepsie

en ervarings van verpleegkundiges in afdelings vir die beeindiging van swangerskap op aanvraag.

1.6 METODOLOGIE

Metodologie is die totale strategie en logika vir die studie en verduidelik die tegniese aspekte van die studie soos die ontwerp van die studie, die grootte van die steekproef en steekproefneming, die bronne van data, data-insamelingmetodes en data-analise (Basavanthappa 2007:487; Burns en Grove 2005:211; Welman, Kruger en Mitchell 2007:2; WHO 2001:9).

Vir die doel van hierdie studie is die navorsingsparadigma as deel van die metodologie van die studie ingesluit.

1.6.1 Navorsingsontwerp

Die navorsingsontwerp (par. 4.3) is die bloudruk vir die studie en rig die navorser in die beplanning en implementering van die studie, terwyl optimale kontrole oor faktore wat die geldigheid van die studie kan beïnvloed, bereik word (Burns en Grove 2007:533). Dit is dus die plan waarvolgens respondente geselekteer word, inligting vanaf respondente ingesamel word en beskryf word ten einde gevolgtrekkings rakende die navorsingsprobleem te maak (De Vos 2000: 99; Welman et al 2007:52). Dit is die algehele plan vir die studie (Basavanthappa 2007:565). Die navorsing vir hierdie studie is vanuit 'n kwantitatiewe paradigmatiese perspektief gedoen. Die huidige studie het op 'n kwantitatiewe beskrywende korrelasie-ontwerp berus. Volgens Burns en Grove (2007:249,537) is die doel van hierdie ontwerp om veranderlikes te beskryf en om verhoudings te ondersoek tussen die veranderlikes wat in 'n situasie bestaan. Sodoende word baie interverhoudings geïdentifiseer.

1.6.2 Die kwantitatiewe navorsingsparadigma

Die huidige navorsing is binne die kwantitatiewe navorsingsparadigma uitgevoer. Die doel van kwantitatiewe navorsing is om objektiewe data in die vorm van getalle en statistieke te versamel, te beskryf en te bespreek (Welman, Kruger en Mitchell 2007:8). Volgens Burns en Grove (2007:24,551) is kwantitatiewe navorsing: "a formal, objective, rigorous, systematic process for generating information about the world...to describe new situations, events or concepts in die world. This research method is used to describe variables, examine relationships among variables, and determine cause-and-effect interactions between variables". Basavanthappa (2007:53) definieer kwantitatiewe navorsing: "as a formal, objective systematic process to describe, test relationships, and examine cause and effect interaction among variables. It is based on the measurement of quantity or amount and it is

applicable to phenomena that can be exposed in terms of quantity". Polit en Beck (2008:763) definieer kwantitatiewe navorsing as: "The investigation of phenomena that lend themselves to precise measurement and quantification, often involving a rigorous and controlled design". Met betrekking tot die huidige navorsing, dien daar op gelet te word dat meting van belang is maar dat beheer oor veranderlikes nie uitgeoefen is nie aangesien dit 'n beskrywende studie was.

1.6.3 Beskrywende-korrelasiestudie

Hierdie studie het gebruik gemaak van 'n kwantitatiewe beskrywende korrelasie-ontwerp (par. 4.3.1.3) om die verpleegkundige se persepsie van terminasie van swangerskap asook haar persepsie van haar houding en optrede teenoor kliënte wat swangerskappe wil laat termineer, te ondersoek en te beskryf.

Beskrywende navorsing vorm 'n breë kategorie van nie-eksperimentele navorsing. Die doel van beskrywende navorsing is om fenomene te identifiseer, te observeer en te beskryf, deur die frekwensie waarmee 'n verskynsel (of veranderlike) voorkom te bepaal (te meet), inligting te kategoriseer en aspekte van 'n situasie te dokumenteer soos dit natuurlik voorkom (Burns en Grove 2007:24-25,242; Polit en Beck 2008:274).

Beskrywende navorsing kan uitgebrei word en met ander metodes van navorsing aangevul word, soos vir hierdie studie waar die beskrywende-korrelasiemethode gebruik was. Volgens Burns en Grove (2007:249) is die doel van 'n beskrywende-korrelasiestudie "to examine the relationships that exist in a situation.....it may examine variables in a situation that has already occurred or in a currently occurring situation, no attempt is made to control or manipulate the situation...as with descriptive studies variables must be clearly identified and defined". Volgens Polit en Beck (2008:274-275) is die doel van beskrywende-korrelasiestudie "to describe relationships among variables rather than to infer cause-and-effect relationships". Veranderlikes wat reeds voorgekom het of tans voorkom, kan ondersoek word. Geen manipulasie of beheer word uitgeoefen nie. Daar word op vrye wyse na assosiasies gesoek tydens beskrywende-korrelasiestudie (Burns en Grove 2001:256-257; Burns en Grove 2007:248-251).

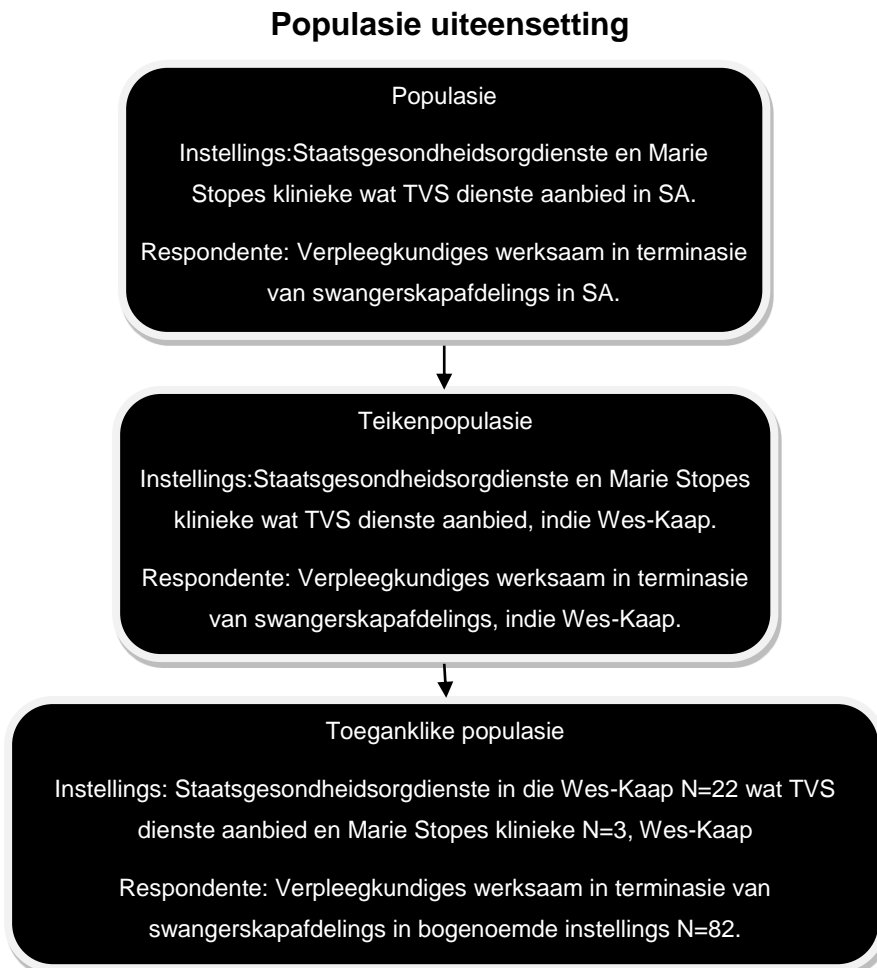
1.6.4 Steekproefneming

Steekproefneming (par.4.3.2) is volgens Basavanthappa (2007:188) "the process of selecting representative units of a population for study in a research. It is the process of selecting a subset of population in order to obtain information regarding a phenomenon in a way that represents the entire population". Burns en Grove (2007:324) definieer 'n steekproefneming as: "the process for selecting a group of people, events, behaviours, or other elements with

which to conduct a study". Tydens die huidige navorsing is steekproefftrekking gedoen ten einde:

- Kostevermindering van data-insameling.
- Vergemaklik die verwerking en bekendmaking van uitslag.
- 'n Redelike beeld kan geskep word deur net 'n gedeelte van die populasie te betrek (WHO 2001:71-72).

Steekproefneming word geklassifiseer as waarskynlikheids- en nie-waarskynlikheidssteekproefneming en beide kan vir verpleegstudies (Burns en Grove 2005:40) gebruik word. Vir hierdie studie is daar van nie-waarskynlikheidssteekproefneming gebruik gemaak. Figuur 1.2 gee 'n oorsig oor die steekproefnemingsprosess tydens die huidige navorsing en word in meer besonderhede in Hoofstuk 4 (par. 4.3.2) bespreek.



Figuur 1.2: Populasie vir hierdie studie

1.6.5 Data-insameling

'n Selfontwerpte vraelys was as data-insamelingsmetode vir hierdie studie gebruik. Volgens Polit en Beck (2008:414) is 'n vraelys: "A method of gathering self-report information of questions in a paper-and-pencil format; sometimes referred to as a SAQ (self-administrated questionnaire)". "A questionnaire is simply a list of mimeographed or printed questions that is completed by or for a respondent (WHO 2001:171)". "A printed self-report form designed to elicit information that can be obtained through written responses of the subject (Burns en Grove 2005:748)".

Anonimiteit van respondente kan deur die gebruik van 'n vraelys beter verseker word wat ook tot eerliker antwoorde kan bydra as byvoorbeeld tydens 'n persoonlike onderhoud, waar die sosiale aanvaarbare response 'n effek op die gehalte van data kan hê (Burns en Grove 2001:426; Marshall et al 1994:569). Terminasies van swangerskappe is 'n eties sensitiewe aangeleentheid en die gebruik van 'n vraelys kon help dat respondente eerliker antwoorde op vrae gee.

Soos aangetoon, is 'n vraelys (Bylae 2) spesifiek vir hierdie studie ontwerp aan die hand van beskikbare literatuur (sien hoofstuk 3) en aan die hand van die teoretiese grondslag van die navorsing naamlik King se Sisteembenadering wat haar Doelwitbereikingsteorie onderlê.

Volgens Polit en Beck (2008:380) is voor-toetsing van 'n nuut ontwikkelde instrument belangrik sodat dit geëvalueer en verbeter\verfyn (Burns en Grove 2007:38) kan word.

'n Voor-toets van die instrument is tydens die huidige navorsing uitgevoer en verbeteringe is aangebring waar probleme ondervind was, soos byvoorbeeld met: instruksies, bewoording en die duidelikheid van die vrae in die vraelys (Basavanthappa 2007:437-441). Persone wat aan die voor-toets deelgeneem het, moes ook 'n assesseringsdokument (Bylae 2b) rakende die vraelys voltooi. Voor-toetsing word in besonderhede in paragraaf 4.4.1.3 bespreek.

Vraelyste is op verskillende wyses versprei en teruggevorder; deur die navorser persoonlik, per pos en ook per e-pos. Die verspreiding en heropneem van vraelyste word in paragraaf 4.4.1.4 breedvoerig bespreek.

1.6.6 Maatreëls om geldigheid en betroubaarheid te verseker

Die geldigheid van 'n instrument word weerspieël deur die mate waartoe dit meet wat dit veronderstel is om te meet. Die mate van die geldigheid van 'n instrument word eerder bepaal in plaas van om te bepaal of geldigheid werklik bestaan (Burns en Grove 2007:365;

De Vos 2000:83; LoBiondo-Wood en Haber 2002:314). Die volgende aspekte van geldigheid naamlik inhoud-, sig- en konstrugeldigheid word in hoofstuk 4 bespreek, paragraaf 4.5.1.

Betroubaarheid word beskou as “consistency of measures obtained in the use of a particular instrument and is an indication of the extent of random error in the measurement method” (Burns en Grove 2005:374). ‘n Instrument is dus betroubaar as daardie instrument na herhaaldelike toetsing dieselfde resultate weergee. Betroubaarheid beklemtoon dus hoe goed die instrument meet en nie wat dit meet nie (De Vos 2000:85-86.). In paragrawe 4.5.2 word stabiliteit, homogeniteit en gelykheid met betrekking tot betroubaarheid breedvoerig bespreek.

Cronbach Alfas is vir alle subskale (veranderlikes) wat in die vraelys opgeneem is, bereken. Kombinasies van items wat die beste Cronbach alfalesings gebied het, is tydens data-aanbieding en –bespreking gebruik, met dien verstande dat die kombinasies steeds voldoen aan ten minste gesigsgeldigheid van die veranderlike wat gemeet is.

1.6.7 Data-analise

Statistiese analise

Data was ontleed met behulp van ‘n statikus (sien Bylae 4 vir besonderhede). Die SPSS-program was gebruik naamlik; SPSS Inc. (2009). PASW Statistics 18, Release Version 18.0.0. Copyright© by SPSS, Inc., Chicago, IL(**Error! Hyperlink reference not valid.** Die volgende statistiese prosedures is gebruik soos van toepassing vir hierdie studie : frekwensieverdelings was gebruik om data te organiseer en data is voorgestel in die vorms van frekwensietabelle, sirkel-diagram, bardigram en grafieke (Burns en Grove 2007:413; De Vos 2000:204-209; Welman et al 2007: 229).

Persentasie verspreidings, Spearman se rho, Chi-kwadraat, Phi waardes, Cronbach se Alpha, *t*-Toets vir beduidenheid, ANOVA (Analise van variansie) (Burns en Grove 2007: 237,403-404, 420, 430, 572-573;Burns en Grove 2001:444, 531,572-573,586; Chronbach`s Alpha 2011:1-2; De Vos 2000:233-234; Polit en Beck 2008:593, 596,602, 607-608; Spearman Rho 2011:1-3; Statsoft 2012; Welman et al 2007:147, 229-230, 236-237;). ‘n Gedetailleerde bespreking van hierdie prosedures volg in Hoofstuk 5, paragraaf 5.3.2.

Kwalitatiewe analise

Kwalitatiewe data is deur middel van inhoudsanalise ontleed, sien hoofstuk 5, paragraaf 5.3.3 vir ‘n gedetailleerde bespreking.

1.7 ETIESE OORWEGINGS

Wanneer navorsing in enige dissipline gedoen word waar mense (respondente) betrokke is, is daar etiese beginsels waaraan voldoen moet word. Dit is belangrik dat die regte van hierdie mense (respondente) beskerm word (Polit en Hungler 2008:167). Bo en behalwe die beskerming van menseregte wat in alle navorsing geld, is daar dikwels ook domein spesifieke kwessies wat etiese oorwegings beïnvloed. Terminasie van swangerskap, die aanvang van lewe en die waarde van menselewe is onderwerpe wat emosioneel, filosofies, religieus en sosiaal intens emosioneel belaa is. Hierdie aspek was dan ook deurgaans belangrik vir die navorser – om sensitief teenoor respondente op te tree.

Die etiese aspekte waaraan aandag gegee is tydens die huidige navorsing, word in paragraaf 4.7 bespreek en sluit, bo en behalwe die basiese etiese beginsels (outonomie, geregtigheid, welwillendheid en nie-kwaadwilligheid) en kernwaardes, die volgende in:

- Respondente insluitend ingeligte toestemming tot die studie (Bylae 2)
- Instellings waar navorsing uitgevoer is, insluitend bekragtiging deur:
 - Die navorsings- en etiese komitee van die Departement Gesondheidstudies van UNISA (Bylae 3).
 - Die Wes-Kaapse Departement van Gesondheid (Bylae 3).
 - Die Mediese Superintendente van onderskeidelik, Groote Schuur en Tygerberg Hospitale (Bylae 3).
 - Die programdirekteur van Marie Stopes, SA (Andy Raman 2011) (Bylae 3).
- Wetenskaplike integriteit van die navorser wat na die bevoegdheid van die navorser in die uitvoering van die navorsing verwys.

1.8 BEPERKINGS VAN DIE STUDIE

Volgens Burns en Grove is beperkings van 'n studie “restrictions in a study that may decrease the credibility and generalizability of the findings” (Burns en Grove 2007:37), wat die uitkoms van die studie mag affekteer, maar die navorser het min of geen beheer hieroor nie (Basavanthappa 2007: 561). Die twee tipes beperkings is teoreties en metodologies van aard (Burns en Grove 2007:37). Die beperkings van toepassing op die huidige studie sluit in die Hawthorne-effek, populasie en steekproef en aangeleendhede rakende data-insameling en -analise.

Die Hawthorne-effek word gedefinieer as 'n psigologiese respons waar respondente hul gedrag verander omdat hulle respondente in 'n studie is, nie as gevolg van die navorsingsinstrument nie (Burns en Grove 2007:541). Dit is soort van 'n placebo-effek, wat deur mense se verwagtings veroorsaak word. Blote kennis dat hulle deel van 'n studie vorm,

kan mense se gedrag verander (Polit en Beck 2008:264-265; Welman et al 2007: 116). Daar is aangeneem dat die respondente van die huidige studie objektief en eerlik sou wees rakende die inligting wat hulle in hul response tot die vraelys gegee het. Dit mag dalk nie so wees nie, weens die blote feit dat die respondente geweet het hulle is deel van hierdie studie. Dit mag beteken dat hulle response tot vrae en items op so 'n wyse gegee was wat hulle as verwagte response van die navorser beskou of hulle sien hul response as meer aanvaarbaar as wat hul regtig voel.

Vir hierdie studie was nie-waarskynlikheidsteekproefneming gekies, wat beteken dat elke element van die populasie nie 'n geleendheid gehad het om ingesluit te word in die steekproef nie (Basavanthappa 2007:562; Burns and Grove 2007:337; Polit en Beck 2008:340). Die nadele is dan dat verteenwoordiging nie verseker is nie en dit is minder geskik vir veralgemening. Die steekproef was klein omdat daar net gefokus is op verpleegkundiges werksaam in TVS- afdelings in die Wes-Kaap wat die staatsgesondheidsorgdienste en die drie Marie Stopes-klinieke ingesluit het. Dit is van belang om te besef dat die fokus op die Wes-Kaap is en hierdie provinsie mag sosiokultureel van die ander provinsies verskil. Hierdie dienste wat toestemming tot die navorsing verleen het, is gebruik. Nie al die staatsgesondheidsorgdienste in die Wes-Kaap verskaf TVS-dienste nie.

Die redes vir die klein aantal respondente mag wees:

- dat baie min verpleegkundiges betrokke is by TVS in die Wes-Kaap;
- nie almal het die vraelyste voltooi nie.

Die redes mag wees dat die deelnemers die vraelyste in hul tee-tye, etenstye en na-ure moes voltooi, want pasiëntesorg mag nie onderbreek word nie, soos tydens toestemming ooreengekom. Dit blyk vir die navorser dat hedendaagse verpleegkundiges baie klagtes oor werksomstandighede het, maar wanneer hul die geleendheid gebied word om deel te neem aan navorsing sodat probleemareas uitgewys kan word met 'n moontlike poging tot positiewe verandering, daar geen belangstelling is nie of dit is te veel moeite of dit word as bykomende werk gesien.

Data was ingesamel deur gebruik te maak van 'n selfvoltooiingsvraelys. Al was die navorser vir die uitklaring van vrae beskikbaar, is dit steeds moontlik dat van die vrae verkeerdelik geïnterpreteer kon wees. Nie al die respondente het op al die items gerepondeer nie, moontlike redes mag wees dat sommige respondente nie hul diepste gevoelens wou deel nie. Hierdie aspek het die betroubaarheid van die navorsingsuitslag verder beperk.

Sommige verpleegkundiges mag dit ook as nie-belangrik benader het nie, tydrowend en tyd wat hul vir hulself kon gebruik. Hierdie afdeling word in Hoofstuk 6 bespreek, paragraaf 6.5.

1.9 BELANG VAN DIE STUDIE

Die belang van die bevindings van hierdie studie lê daarin dat dit 'n bydrae gelewer het met betrekking tot insigte rakende:

- verpleegkundiges se houding teenoor terminasie van swangerskap
- verpleegkundiges se persepsies van hoe hul houdings/ingesteldheid hul optrede teenoor pasiënte wat terminasie van swangerskap ondergaan het, beïnvloed
- verpleegkundiges se ervaring van terminasie van swangerskap
- die behoeftes van verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskap-afdelings
- verpleegkundiges se houding jeens wetgewing met betrekking tot terminasie van swangerskap; en
- te onderskei of Manuele Vakuüm Aspirasie (MVA) -opleiding 'n invloed op verpleegkundiges se houding teenoor en ervaring van terminasie van swangerskap het.

Soos in Hoofstuk 6 aangetoon, kan hierdie insigte gebruik word om:

- verpleegkundiges se aandag te fokus op kliëntesorg en nie op die persoonlike aspekte van terminasie van swangerskap nie
- indiensopleidingsprogramme te ontwikkel wat die behoeftes van verpleegkundiges in terminasie van swangerskapafdelings aanspreek
- verhoë te rig aan instansies met betrekking tot die diensvoorwaardes van verpleegkundiges wat in afdelings werksaam is waar hulle swangerskappe moet termineer en so indirek verpleegsorg kan verbeter.

Met betrekking tot verdere navorsing behoort aandag aan die volgende aspekte gegee te word:

- Die insluiting van terminasie van swangerskap in verpleegkurrikula ten einde verpleegstudente te laat fokus op hierdie belangrike aspek en om só verpleegsorg indirek te verbeter
- Kwalitatiewe navorsing om in-diepte insig te ontwikkel in die beleefde ervaring van verpleegkundiges wat in terminasie van swangerskapafdelings werk
- Die daarstelling van 'n makkerhulp (buddy system) vir verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskapafdelings .

1.10 UITLEG VAN DIE STUDIE

Hoofstuk 1: Oriëntering tot die studie

Hoofstuk 2: Teoretiese raamwerk: King se doelwitbereikingsteorie

Hoofstuk 3: Literatuuoroorsig

Hoofstuk 4: Navorsingsmetodologie

Hoofstuk 5: Ontleding en interpretasie van die data.

Hoofstuk 6: Opsomming, beperkings, bevindings en aanbevelings van die studie.

Bibliografie

1.11 OPSOMMING

In die huidige hoofstuk is die agtergrond van die studie, die doelwitte en belang van die studie, uiteengesit. Die navorser het sleuteltermes gedefinieer, die aannames, en kortliks die teoretiese raamwerk, navorsingsontwerp en metodologie, data-insamelingsinstrument en etiese oorwegings bespreek.

In die volgende hoofstuk word die teoretiese raamwerk bespreek, naamlik King se Doelwitbereikingsteorie.

HOOFSTUK 2: RAAMWERK: KING SE DOELWITBEREIKINGSTEORIE

2.1 INLEIDING

Teorieë speel verskeie rolle in die ontwikkeling van wetenskappe. “Theories guide and generate ideas for research. Research assesses the worth of the theory and provides a foundation for new theories” (Polit en Beck 2008:145). Die oorkoepelende doel van teorieë is dus om wetenskaplike bevindings sinvol te interpreteer en te veralgemeen (Polit en Hungler 1991:113). Met hierdie doel van teorieë in gedagte, is King se Doelwitbereikingsteorie en onderliggende Sisteembenadering tydens die navorsing gebruik ten einde die navorsing te rig. Die teorie is nie gebruik om hipoteses wat uit die teorie afgelei kan word, te toets nie en die teorie is dus nie as sodanig getoets nie.

2.2 OORSIG OOR HOOFSTUK 2

In hierdie hoofstuk word die Doelwitbereikingsteorie uiteengesit en word daar aangetoon presies hoe hierdie teorie tydens die navorsing gebruik is. Die volgende punte word aangesny:

- Definisie van die term “teorie”
- Die doel van teorie in navorsing
- King se konseptuele raamwerk en sisteemteorie
- King se doelwitbereikingsteorie
- King se teorie en verpleging.

Deurgaans word daar ook kortliks aangetoon hoe teoretiese konsepte uit die werk van King in hierdie navorsing gebruik is.

2.3 DEFINISIE VAN DIE TERM “TEORIE”

Volgens George (2002:596) is ‘n teorie ‘n sistematiese en kreatiewe gesigspunt op die realiteit of ‘n aspek daarvan ten einde dit te beskryf, te verduidelik of te beheer. Polit en Beck (2008:768) definieer ‘n teorie as: “an abstract generalization that presents a systematic explanation about the relationships among phenomena”. Volgens Burns en Grove (2005: 133) is ‘n teorie “more narrow and specific than a conceptual model and is directly testable ... consists of an integrated set of defined concepts, existence statements, and relational statements that present a view of a phenomenon and can be used to describe, explain, predict, or control that phenomenon”. Volgens Chinn en Kramer (2004:58, 268) is ‘n teorie “An expression of knowledge within the empirics pattern of knowing ... creative and rigorous

structuring of ideas that project a tentative, purposeful, and systematic view of phenomena.” Vir hierdie studie word King (1981:144) se definisie van ‘n teorie aanvaar naamlik: “... a set of interrelated concepts, definitions, and propositions that present a systematic view of essential elements in a field of inquiry by specifying relations among variables”.

2.4 DIE NUT VAN TEORIE IN NAVORSING

Tabel 2.1 gee ‘n vergelykende opsomming van die gebruik van teorie in die algemeen in navorsing en hoe teorie spesifiek tydens die huidige navorsing gebruik is.

Tabel 2.1: Die nut van teorie in navorsing

Navorsing in die algemeen.	Vir hierdie studie
Die ontwikkeling van navorsingsproposisies.	Strukturele rigtinggewing en stimulering ten einde kennis ten opsigte van verpleegkundiges se houding teenoor TVS te genereer en te verbreed
Die daarstelling van ‘n bron van professionele gesag en outonomie.	Hierdie aspek word verteenwoordig in die navorsingsbevindings en aanbevelings. King se teorie is nie in die praktyk waar die navorsing uitgevoer is, operasioneel nie.
Die ontwikkeling van hipoteses wat deur navorsing getoets kan word.	Die beskrywende korrelasie-ontwerp wat tydens hierdie studie gebruik is, was eerder gemik op die formulering van hipoteses as die toets daarvan. Die konsepte wat in die teorie vervat is, het wel gelei tot die formulering van spesifieke navorsingsdoelwitte
Die voorspelling van die voorkoms van ‘n fenomeen.	Tydens die huidige navorsing is geen voorspelling gemaak of kousale verbande gelê nie. Die navorsing was meer beskrywend van aard.
Die stel van uitkomstes met betrekking tot die praktyk en die keuse van pasiëntesorg benadering.	Soos hierbo met betrekking tot navorsingsdoelwitte
Die beplanning en oorweging van nuwe denke en uitdagings in die praktyk en in navorsing.	In die verband het die sisteembenadering struktuur verskaf en het die komponent van die Doelwitbereikingsteorie “nuwe denke” aan die navorser verskaf. Die resultaat van die literatuurstudie, die formulering en kategorisering van items in die vraelys, die aanbieding en die bespreking van bevindings, is alles in terme hiervan gedoen.

(Basavanthappa 2007:10; Polit en Beck 2008:144-145)

Vir die navorser was een van die mees nuttige aspekte van die gebruik van King se teoretiese werk, dat dit haar denke verbreed het en gehelp het om dit wat alledaags is, selfs

haar persepsie en begrip van die navorsingsonderwerp in 'n nuwe lig te sien; om na die onderwerp te kyk en te interpreteer in terme van konsepte wat sy nooit voorheen sou gebruik het nie.

2.5 KING SE KONSEPTUELE RAAMWERK VIR VERPLEGING

King se Doelwitbereikingsteorie word as riglyn vir hierdie studie gebruik. Volgens George (2002:242-243) het die Doelwitbereikingsteorie ontstaan uit King se konseptuele sisteem en daarom word die konseptuele sisteem van King met aannames en konsepte eerstens met die Doelwitbereikingsteorie wat daarop volg, bespreek.

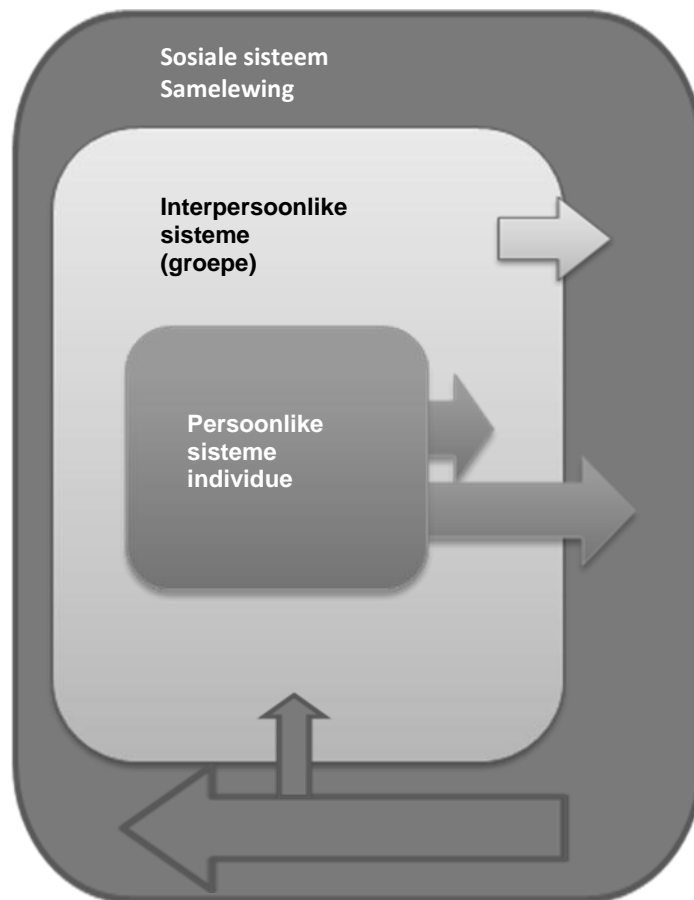
Volgens King is die funksie van 'n konseptuele sisteem om idees of konsepte in betekenisvolle groepe te rangskik. King se konseptuele sisteem vir verpleging sluit konsepte soos gesondheid, struktuur, funksies, bronne en besluitneming in (George 2002:243).

- *Gesondheid* is dit waarna verpleging strewe, soos byvoorbeeld die gesondheid van individue of groepe mense. Tydens die huidige studie is daar na “die gesondheid” van die verpleegkundige betrokke by terminasie van swangerskap, gekyk. Verpleegkundiges is die belangrikste rolspelers in die gesondheidsorgsisteem ten opsigte van doelwit-identifisering en ook om families en individue te help om doelwitte te bereik. Verpleegkundiges moet dus self “gesond” wees, wat ook in terminasie van swangerskapafdelings geld.
- *Struktuur* word beskryf as halfdeurdringbare grense tussen individue, groepe en die samelewing. Struktuur vorm die basis vir die organisering van groot sisteme om so die strewe na doelwitbereiking vir individue en families te vergemaklik. Struktuur wys ook diegene uit wat verantwoordelik is vir die toewysing van bronne om sodoende persone te help om doelwitte te bereik. Die struktuur vir hierdie studie waarbinne die verpleegkundige funksioneer, word deur die Wes –Kaapse Departement van Gesondheid se riglyne vir die hantering van terminasie van swangerskap gevorm (Department of Health, Western Cape, Circular Number: H56/2003; H157/2010), soos voorgeskryf deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV): dat elke praktiserende verpleegkundige in Suid-Afrika insluitende verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskapafdelings, by die SARV as 'n verpleegkundige geregistreer moet wees, soos gestipuleer in paragraaf 31 (Suid-Afrika 2005:6,34-36). Die verpleegkundige wat 'n terminasie van swangerskap tot en met 12 weke gestasie uitvoer, is geregistreer as 'n professionele verpleegkundige of vroedvrou by die SARV met of sonder die kwalifikasie om terminasie van swangerskapprosedure uit te voer tot en met 12 weke gestasie, soos gestipuleer in die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap (Wet No 92 van 1996), paragraaf 1(c en d), soos

gewysig (Suid-Afrika 2008:2). Die verspreiding van inligting deur middel van kommunikasie, op al hierdie vlakke, is baie belangrik vir doelwitbereiking. Om op te som; verteenwoordig struktuur dan die drie oop sisteme naamlik: persoonlike sisteem (die individu: verpleegkundige en kliënt), interpersoonlike sisteem; (verpleegsituasie\interaksie) en sosiale sisteem (politiese- en *wetgewende* sisteme) – sisteme waarvolgens die hele navorsingonderneming gerig is.

- *Funksies* word in die wedersydse verhoudings tussen individue tydens interaksie en transaksie gedemonstreer. Funksies word gewoonlik toegewys aan individue binne sisteme soos verpleegkundiges wat sekere funksies in die terminasie van swangerskapafdelings waar kliënte versorg word, moet verrig. Tydens die huidige navorsing is ook gelet op van die sentrale funksies van verpleegkundiges in die terminasie van swangerskapopset, soos byvoorbeeld berading.
- *Bronne* sluit in gesondheidswerkers (verpleegkundiges) en kliënte, finansies, goedere en dienste, as belangrike faktore wat benodig word om sekere aktiwiteite uit te voer sodat doelwitte bereik kan word. Menslike hulpbronne is die hoofbron in gesondheidsorg, wanneer daar nie voldoende menslike hulpbronne (verpleegkundiges) is nie, ontstaan die vraag: hoe word doelwitte bereik (terminasies van swangerskappe gedoen en kwaliteit verpleegsorg gelewer)?
- *Besluitneming* vind plaas wanneer keuses rakende brontoewysing gemaak word vir gesondheidsorgdienste. Besluitneming op 'n sekere vlak van funksionering soos die Nasionale besluit wat terminasie van swangerskap gewettig het, kan die gedrag van individue (verpleegkundiges vir hierdie studie) op ander vlakke beïnvloed en hierdie besluite wat geneem is, word dan in die uitkomst gereflekteer—die doelwitte wat bereik word.

King erken die komplekse dinamika van menslike gedrag deur die daarstelling van 'n konseptuele raamwerk van persoonlike, interpersoonlike en sosiale sisteme binne verpleging. Die individu is deurgaans die basiese element in al drie die sisteme. Die eenheid van analise binne die raamwerk, is menslike gedrag en interaksie (King 1981:13; Tomey & Alligood 2002:339). Die verband tussen hierdie drie sisteme word in Fig 2.1 uitgebeeld.



Figuur 2.1: Die dinamiese interaksie sisteme

King 1971:20

2.5.1 Die persoonlike sisteem

Die persoonlike sisteem sluit individue in soos die verpleegkundige en die kliënt. Hierdie sisteem hou verder verband met konsepte soos: persepsie, self, liggaamshouding, groei en ontwikkeling, tyd en ruimte (George 2002:244; King 1981:10; King 1992:20; Pearson, Vaughan, Fitzgerald 1996: 150). Met betrekking tot die huidige navorsing word die verpleegkundige as persoonlike sisteem beklemtoon. Die kliënt as persoonlike sisteem word slegs by implikasie beskryf en wel as essensiële faktor in die daarstelling van die interpersoonlike sisteem. So ook die verhouding tussen die verpleegkundige en die fetus.

Persepsie

Persepsie is die belangrikste konsep binne die persoonlike sisteem. Dit hou verband met al die ander konsepte en beïnvloed 'n persoon se gedrag. Persepsie word beskryf as 'n universele verskynsel; alle persone het 'n persepsie van hulself, van ander individue en van voorwerpe in hul omgewing. Hierdeur word die "werklikheid" aan die individu verskaf.

Persepsie is verder subjektief, persoonlik en selektief tot elke persoon. Elke gegewe situasie word deur elke individu op 'n unieke wyse ervaar en word deur teenwoordige behoeftes, belangstellings en doelwitte beïnvloed. As sodanig behels persepsie transaksies wat individue as aktiewe deelnemers binne situasies betrek waardeur individue se identiteit binne situasies omskryf word (King 1981:22-23). Volgens King is persepsie 'n proses van organisering, interpretering en transformering van sensoriese data (onverwerkte data verkry via sensoriese organe) en geheue (intellek en kognitiewe proses waardeur data gestoor word). Dit is 'n proses van transaksies en interaksie met die omgewing. Dit gee betekenis aan 'n menslike ervaring, verteenwoordig "realiteit", beïnvloed menslike gedrag en sluit leer in (George 2002:244-245; King 1981:20, 24). Persepsie is holisties, en die unieke aard daarvan lê individue se outonome regte van selfdeterminasie ten grondslag; insluitend dié van die verpleegkundige en die kliënt.

Tydens die huidige navorsing is na persepsies van verpleegkundiges binne die "realiteit" van die terminasie van swangerskap gekyk. Vanweë die outentieke of subjektiewe aard van persepsie kan persepsie alles "kleur" – om hierdie rede dus die aanhalingstekens by die gebruik van die woord "realiteit". Persepsie(s) word deur emosies soos vrees, woede en liefde beïnvloed asook deur ervaring, demografiese faktore en religieuse en filosofiese oriëntering. Die begrip "houding" of "gesindheid" kom hier ter sprake. Met betrekking tot die huidige studie is sodanige persepsie van, en houding en gesindheid van die verpleegkundige binne die terminasie van swangerskapopset jeens terminasie van swangerskap, persone wat terminasie van swangerskap ondergaan en wetgewing in die verband, belangrik.

'n Belangrike aspek tydens verpleegkundige-kliënt verhoudings, is King se konsep van akkurate persepsie. Hierdie akkurate persepsie is die eerste stap na doelwitbereiking (King 1981:24-26).

Self

Self is die manier waarop die *ek* tot die self en tot ander gedefinieer word - wie 'n persoon in totaliteit is, soos die persoon homself of haarself beleef (King 1981:26). Hierdie self is kenmerkend dinamies; 'n dinamika wat in die individueel unieke aard van die uitkomste van persepsie weerspieël word. Hierdie dinamika en veranderlike uitkomste van persepsie impliseer verder 'n aspek van die self wat die navorser slegs met die woord "dinamiese ewilbrium" kan beskryf. In hierdie geval beïnvloed persoonlike waardes en oortuigings nie alleen persepsie nie, maar dien dit ook om die individue in staat te stel om 'n balans te handhaaf. As oop sisteem is die *self* oneindig positief en self-verrykend, dog, indien die aard

van die *self* negatief daar uitsien, het die *self* bystand nodig. Met betrekking tot die huidige navorsing word die *self* van die verpleegkundige, geskoei op bepaalde moreel-etiese grondslag, as positief en oneindig verreikend en verrykend gesien. Dog, in die teenwoordigheid van die verskynsel van die beëindiging van swangerskap en selfs geforseerde “deelname” daaraan en assosiasie daarmee, word die ingesteldheid van die *self* uiters negatief; die persepsie van die *self* en van die ander sisteme word ewe-eens negatief ervaar. In die geval benodig die persoonlike sisteem en die *self* ondersteuning en selfs hulp. Hierdie is dan ook ‘n fokuspunt van die huidige navorsing.

Liggaamsbeeld

Liggaamsbeeld is kenmerkend persoonlik, uniek en subjektief, aangeleer of verwerf, dinamies en veranderend soos die persoon die *self* herdefinieer. Liggaamsbeeld is deel van elke stadium van groei en ontwikkeling. Self- persepsie met betrekking tot liggaamsbeeld en ander se reaksie teenoor sy beeld (voorkoms), is die resultaat van ander se reaksies tot die *self* (George 2002:245; King 1981:32-33). Alhoewel liggaamsbeeld binne die breër doelwit van gesondheid en binne die konsep van siekte en aftakeling binne King se konseptuele raamwerk belangrik is, vind dit nie direkte toepassing in die huidige studie nie. Mens sou egter teoreties en konseptueel liggaamsbeeld en die opbou en skending daarvan in verband kon bring met die vernietiging van die fetus, die waarde en onskendbaarheid van mense lewe en dies meer.

Groei en ontwikkeling

King se siening van groei en ontwikkeling van die individu sluit veranderings in gedrag op sellulêre en molekulêre vlak in. Hierdie verandering vind gewoonlik op voorspelbare geordende wyse plaas met individuele variasie. Groei en ontwikkeling word beïnvloed deur genetiese samestelling en lewenservaring, veral betekenisvolle ervarings in ‘n bevredigende omgewing wat groei na volwassenheid ondersteun. Die vraag ontstaan of verpleegkundiges terminasie van swangerskap as betekenisvolle lewenservarings beleef. Die Suid-Afrikaanse Verpleegsters Diens Gelofte en die Verpleegsters-Kredo stel dit duidelik dat lewe waardevol is en bewaar moet word (Mellish en Paton 2004:10,172-173). Maar daar word van verpleegkundiges in gesondheidsorgdienste verwag om kliënte te verpleeg wat die gesondheidsorgdiens vir ‘n terminasie van swangerskap besoek. Vir verpleegkundiges wat pro-lewe (par.1.4) is, mag terminasies van swangerskappe nie as ‘n betekenisvolle lewenservaring ervaar word nie en professionele groei en ontwikkeling mag moontlik nie plaasvind nie. Die belang van King se teorie in die geval is dat groei en ontwikkeling gedefinieer word as ‘n proses tussen die eindpole van blote potensiaal tot selfaktualisering (George 2002:245). Volgens die Wet op Verpleging (Wet nr. 33 van 2005), is volgehoue

professionele ontwikkeling 'n vereiste vir Suid-Afrikaanse verpleegkundiges soos voorgeskryf deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, om sodoende professionele registrasie te behou, soos gestipuleer in paragraaf 39 (a,b,c) (Suid-Afrika 2005:40) – en uiteindelijke selfaktualisering. Dit laat die vraag ontstaan tot watter mate verpleegkundiges verplig kan word om volgehoue professionele ontwikkeling ten opsigte van terminasie van swangerskap te ondergaan, en of hulle hoegenaamd aktualisering daarin kan vind? Die Suid- Afrikaanse Raad op Verpleging ondersteun die verpleegkundige se regte ten opsigte van bystand tydens terminasie van swangerskap, maar beklemtoon ook die moeder se reg tot verpleegsorg (Mellish en Paton 2004:128). Verpleegkundiges wat in afdelings werk waar terminasie van swangerskapkliënte verpleeg word, moet volgehoue verpleegsorg van hoogstaande gehalte lewer. Daar kan dus tog van hierdie persone verwag word om verdere opleidingsessies en kursusse by te woon soos uiteengesit deur die Departement van Gesondheid Wes-Kaap, in die omsendbrief H97/2000. Die volgende opleidingsessies rakende terminasie van swangerskappe is in hierdie dokument uiteengesit naamlik:

- Eendag waarde-uitklaringswerkwinkel en berading.
- Eendag voor- en na terminasies van swangerskap beradingswerkwinkel.
- 160-Uur aborsie-kursus (MVA tegniek).
- Opleiding vir geneeshere.

Bogenoemde opleidingsessies was ook nog in 2010 in die Wes-Kaap (Human Resource 2010:27,29) beskikbaar. Die bywoning al dan nie van sodanige opleiding kan ook op verpleegkundiges se belangstelling in en houding jeens terminasie van swangerskap aandui...

Tyd

Tyd is 'n abstrakte en komplekse verskynsel en verteenwoordig die subjektiewe persepsie van die opeenvolging van gebeure en beslaan nie net die verlede en die hede nie, maar het ook 'n geprojekteerde toekomsdimensie. Tyd is onomkeerbaar; dit is universeel en inherent in die lewensprosesse; en is 'n ritmiese vloei van gebeure. Dit is relatief ten opsigte van afstand en ruimte en die hoeveelheid inligting (gebeurlikhede) wat voorkom en is aaneenlopend, eenrigtinggewys en onomkeerbaar soos dit vanaf die verlede na die toekoms ontvou. Dit is meetbaar; en is ook subjektief te wyte aan die betrokkenheid van persepsie wat ook ten opsigte van tyd bestaan en oor tyd heen verander (King 1981:42-44). Tyd is inherent aan menswees en die onomkeerbaarheid daarvan en die eenrigting vloei van tyd het implikasies met betrekking tot die besluite wat die verpleegkundige neem waarmee sy\hy sal moet saamleef. Die verpleegkundige het persepsies van die huidige gebeure of besluite

(terminasie van swangerskap nou) en ook wat hierdie gebeure of besluit(e) (ten opsigte van terminasie van swangerskap) vir die toekoms (ander gebeurlikhede en tyd) mag inhou.

Ruimte

Ruimte is as sodanig (soos tyd) universeel en grensloos. Dit is ook persoonlik. Elke persoon se persepsie van ruimte is verskillend afhangende van kultuur, rol, posisie, interaksie met ander en ondervindings uit die verlede. Persoonlike ruimte verskaf aan individue beide sekuriteit en identiteit. Ruimte oriënteer 'n persoon tot die omgewing. Elke persoon het unieke behoeftes ten opsigte van ruimte. Dit is subjektief en kontekstueel en afhanklik van die verhoudings binne 'n situasie. Behoeftes met betrekking tot individuele ruimte verander van een situasie na 'n ander. Dimensie is 'n aspek van ruimte wat verwys na volume, area, afstand, en tyd; en is transaksioneel of gebaseer op die individue se persepsie van die situasie (King 1981:36-37). Dit verteenwoordig kontekstualiteit en geseteldheid. Dit is die navorser se mening dat tyd en ruimte soos dit verband hou met kontekstualiteit en geseteldheid fundamenteel tot die self en selfbeeld is; tot die persoonlike sisteem. Met betrekking tot die huidige studie is dit ook fundamenteel tot die realiteit van die verpleegkundige in die terminasie van swangerskapafdeling. Daar word verder geredeneer dat die uniekheid en individualiteit van ruimte met betrekking tot verpleegkundiges wat met terminasie van swangerskap (in swangerskapafdelings) werk, nie werklik erken word nie. Daar word dikwels op die gebied van die professionele ruimte van verpleegkundiges deur wetgewing en deur sekere diensvoorwaardes en beleid oortree.

2.5.2 Die interpersoonlike sisteem

King se konseptuele raamwerk setel die mens (persoonlike sisteem) se funksionering binne verskeie tipes interpersoonlike (en sosiale) sisteme. Die interpersoonlike sisteem verteenwoordig interaksie tussen individue, onder meer tussen verpleegkundige en kliënt. Die kompleksiteit van die interaksie neem toe soos groepgrootte toeneem. In die huidige navorsing is die interpersoonlike sisteem van belang in soverre die persoonlike sisteem (verpleegkundige) deel uitmaak van die interpersoonlike sisteem. Die interpersoonlike sisteem vir hierdie studie, verteenwoordig dan die moontlike probleemsituasie van die verpleegkundige (respondent). Die persone wat die interpersoonlike sisteem vir hierdie studie teenoor die verpleegkundige daarstel, is kollegas, kliënte, die fetus en ander belanghebbendes. Konsepte wat verband hou met die interpersoonlike sisteem, word selfs in die kleinste van groepe, die diade aangetref en behels: rol, interaksie, kommunikasie, transaksie en stres. Hierdie konsepte is dan ook belangrik vir doelwitbereiking asook binne die doelwitbereikingsteorie (George 2002:246; King 1981:59; King 1992: 20; Pearson et al 1996:150-151).

Op hierdie punt is dit belangrik om kennis te neem dat, alhoewel die huidige navorsing slegs op die verpleegkundige fokus, dit wat nagevors word, naamlik die verpleegkundige se houding en optrede teenoor kliënte wat terminasie van swangerskap versoek, minstens 'n diade impliseer in die sin van huidige of vorige betrokkenheid van die verpleegkundige by die kliënt wat 'n beëindiging van swangerskap aangevra het.

Rol

“Rol” is relevant in elk van die drie dinamiese interaktiewe sisteme in King se konseptuele raamwerk. Maar “rol” word as deel van die interpersoonlike sisteem bespreek omdat rolle interaktiewe verhoudinge en maniere van kommunikasie verteenwoordig. 'n Rol word in die sosiologie gedefinieer as 'n posisie of status binne 'n sosiale struktuur wat deur relatief presiese verwagtinge (norme) van gedrag gevorm is. 'n Rol is dus 'n gedragspatroon wat van 'n persoon wat 'n spesifieke posisie in die sosiale sisteem beklee, verwag word (Online Dictionary of the Social Science 2002; Schaefer 2004:97). Vir hierdie studie is die fokus op die rol van die verpleegkundige en haar posisie\status binne die gesondheidsdiens\sosiale struktuur. Hierdie struktuur is deur sekere norme\verwagtinge van gedrag gevorm soos in die reëls, regulasies en professionele praktykkodes van verpleging uitgespel word. Sekere regte en verpligtinge word met 'n rol geassosieer, ook in die gesondheidsorgdiens waar terminasies van swangerskappe gedoen word.

'n Rol word verder beskryf as die aktiewe komponent van die konsep status (Schaefer 2004:97). Die individu, wat in 'n sosiale struktuur geplaas is, vertolk die rol soos dit deur normatiewe verwagtinge gevorm word. Individue het verskeie sienings oor normatiewe standarde en hul eie unieke waarde, dus is rolgedrag nie gestandaardiseer nie, maar kan radikale afwyking van verwagte rolgedrag tot sosiale sanksies lei. Daar word van verpleegkundiges verwag om in terminasie van swangerskapafdelings te werk hoewel dit nie met die verpleegkundige(individu) se normatiewe standarde mag ooreenstem nie en nie in pas met haar\sy persoonlike siening en unieke waardes wees nie. So kan die werkgewer en kliënt se persepsies en rolverwagtings (pro-keuse) verskil van rolgedrag waartoe die verpleegkundige (indien dit pro-lewe is) bereid is.

Die kenmerke van 'n rol sluit wederkerigheid in wat beteken dat 'n persoon tydens interaksie soms gee en soms weer neem. “Rol” sluit dus ook verhoudings in (King 1981:93; Online Dictionary of the Social Science 2002). Met laasgenoemde keer die gesprek weer terug na gesindheid, houding en persepsies, die fokus van die huidige studie in soverre dit die verpleegkundige in terminasie van swangerskapeenheid aangaan.

'n Rol word aangeleer deur middel van funksionering in verskillende sosiale sisteme binne 'n samelewing. Die kompleksiteit van rolle word verhoog deurdat die persepsies van rolspelers (persone) binne 'n groep, soos binne die gesondheidsorgsisteem, verskil. So vervul die kliënt wat terminasie van swangerskap ondergaan het of wil ondergaan, die "siek-rol" en die verpleegkundige 'n "versorgingsrol". Rolle is verder konteksgebonde wat persepsies van rolle en betekenis wat aan rolle geheg word, verder kompliseer. So kan die rol van die verpleegkundige deur die kliënt gesien word as die persoon wat sorg verskaf. Ongeag die rede waarom sorg benodig word; kan die verpleegkundige haar rol sien as slegs afgestem op persone wat om "natuurlike" rede sorg benodig asook om lewe te bewaar, terwyl die werkgewer die verpleegkundige se rol bloot mag sien as instrumenteel tot die bereiking van organisatoriese doelstellings. Dit is om die rede van belang dat die huidige studie bepaal wat die persoonlike waardesisteem van die verpleegkundiges is en hoe die verpleegkundige geassosieerde roloverwagtings ervaar. Die rol "professionele verpleegkundige" kan op vele wyses deur verskillende persone en instansies gesien (persepsie) word (King 1981:91-92-93).

Interaksie

Sosiale interaksie is die wyses waarop mense teenoor mekaar respondeer; die aksies en reaksies van mense (Du Toit en Van Staden 2009:87). Volgens George (2005:246) en King (1981:84-85) word interaksie as waarneembare gedrag tussen twee of meer persone gedefinieer.

Waardes speel 'n belangrike rol tydens soaiale interaksie en kan gedefinieer word as'n gemeenskaplike idee van wat reg en verkeerd, goed en sleg, wenslik en nie wenslik is (Du Toit en Van Staden 2009:47). Die verpleegkundige se persoonlike waardes kan gesamentlike doelwitbereiking positief of negatief beïnvloed. Waardes beïnvloed ook persepsie wat weer gedrag in konkrete situasies waar twee of meer persone ontmoet kan beïnvloed. Wederkerigheid is van kardinale belang tydens interaksie wat op enige doelwitbereiking gemik is. Daar is 'n interafhanklikheid binne die situasie waar beide persone sekere doelwitte nastreef. Al hierdie aspekte geld ook die interaksie tussen kliënt en verpleegkundige binne die konteks van terminasie van swangerskap.

Kommunikasie

Kommunikasie vorm 'n belangrike komponent in die daarstelling van interaksie. King (1981:69-75) beskryf kommunikasie in terme van verbale en nie-verbale kommunikasie.

Verbale kommunikasie verwys na die gebruik van taal soos dit in spraak voorkom en die geskrewe woord waardeur idees van persoon tot persoon oorgedra word. Ook hierdie

simbole (taal) mag vir verskillende mense verskillende betekenis inhou. Die instandhouding van interaksie en gesonde interpersoonlike sisteme vereis kongruensie in soverre dit taal en taalgebruik aangaan. Binne die verpleegsorgopset, wat dikwels ver verwyder is van die alledaagse ervaring van die kliënt, is duidelike verbale kommunikasie uiters belangrik. Die belangrikste vorm van kommunikasie mag, in die geval van terminasie van swangerskap, die beradingsessies wees waartydens een van die doelwitte juis is om duidelikheid rondom die versoek tot terminasie van swangerskap te verkry. Daar is in hierdie studie ook aan hierdie aspek aandag gegee.

Nie-verbale kommunikasie verwys na die kommunikasie waartydens boodskappe nie deur taal as sulks nie, maar deur ander liggaamsbewegings en selfs kunsmatige (meganiese) seine gestuur word. Weereens kan sulke boodskappe en seine verskillende betekenis vir verskillende persone inhou. 'n Belangrike aspek van nie-verbale gedrag is aanraking. Ander aspekte van nie-verbale gedrag sluit in afstand (ruimte), postuur, gesigsuitdrukking, fisieke voorkoms (liggaamsbeeld) en liggaamsbewegings. Daar is altyd 'n moontlikheid dat 'n verpleegkundige bewustelik of onbewustelik haar misnoeë ten opsigte van terminasie van swangerskap in haar nie-verbale gedrag na kliënte kan oordra. Die kwessie van nie-verbale kommunikasie is nie tydens die huidige studie aangeraak nie.

Kommunikasie is 'n fundamentele sosiale proses wat menslike verhoudings ontwikkel en in stand hou en dit fasiliteer geordende funksionering van beide interpersoonlike en sosiale sisteme.

Alhowel kommunikasie dikwels as alleenlik interpersoonlik beskou word, is King van mening dat intrapersoonlike kommunikasie die individu se interpersoonlike kommunikasies affekteer (George 2002:246; King 1981:69-75). Intrapersoonlike kommunikasie speel 'n belangrike rol ten opsigte van die verpleegkundige in hierdie studie. Daar is 'n konstante gesprek tussen die persoon in konteks (verpleegkundige) en daardie persoon se gewete, wat tyds-implikasies het, naamlik: die verlede, hede en toekoms. Hierdie verpleegkundige se gewete het 'n "verlede" oorsprong, wat tans in werking is en besluite beïnvloed met toekomstige gevolge.

Verpleegkundiges gebruik kommunikasievaardighede en kennis om akkurate inligting te verkry. Verpleegkundiges (persoonlike sisteem) het die verantwoordelikheid om oop kommunikasie met ander persoonlike sisteme (kliënt, familie en kollegas) en sosiale sisteme (werkgewer en wetgewing) te handhaaf sodat gesamentlike doelstelling en doelwitbereiking kan plaasvind (King 1981:75-79). Wat die huidige navorsing betref, is dit

veral intra-persoonlike kommunikasie in terme van die self (persoonlike sisteem) versus ander persoonlike sisteme, interpersoonlike sisteme en sosiale sisteme wat van belang is.

Transaksie

Transaksie as onderafdeling van die interpersoonlike sisteem, fundeer op kennis en persepsie en nie op transaksie-analise nie. Transaksies is uniek, aangesien elke persoon 'n bepaalde perspektief en persepsie het. Ook transaksies bestaan in tyd en ruimte en word ervaar as 'n reeks gebeure of realiteite. Transaksie is 'n reeks wisselwerkings tussen individue onderling en die individu en die omgewing en sluit waarneembare gedrag in. Transaksies is gemik op die bereiking van doelwitte wat van waarde vir deelnemers is. Transaksies is dus doelgerigte menslike gedrag. Wanneer transaksies gesluit word, word stres en spanning in 'n situasie verminder (George 2002:246; King 1981:80-82). Vir hierdie studie is die fokus op die verpleegkundige en word die volgende fokuspunte ten opsigte van transaksie aangesny:

- Transaksies is betrokke as refleksie(s) op gebeure tussen die verpleegkundige en die kliënt in die spesifieke navorsingsomgewing, wat as volg verduidelik kan word: die kliënt in hierdie geval versoek 'n terminasie van swangerskap (soek bystand) die verpleegkundige funksioneer in haar professionele rol met deskundige kennis en vaardighede om hulp en bystand te verskaf ten opsigte van die terminasie van swangerskap (King 1981:82-84).
- Die belangstelling by die transaksie is tussen verpleegkundige en kliënt wat nou nie plaasvind nie as gevolg van verpleegkundiges se opponering van terminasie van swangerskap.
- Transaksie is ook belangrik tussen verpleegkundige en werkgewer en die wetgewer, die verpleegkundige funksioneer tog binne die wetgewing en moet voldoen aan die werkgewer se vereistes.

Stres

Volgens King (1981:97) is stres universeel en is dit 'n essensiële komponent van menslike lewe. Stres kan gedefinieer word as "a mentally or emotionally disruptive or upsetting condition occurring in response to adverse external influences and capable of affecting physical health ..." (Stress 2009). Stres kan dus fisies, psigies of beide wees (Grohar-Murray & Langan 2011:287). Stres, (King1981:98) is 'n dinamiese toestand waardeur 'n mens, in interaksie met die omgewing (Robbins, Odendaal & Roodt 2004:420), 'n balans handhaaf ten opsigte van groei, ontwikkeling en prestasie. Dit geskied deur die uitruil van energie en inligting tussen persoon en omgewing vir die regulering en beheer van stressors of stresveroorsoekende elemente. Dit is die individu se interaksie met ander, die omgewing en

hul toekomsgerigte persepsies van sodanige interaksies en is gemik op die skep en behoud van balans binne hierdie interaksies. Die intensiteit van stres is veranderlik, en het soos aangetoon 'n tyd-ruimtelike dimensie. Stressors (voorwerpe, gebeure, persone en dies meer) ontlok 'n energierespons by individue wat positief of negatief kan wees. Te hoë en volgehoue vlakke van stres kan egter die individu se interaksievermoë en doelwitbereiking belemmer (George 2002:247; King 1981:97-99). Verskeie faktore maak verpleging 'n hoë-stresprofessie, insluitend die verantwoordelikheid om met mense lewens en gesondheid te werk (Du Toit en Van Staden 2009:178-179). Indien die terminasie van swangerskap vir die verpleegkundige werkzaam in sodanige eenheid moreel/eties onaanvaarbaar is, is die stres soveel meer. Van die verpleegkundiges word verwag om die stres van die kliënte en hul families in die gesondheidsorgdiens te verlig, maar soos bespreek in paragraaf 3.5.2.1 is daar weinig ondersteuning vir die verpleegkundiges en doen hierdie verpleegkundiges 'n beroep op meer ondersteuning (King 1981:99-102; Lipp en Fothergill 2009:113-114; Mayers et al 2005:23; Rebelo 2002:43; Thom 2002:1; WHO 2010) (par3.5.2.1)

2.5.3 Die sosiale sisteem

Die sosiale sisteem kan omskryf word as 'n georganiseerde sisteem wat onder andere riglyne daarstel oor die manier waarop sosiale rolle vervul word; gedrag en praktyke daarstel word ten einde waardes in stand te hou en meganismes daarstel om praktyke en reëls te reguleer (King 1981:115; George:2002:247). As sulks is die sosiale sisteem 'n oorkoepelende sisteem.

Sekere strukturele elemente word in die vorm van formele en informele organisasie gedefinieer. Binne die organisasie word sekere funksionele elemente gedefinieer as voorgeskrewe rolle, posisie, lyne van outoriteit en kommunikasie. Konsepte van organisasie, relevant vir verpleging, sluit in: mag, outoriteit, status en besluitneming (King 1981:115). 'n Sosiale sisteem bestaan uit groepe wat die samelewing vorm. Godsdienste, onderrig en gesondheidsisteme is voorbeelde van sosiale sisteme. Oortuigings, waardes, gewoontes en houdings pertinent tot hierdie sosiale sisteme word binne hierdie sisteme aangeleer. Verpleegkundiges as individue soos al die ander mense, vorm deel van verskeie sosiale sisteme. Verpleging as sulks is deel van die breër gesondheidsorgsisteem wat die werkgewer, wetgewing en die beroep\verpleging se reëls en verpligtings insluit. Die verpleegkundige vorm dan ook die artikulasiepunt vir hierdie reëls en verpligtings (etiese kodes, waardes en norme) soos neergelê deur die werkgewer, wetgewing en die beroep, wat dikwels "teenstrydige" reëls en verpligtings kan wees. Beide verpleegkundiges en kliënte het verskillende lewenservarings in verskeie samelewingsisteme wat dan in die uniekheid van elkeen se persepsie saamgevat kan word. Verpleegkundiges leer gewoontes, oortuigings,

houdings en gedrag binne gesondheidsorgdienste op dieselfde manier aan as die kliënte vir wie die professionele diens gelewer word. Die verskil tussen die verpleegkundige en kliënt is gespesialiseerde kennis, vaardighede en professionele gedrag en waardes wat verpleegkundiges en verpleging onderskei.

Die konsepte wat verband hou met die sosiale sisteem naamlik, organisasie, mag, outoriteit, status, besluitneming en rol, word vervolgens bespreek (George 2002:247; King1981:113-115; King 1992:20; Pearson et al 1996:151).

Organisasie

Organisasies is saamgestel uit mense met voorgeskrewe rolle en posisies wat bronne aanwend om persoonlike en gemeenskaplike doelwitte te bereik (King 1981:119; George 2002:247; Grohar-Murray & Langan 2011:121; Robbins et al 2004:4). Die gesondheidsdiens wat die terminasie van swangerskapafdeling insluit, vorm dan die organisasie waarbinne mense sekere bronne aanwend om persoonlike en organisatoriese doelstellings na te streef. Individue spandeer hul lewens grotendeels in organisasies. Die organisatoriese omgewing voorsien die sosiale mag wat persoonlike kwaliteite en gewoontes vorm. Grohar-Murray & Langan (2011:126-129,133-136); King (1981:116); Robbins et al (2004:322) en Schaefer (2004: 122-124) verduidelik die volgende aspekte rakende 'n organisasie:

- Individue in die sisteem se waardes, gedragspatrone, verwagtings en behoeftes, wat haar/sy persoonlike en waardesisteme ekstern tot die organisasie/ gesondheidsorgdiens (soos persoonlike geloofs- en etiese oortuigings) betrek.
- 'n Natuurlike omgewing waarbinne materiële en menslike hulpbronne essensieel vir doelwitbereiking is.
- Individue (persoonlikesisteme) as sulks wat in die sisteem (sosiale) binne die raamwerk van wetgewing, professionele kodes en beleid funksioneer, soos: familieledes, administratiewepersoneel, gesondheidspersoneel, en dies meer wat essensieel vir doelwitbereiking is.
- Tegnologie wat doelwitbereiking fasiliteer.

Organisasies word gekenmerk deur 'n struktuur wat posisies en aktiwiteite vereis en sluit formele en informele plasing van individue in om persoonlike en organisatoriese doelwitte te bereik. Dit is fiksioneel en beskryf die rolle en posisies van individue asook aktiwiteite wat uitgevoer moet word; doelwitte wat bereik moet word en bronne waarmee sulke doelwitte bereik moet word. King (1981:119) en George (2002:247) definieer 'n organisasie as volg: dit bestaan uit individue wat voorgeskrewe rolle het en posisies beklee en gebruik maak van bronne om persoonlike en organisatoriese doelwitte te bereik. Verpleegkundiges koördineer

die meeste van die funksies wat verband hou met kliëntediens in gesondheidsorgdienste volgens sy/haar Bestek van Praktyk soos uiteengesit in die volgende regulasies R2598(1984), R387(1985) en R2488(1990). Die meeste verpleegkundiges is in diens van formele gesondheidsorgdienste wat die raamwerk, posisies, prosedures en take vir die toekenning van spesifieke aktiwiteite vir elke posisie met voorgeskrewe reëls en regulasies voorsien (King 1981:117). Potensiële konflik is 'n moontlikheid, want die verpleegkundige het 'n verantwoordelikheid tot doelwitbereiking vir die organisasie sowel as professionele doelwitte wat bereik moet word en wat nie noodwendig versoenbaar is nie. Dit is ook belangrik vir die verpleegkundige om die formele organisasie, vir hierdie studie die gesondheidsorgdiens waar terminasie van swangerskap uitgevoer word, te verstaan om sodoende binne die organisasie te kan funksioneer. Hy/sy moet ook professionele aanspreeklikheid aanvaar ten opsigte van hul funksies en ook aanspreeklikheid aanvaar ten opsigte van die instansie. Die verpleegkundige moet egter altyd eerstens aanspreeklikheid ten opsigte van die versorging van die kliënt aanvaar. Goedgekeurde dienste binne die gesondheidsorgdiens word deur die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Terminasie van Swangerskap (Suid-Afrika 1996, soos gewysig) verplig om terminasie van swangerskap uit te voer. Verpleegkundiges wat hierdie dienste lewer, moet dan hierdie kliënt akkommodeer (aanspreeklikheid tot die formele organisasie). Hierdie aanspreeklikheid tot die formele organisasie en professionele aanspreeklikheid, kan moontlik tot die potensiële konflik lei waarna daar vroeër in hierdie paragraaf verwys is (George 2002:247; King 1981:120; King 1999:292; King 2007:6-7).

Outoriteit

King (1981:124) definieer outoriteit as 'n aktiewe wederkerige proses van transaksie(s) waarin die doener se ondervinding, begrip, waardes wat betekenis beïnvloed, wetlikheid en aanvaarding van diegene wat organisatoriese posisies beklee, met outoriteit geassosieer word. Outoriteit is die mag om besluite te neem wat die optrede van ander of die self, rig (Shaefer 2004:345). Outoriteit word deur sommige aan die rol en posisie in 'n formele organisasie of as kennis en kundigheid geken, byvoorbeeld 'n toesighouer of 'n direkteur van verpleging. In elke samelewing of kultuur kan outoriteit waargeneem word, want dit voorsien orde, rigting of leiding en verantwoordelikheid vir optrede. Alle individue is onderworpe aan outoriteit in die samelewing ten opsigte van die handhawing van orde en veiligheid. Outoriteit is belangrik vir formele organisasies, dit verskaf rigting vir gedrag in die organisasie. Dit is wederkerig, want vir outoriteit om te bestaan vereis dit twee persone, een wat die ander beïnvloed en die ander wat die invloed aanvaar. Dit vereis samewerking om doelwitte te bereik. Voor outoriteit uitgeoefen kan word, moet daar 'n persoon wees wat as die wettige outoritiere persoon gesien word. Hierdie persepsie is kontekstueel, 'n persoon mag dalk nie

outoriteit in die organisasie besit nie, maar wel buite die organisasie. Outoriteit word geassosieer met mag om organisasies te reguleer en te beheer. Outoriteit kan as wettig gesien word. Dit kan uitgeoefen word deur bevoegde professionele persone met spesiale kennis en vaardighede. Dit kan deur groepleierskap uitgeoefen word asook deur diegene met interpersoonlike vaardighede (Alligood, Evans & Wilt 1995:75; George 2002:248; King 1981:122-123). Outoriteit van verpleegkundiges in die gesondheidsorgdiens is tweeledig, verpleegkundiges het wetlike outoriteit gegrond op registrasie om te kan praktiseer en die gesondheidsorgdiens deleger outoriteit na die toesighouers om besluite te neem wat die funksionering van die verpleegkundiges beïnvloed (King 1981:124-125). Vir hierdie studie is die outoriteit gegrond op die gesondheidsorgdiens wat outoriteit aan die toesighouers deleger om besluite te neem asook die invloed wat hierdie outoritêre besluite op die funksie van die verpleegkundige binne die terminasie van swangerskap afdeling het.

Mag

Grohar-Murray & Langan (2011:78); King (1981:127) en Schaefer (2004:430) definieer *mag* as die proses waardeur een of meer persone ander persone in 'n situasie beïnvloed. Die konsep *mag* is nou verbind met outoriteit. In enige organisasie kan die invloed en die effek van *mag* waargeneem word. *Mag* is 'n essensiële element in sosiale sisteme. Dit word gekenmerk as universeel, kontekstueel (nie 'n persoonlike eienskap, maar bestaan in 'n situasie). 'n Afhanklikheidsverhouding word impliseer, byvoorbeeld, in die uitoefening van *mag* van een persoon is afhanklik van die aanvaarding van daardie *mag* deur die ander persoon. Dit is essensieel vir 'n organisasie vir die instandhouding van balans en harmonie, maar die misbruik van *mag* kan tot wanorganisasie lei. *Mag* is dinamies, want gebeure en mense is konstant aan verandering onderworpe. Dit word dus gesien as winste en verliese van die lewe. *Mag* is dus om 'n mate van beheer oor verandering in 'n organisasie uit te oefen. Wanneer 'n persoon *mag* in 'n organisasie besit, kan bronne en toegang tot inligting en persone beheer word. Wanneer persone glo dat hulle verandering in 'n organisasie of 'n sisteem kan beïnvloed of 'n plan van verandering implementeer, word *mag* uitgevoer. Dit is doelgerig, met ander woorde die toepaslike gebruik van *mag* sal individue help om doelwitte te bereik, as daar geen doelwitte is nie, is daar geen *mag* nie. *Mag* is dus 'n wyse vir die organisasie om besluite te implementeer. *Mag* is dus die kapasiteit om bronne in 'n organisasie te gebruik om doelwitte te bereik (King 1981:126-128). Die instansie, verpleegkundige en die kliënt besit dus *mag*. Die probleem wat hieruit spruit, is dat sommige verpleegkundiges wat werksaam in 'n terminasie vanswangerskapafdeling is, soms in die posisie "voel" dat slegs die instansie (gesondheidsorgdiens) en die kliënt se *mag* erken word en dat die verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskapafdelings, "magteloos" gelaat word. Volgens Grohar-Murray & Langan (2011:78) is dit juis hierdie

direkte-mag wat negatief is en persone soort van uitbuit, want net die gesaghebbende (groot organisasies en die regering/Departement van Gesondheid) se behoeftes of eise is van belang, gevolglik is dit negatiewe mag. Daarenteen is samewerkende mag positief, want ander se waardes word benadruk en van belang geag. Om op te som, bestaan *mag* dus uit groot organisasies (hospitale\klinieke) regering (Departement van Gesondheid) en die verpleegkundige (Schaefer 2004:193-194). Verpleegkundiges kan dus voortdurend magskonflik ondervind, want verpleegkundiges vorm deel van hierdie samelewing\stelsel en *mag* impliseer tog dat individue (verpleegkundiges) opdragte sal gehoorsaam, al stem hulle nie altyd daarmee saam nie.

Status

Status is die hierargiese posisie van 'n individu in 'n groep soos deur ander individue in die groep gesien. King (1981:129) definieer status as die posisie van 'n persoon in 'n groep of die verhouding van 'n groep tot ander groepe in 'n organisasie. Sosiologies gesproke is status enige gedefinieerde en erkende sosiale posisie wat 'n persoon in 'n sosiale groep of samelewing beklee. 'n Persoon kan meer as een status beklee soos verpleegkundige, moeder, vriendin en dies meer (Schaefer 2004:96-97). Die verpleegkundige beklee 'n verworwe status, want dit is 'n posisie wat sy vrywillig aanvaar het op grond van persoonlike insette, keuse, aksies of besluite (Du Toit en Van Staden 2009:74, Schaefer 2007:96-97). Status is ook kontekstueel, die gesondheidsorgdiens is die organisasie waar die verpleegkundige werk. Die verpleegkundige se status is afhanklik van haar\sy mag en outoriteit in die organisasie; ook van die publiek se siening van die status van die beroep. Status kan verbind word tot rol en posisie en word vergesel deur voordele, verantwoordelikhede en vereistes met betrekking tot terminasie van swangerskap. Verpleegkundiges het al die kennis en vaardighede en moet die kliënt bystaan sodat die mees toepaslike besluite geneem kan word (Goodwin, Kiehl, Peterson 2002:239). Maar, verpleegkundiges se moreel\etiese waardes hoef nie noodwendig ooreen te stem met dit wat in die terminasie van swangerskapafdelings gebeur nie, haar verworwe status as 'n verpleegkundige werksaam in 'n terminasie van swangerskapafdeling hoef nie noodwendig haar "achieved" status , dit wat sy self bereik het, te ondersteun nie (Schaefer 2007:96-97). Dit mag beteken dat die status as terminasie van swangerskapverleegkundige aan haar toegeken is, maar nie regtig haar besluit is of haar moreel\etiese waardes ondersteun nie. Volgens King (1981:130) word status dan geassosieer met individue wat die mag besit en oor die outoriteit beskik om besluite te neem sodat effektiewe verpleegsorg gelewer kan word.

Besluitneming

Besluite binne die gesondheidsdienste word voortdurend geneem wat individue se optrede en ander se verwagtinge affekteer. Besluitneming word gedefinieer as 'n proses waar 'n alternatiewe uit verskeie alternatiewe gekies word, wat gebaseer is op feite en waardes; die implementering van 'n besluit en dan die evaluasie van doelwitbereiking

(Grohar-Murray & Langan 2011:78; King 1981:130-131). Besluitneming verskaf orde op beide individuele en groepsvlak. Optrede is die resultaat van besluite. Besluite is individueel; persoonlik; subjektief, want dit is op waardes, doelwitte en ondervinding gebaseer. Besluitneming is die middelpunt van die verpleegpraktyk. Deur middel van die besluitnemingsproses bring die verpleegkundige persoonlike en interpersoonlike aspekte na vore. Met betrekking tot hierdie studie is die besluitneming nie interpersoonlik nie, maar intrapersoonlik, want die verpleegkundige het 'n persoonlike en 'n professionele doel om te bereik. Sy kan dit dikwels ervaar as nie versoenbaar met die parameters waarbinne sy besluite moet neem nie. Die verpleegkundige mag dalk *pro-lewe* (par.1.4) wees en nie terminasie van swangerskap goedkeur nie, wat 'n individuele siening mag wees en hierdie siening mag die verpleegkundige se optrede teenoor die kliënt beïnvloed. Volgens die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, soos gewysig (Suid-Afrika 1996) moet terminasies van swangerskappe uitgevoer word, maar die individuele siening van die verpleegkundige word nie noodwendig in ag geneem nie. Besluitneming is kontekstueel, omdat dit op doelwitte en 'n spesifieke situasie gerig is en word deur tyd, inligting beskikbaar en die persone wat betrokke is, beïnvloed. Dit is 'n deurlopende proses; een besluit kan tot baie ander vrae en besluite lei. Dit is 'n doelgerigte proses, want dit moet op die doel van die organisasie fokus (King 1981:131-133). Volgens Goodwin et al (2002:239) is besluitneming 'n proses waar die kliënt 'n keuse (aksie) uit alternatiewe maak. Dit lei tot die vraag: is besluitneming vir verpleegkundiges in hierdie studie werkzaam in terminasie van swangerskapafdelings werklik 'n proses waar keuses uit alternatiewe gemaak word? Daar word van verpleegkundiges wat in terminasie van swangerskapafdelings werkzaam is, verwag om die kliënt te verpleeg ongeag haar\sy persoonlike siening ten opsigte van terminasie van swangerskap.

Sosiale sisteme (organisasie, outoriteit, mag, status en besluitneming) kan vir hierdie studie as volg opgesom word:

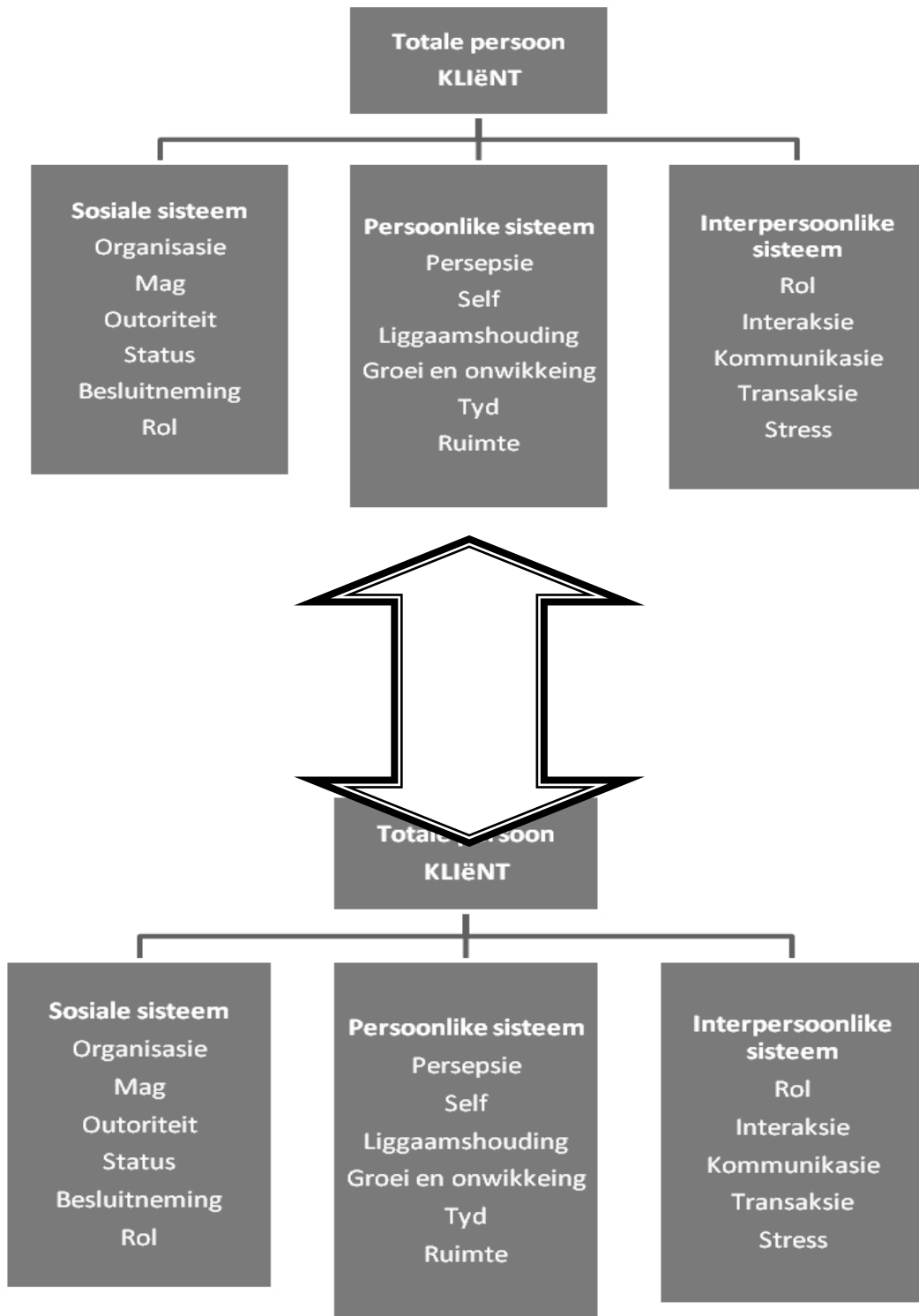
Kennis van die invloed van die sosiale sisteme op die gedrag van individue en groepe is relevant vir verpleegkundiges. Van die verpleegkundiges werkzaam in terminasie van swangerskapafdelings, word verwag om kennis van die biologiese en psigologiese wetenskappe te integreer en om hierdie kennis dan te gebruik om onmiddellike besluite

rakende lewe-en-dood situasies te neem. Van hierdie verpleegkundiges word verwag om inligting aan kliënte oor te dra om hulle sodoende te help om gesondheidsprobleme te hanteer.

Interaksie tussen hierdie verpleegkundige en kliënt is 'n manier van gesondheidsdoelwitbereiking (King 1981:135).

Al die konsepte van die persoonlike, interpersoonlike en sosiale sisteme vorm die organisatoriese dimensies van King se raamwerk en is essensieel ten einde die interaksies tussen die persoonlike, interpersoonlike en sosiale sisteme te verstaan. Konsepte is in die persoonlike sisteem geplaas omdat dit na individue verwys, terwyl konsepte in die interpersoonlike sisteem na interaksie tussen twee of meer persone verwys. Konsepte in die sosiale sisteem, voorsien kennis aan verpleegkundiges om in die groter sisteme te kan funksioneer. King beklemtoon dat die konsepte in die raamwerk nie beperk is tot net een van die dinamiese interaktiewe sisteme nie, maar kan al drie sisteme betrek (Tomey & Alligood 2002:339). Volgens King het al die sisteme 'n eindproduk of 'n doel en sy stel voor dat die doel van hierdie sisteme se "commitment" tot verpleging "gesondheid" is (Fig.2.2) (Pearson et al 1996:151). Vanuit die konseptualisering van hierdie drie dinamiese interaktiewe sisteme wat struktuur aan verpleging as 'n dissipline verskaf, het die doelwitbereikingsteorie ontwikkel (King 1999:292).

“Gesondheid” as die doel van die sisteme



Figuur 2.2: Opsomming van die dinamiese interaktiewe sisteme soos beskryf deur King

(King 1992:20; Pearson et al 1996:51)

2.6 KING SE DOELWITBEREIKINGSTEORIE

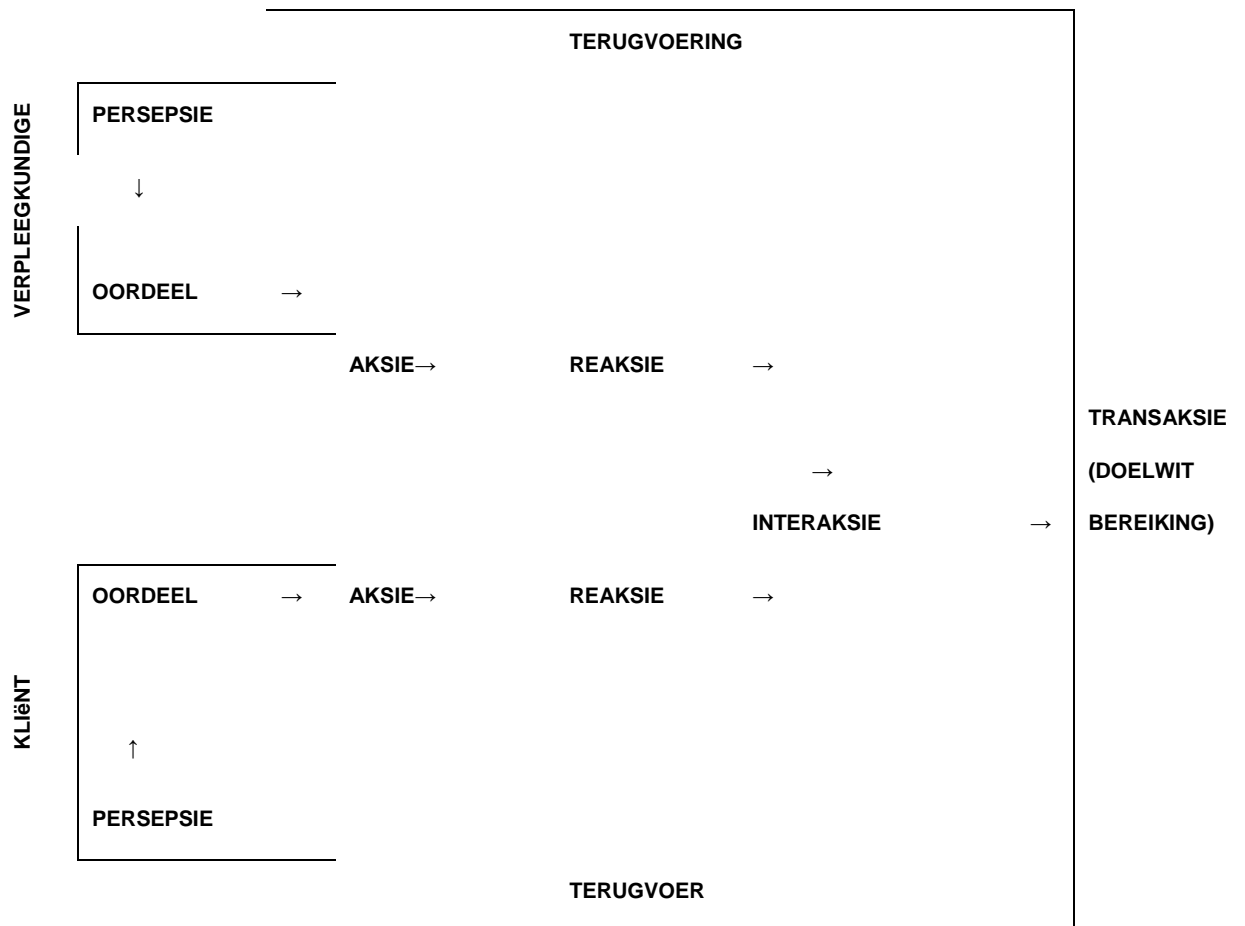
Die konsepte wat die Doelwitbereikingsteorie definieer is uit die drie interaktiewe sisteme naamlik persoonlike, interpersoonlike en sosiale sisteme van die konseptuele sisteem ontwikkel. Die konsepte wat die teorie definieer, verskaf wesenlike kennis oor die aard van die mens en van verpleging. Hierdie konsepte is: interaksie, persepsie, kommunikasie, transaksie, rol, stres, groei en ontwikkeling, tyd en ruimte (George 2002:249-251,253; King 1981:144-145; King 1999:293; Pearson et al 1996:153-154).

2.6.1 Interaksie

Interaksie verteenwoordig die sigbare verbale en nie-verbale doelgerigte gedrag van twee of meer persone in gesamentlike teenwoordigheid en sluit persepsie en kommunikasie in (Fig.2.3). Tydens persoon tot persoon interaksie, bring elke individu kennis, behoeftes, idees, houdings, waardes, ondervinding en persepsies na vore wat interaksies beïnvloed (King 1981:145; King 1999:293). Wanneer twee of meer persone byeenkom vir 'n bepaalde doel, byvoorbeeld in 'n verpleegsituasie ('n kliënt versoek 'n terminasie van swangerskap), neem elkeen die situasie waar, asook mekaar, beoordeel en neem denkbeeldige aksie of besluite oor hoe om op te tree. Hierdie twee persone reageer teenoor mekaar en die situasie. Elkeen reageer dan uniek tot die heersende situasie (persepsie, oordeel, aksie, reaksie). Volgens King soos aangehaal in George (2002:249) is dit net interaksie en transaksie wat direk tydens hierdie proses waarneembaar is. Haar uitgangspunt ten opsigte van verpleegkundige-pasiënt-interaksie is as volg: Verpleegkundiges en kliënte is in gesamentlike teenwoordigheid. Interaksie vir die verpleegkundige is doelgerig met gesondheid as fokuspunt en kan ook gesien word as 'n proses van interaksies met die familie, die mediese praktisyn en ander persone en gebeure. Hierdie doelgerigtheid van interaksie vir die verpleegkundige behels ook die behoud van lewe, insluitend die fetus wat deur baie verpleegkundiges, veral diegene wat pro-lewe is (par.1.4), as "lewend" gesien word. Transaksies word in die verpleegsituasie gesluit (in hierdie geval terminasie van swangerskap en die kliënt se keuse), gebaseer op individuele persepsies, doelgerigte kommunikasie en waardevolle doelwitte (George 2002: 249; King 1999:293; Pearson et al 1996:154). In die praktyk kan die kliënt se keuse ten opsigte van 'n terminasie van swangerskap beïnvloed word deur die verpleegkundige se optrede en houding (individuele persepsie) wat dan moontlik die oorsaak kan wees dat transaksies glad nie gesluit word nie of dat die verpleegkundige se persepsie die kliënt se persepsie beïnvloed. Die uitkoms van die kliënt se besoek hang af van die interaksie wat tussen die kliënt en die verpleegkundige plaasgevind het. Die interaksie tussen die verpleegkundige en kliënt het sy doel bereik indien die kliënt haar besluit ten opsigte van 'n terminasie van swangerskap geneem het. Hierdie navorsing fokus op die verpleegkundige as respondent en interaksie vir hierdie studie kan

reflektief, perseptueel of huidig wees. Hierdie navorsing maak dus voorsiening vir vorige betrokkenheid, betrokkenheid tans en persepsie(opinies) omtrent terminasie van swangerskap en betrokkenheid hierby in die toekoms.

Besoek van 'n kliënt aan 'n terminasie van swangerskapafdeling word op die onderstaande diagram gebaseer



Figuur 2.3: Die dinamiese interaksie sisteme

(King 1971:92)

2.6.2 Persepsie

Soos reeds bespreek met betrekking tot die persoonlike sisteem, verteenwoordig persepsie (par.2.5.1) die individu se siening van realiteit. Volgens King (1981:146) is persepsie elke persoon se subjektiewe wêreld van ondervinding. Die definisies van persepsie vanuit die volgende dissiplines word as volg aangedui: filosofie-“achieving knowledge directly through the senses”, sielkunde-“ process by which organisms interpret and organize sensation to

produce a meaningful experience of the world". Die woordeboek- "percieving: the process of using the senses to acquire information about the surrounding environment or situation....impression: an attitude or understanding based on what is observed or thought" (Encarta 2009:1). Die elemente van persepsie behels die invoer van onverwerkte data vanaf die omgewing en die organisering daarvan deur inligting, transformasie van energie, inligting-prosessering, berging van inligting en die implementering van inligting in die vorm van sigbare gedrag (George 2002:249; King 1981:146). Persepsie is 'n proses waardeur individue in direkte kontak met die omgewing staan, die werklikheid aanvaar. Persepsie betrek die transaksie van die mens met omgewingstimuli. 'n Aksie van waarneming is 'n funksie van die mens waarbinne 'n transaksie tussen die waarnemer en die gebeurtenis voorkom, persoon of voorwerp wat waargeneem word (King 1971:87 soos in King aangehaal 1999:293; Pearson et al 1996:153). Hierdie waarneming word beïnvloed deur 'n reeks gebeurtenisse soos persoonlike omstandighede byvoorbeeld verlede, toekoms, gemoedstemming, vermoë om te sien en hoor ens, sowel as waarde stelsels. Hierdie gebeurtenisse wat afgelei word van 'n mens se persepsie, gee betekenis aan 'n persoon se ondervindings en verteenwoordig 'n individu se voorstelling van die werklikheid, byvoorbeeld tydens verskeie soorte krisis soos siekte, terminale siekte en ongewenste swangerskap. Vir die verpleegkundige werksaam in terminasie van swangerskapafdelings is terminasie van swangerskap hierdie gebeurtenis. Wanneer individue dit moeilik vind om aan te pas in die omgewing of wanneer 'n gesondheidsprobleem of ongewenste swangerskap opduik wat nie self opgelos kan word nie, word gesondheidswerkers om hulp genader. Die verpleegkundige bevind hom/haar dan in die rol van voorsiener en versorger van terminasie van swangerskap binne 'n spesifieke omgewing, die instansie\afdeling waar die terminasie van swangerskap gedoen word. Aanpassings word vereis ten opsigte van verhoudings van die interaktiewe persone in die onmiddellike situasie. Hierdie aksie is dus die resultaat van faktore in die situasie en in die individue op enige stadium (King 1971:87 soos aangehaal in King 1999:293). Persepsie is dus die versameling en interpretering van data wanneer 'n verpleegkundige deur 'n kliënt wat 'n terminasie van swangerskap versoek gekonfronteer word. Die verpleegkundige se persepsie word dus beïnvloed deur die funksie van haar sensoriese sisteem, ouderdom, opleiding, die spesifieke situasie waarin sy haar bevind, vooropgestelde idees oor terminasie van swangerskap, en die kliënt en haar rede vir kontak met die terminasie van swangerskapdiens. Die verpleegkundige se persepsie van terminasie van swangerskap sal haar gedrag beïnvloed. Dit kan tot moontlike veroordelende gedrag teenoor die kliënt lei en die nie-menswaardige hantering van die kliënt en swak verpleegsorg.

2.6.3 Kommunikasie

Kommunikasie (par.2.5.2) volgens George (2002:249); Grohar-Murray & Langan (2011:50) en King (1981:146) is 'n proses waartydens inligting uitgeruil word, begrip plaasvind en is nodig om die akkuraatheid van persepsies te bepaal."it is however more more than merely imparting meaning. It must also be understood" (Robbins et al 2004:223). Kommunikasie verteenwoordig 'n gedeelte van die inligtingsaspek van interaksie en kan intrapersoonlik of interpersoonlik plaasvind (George 2002:249). Kommunikasie moet relevant tot die situasie wees (King 1999:293). Kommunikasie is ook nodig om die akkuraatheid van persepsies te bepaal en om verkeerde persepsies te verander. Die maniere waarvolgens inligting uitgeruil word, word deur middel van verbale en nie-verbale tekens en simbole oorgedra waardeur individue ook hul doelwitte weergee (King 1981:147). Tydens hierdie proses word inligting tussen die verpleegkundige en die kliënt uitgeruil en geprosesseer. Volgens Robbins et al (2004:223-224) het kommunikasie die volgende vier funksies binne 'n groep of 'n organisasie naamlik: Beheer, werknemers moet die formele strukture van organisasies volg soos byvoorbeeld wetgewende strukture soos onder andere Die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, soos gewysig (Wet no. 92 van 1996). Motivering, werknemers word ingelig ten opsigte van die organisasie se sukses, hul werksvordering en hoe goed hul doen. Emosionele ontlading, waar van emosionele gevoelens en frustrasies ontslae geraak word. Laastens, inligting, wat groepe en individue tydens besluitneming gebruik. Kommunikasie vir hierdie studie fokus op die verpleegkundige en hoe sy haar gesindheid en gevoelens kommunikeer met inaggenome die eersgenoemde vier funksies van kommunikasie. Dit kan verbaal tot die kliënt wees, die eenvoudigste manier van kommunikasie, die inhoud van kommunikasie is van belang asook die manier van verbale kommunikasie met die hoër gesag. Nie-verbale kommunikasie tot die kliënt is ook vir hierdie studie belangrik. Dit kan voorkom in die vorm van afsydigheid jeens die kliënt, verwaarlosing en ontoeganklike liggaamshouding. Hierdie faktore kan die finaliteit van transaksie(s) en uiteidelike doelwitbereiking negatief beïnvloed.

2.6.4 Transaksie

Transaksie (par. 2.5.2) verwys na waarneembare gedrag van mense in interaksie met hul omgewing, insluitende ander persone. Transaksie verteenwoordig die waarderingskomponent van menslike interaksies en behels onderhandeling en die uitruil van inligting in 'n sosiale konteks. Wanneer verpleegkundiges en kliënte hul verwysingsraamwerke oor huidige gebeure met mekaar deel, identifiseer hulle gemeenskaplikhede waardeur hulle gesamentlik doelwitte kan stel. Wanneer transaksies tussen verpleegkundige en kliënt voltrek word, word doelwitte bereik, met dien verstande dat daar perseptuele akkuraatheid en kongruensie heers. Rolverwagting (par. 2.5.2) en

roloptrede van verpleegkundiges (par.2.5.2) en kliënte beïnvloed transaksies (George 2002:249, 251-252; King 1981:147, 149; Pearson et al 1996:154) poneer die volgende proposisies met betrekking tot verpleegoptrede ten doelwitbereiking:

- Perseptuele akkuraatheid, rol gelykheid en kommunikasie in 'n verpleegkundige-kliënt interaksie lei tot transaksies. Indien perseptuele akkuraatheid tydens verpleegkundige-kliënt interaksie, teenwoordig is, vind transaksie plaas.
- Indien die verpleegkundige en kliënt transaksies sluit, word doelwitte bereik .
- Indien doelwitte bereik word, vind effektiewe verpleegsorg plaas en dit lei tot aktualisering. Verpleegkundiges beskik oor kundigheid en vaardighede en as hulle toepaslike inligting aan kliënte kommunikeer, kan gesamentlike doelwitstelling en doelwitbereiking plaasvind.
- Indien transaksies in verpleegkundige-kliënt verhouding voltrek word, vind groei en ontwikkeling plaas.
- Indien rolverwagtinge en roloptrede deur die verpleegkundige en kliënt in dieselfde lig gesien word, vind transaksies plaas. Sou rol- konflik deur die verpleegkundige of die kliënt of beide ervaar word, sal stres in die verpleegkundige-kliënt verhouding voorkom wat nadelig op doelwitbereiking kan inwerk.

Met betrekking tot die huidige navorsing, word daar op die self-persepsie en persepsie van die interpersoonlike en die sosiale sisteme van die verpleegkundige gefokus. Sou die verpleegkundige haar persepsies deur haar waarneembare gedrag aan die kliënt oordra, kan die kliënt se keuse ten opsigte van terminasie van swangerskap beïnvloed word asook die verpleegsorg wat sy sal ontvang. Met betrekking tot die huidige navorsing, word dit geponeer dat hierdie gesamentlike verwysingsraamwerk nie voltrek kan word indien die verpleegkundige se persepsie nie akkuraat is met betrekking tot alle aspekte van die interpersoonlike en die sosiale sisteme nie; dat transaksies dan nie kan plaasvind nie, en doelwitte kan nie bereik word nie..

2.6.5 Rol

'n Rol (par. 2.5.2) word in die sosiologie gedefinieer as 'n posisie of status binne 'n sosiale struktuur wat deur relatief presiese verwagtings (norme) van gedrag gevorm is. 'n Rol is dus 'n gedragspatroon wat van 'n persoon wat 'n spesifieke posisie in die sosiale sisteem beklee, verwag word (Online Dictionary of the Social Science 2002, Robbins et al 2004:179; Schaefer 2004:97). Sekere reëls wat regte en verpligtings definieer, word met hierdie posisie geassosieer. Hierdie rol plaas een of meer individue in interaksie met mekaar binne 'n spesifieke situasie vir die bereiking van 'n spesifieke doel. Die rol van die verpleegkundige word omskryf deur die verwagte funksies van die verpleegkundige gebaseer op kennis, vaardighede en waardes van die professie. Hierdie funksies word in die verpleegproses uiteengesit as beraming van kliënte, beplanning vir doelwitbereiking, implementering en

evaluering of doelwitte bereik is al dan nie. Verpleegkundiges koördineer die meeste van die funksies wat verband hou met kliëntediens in gesondheidsorgdienste volgens sy/haar Bestek van Praktyk soos uiteengesit in die volgende regulasies R2598(1984), R387(1985) en R2488(1990). Dit is belangrik dat rolle duidelik verstaan en geïnterpreteer word om konflik en verwarring te vermy. Sou die werkgewer se verwagtings ten opsigte van voorgeskrewe wetgewing en organisatoriese beleid verskil van die verpleegkundige se verwagtings, kan rolkonflik ontstaan (Schaefer 2004:98). Tegelykertyd het die kliënt ook sekere verwagtings. Die verpleegkundige moet haar rol aan ander duidelik maak. Rolkonflik en rolverwarring beïnvloed effektiewe verpleegsorg negatief en veroorsaak stres in situasies (George 2002:249; King 1981:147; Robbins et al 2004:179; Schaefer 2004:99). Die verpleegkundige het 'n rol wat sy moet vervul, soos voorgeskryf deur haar professie (professionele etiek en bestek van praktyk) en sy het ook haar persoonlike/individuele waardesisteme ten opsigte van terminasies van swangerskappe. Die uitgangspunt vir hierdie navorsing is dat sommige verpleegkundiges hul persoonlike waarde-oortuigings en hul interpretasie van die doel van verpleging bo die versoek van die kliënt kan stel. Die kliënt se rol word deur samelewingsnorme bepaal en hierdie kliënt kom met sekere verwagtings na die terminasie van swangerskapdiens. Elke persoon is uniek en die verpleegkundige moet dus haar verwagte rol vervul sonder om te oordeel of die kliënt te beïnvloed met haar houding en gedrag wat op persoonlike persepsie gebaseer kan wees (Robbins et al 2004: 179-181; Schaefer 2007:97-99).

2.6.6 Stres

Stres (par.2.5.2) word gedefinieer as 'n dinamiese toestand wat ontstaan om balans te skep en te behou waar die individu in interaksie met die omgewing is. Balans is noodsaaklik vir groei, ontwikkeling en prestasie. Dit is 'n proses van energie en inligting uitruiling tussen die persoon en die omgewing om sodoende stressors te reguleer en te beheer. Stres is 'n energierespons van 'n individu tot persone, voorwerpe en gebeure wat stressors genoem word. Stres verteenwoordig die dinamika wat gedurende die interaksieproses voorkom en kan positief of negatief wees. 'n Hoë vlak van stres kan 'n individu se interaksievermoë en doelwitbereiking belemmer (George 2002: 250; Grohar-Murray & Langan 2011:287; King 1981:147; Robbins et al 2004:420; Stress 2009). Volgens King (1981:147-148) word daar van verpleegkundiges verwag om stressors van kliënte en families in gesondheidsorgdienste te verminder, maar min word gedoen om die stressors van verpleegkundiges te verminder wat werkzaam is in terminasie van swangerskapafdelings (par. 3.5.2.1) (King 1981:99-102; Lipp en Fothergill 2009:113-114; Mayers et al 2005:23; Rebelo 2002:43; Thom 2002:1; WHO 2010). Wanneer stres by individue tydens interaksie verhoog word, vernou die perseptuele veld en rasionele besluitneming verminder. Hierdie faktore kan interaksies verminder en doelwitbereiking beïnvloed en tot nie-effektiewe verpleegsorg lei. Die verpleegkundige beleef stres omdat sy in interaksie met die verskillende kliënte moet tree, elk met sy uniekheid en

verskillende behoeftes. Die verpleegkundige mag die terminasie van swangerskap as 'n stressor ervaar, indien dit nie met haar\sy persoonlike opvatting en waardes ooreenstem nie. Dit is dan na die verpleegkundige se oortuigings ten opsigte van terminasies van swangerskap waarna as die belangrikste bron van stres in hierdie navorsing verwys word (Lipp en Fothergill 2009:12; WHO 2010). Die verpleegkundige kan nie toelaat dat haar persepsie haar optrede en goeie oordeel beïnvloed nie. Vir die kliënt kan die situasie waarin sy haar bevind, naamlik 'n ongewenste swangerskap, 'n stressor wees. Sy kan vrese (stressors) rakende haar familie en die samelewing se siening van terminasies van swangerskap ervaar en moontlik ook die verpleegpersoneel se reaksie. Sy is onseker en het ook vrese ten opsigte van die besoek aan die terminasie van swangerskapdiens, vrese dat konfidensialiteit nie toegepas sal word nie en vrese oor die prosedure van terminasie van die swangerskap self (Becker, Diaz-Olavarrieta, Juárez, Garcia, Sanhueza, Harper 2011:198-199; Lipp 2008a:10,13).

2.6.7 Groei en ontwikkeling

Groei en ontwikkeling (par.2.5.2) word gedefinieer as voortdurende gedragsveranderinge en veranderinge wat op sellulêre en molekulêre vlakke in individue plaasvind. Groei en ontwikkeling is 'n funksie van genetiese skenking, betekenisvolle en bevredigende ondervindings, en 'n omgewing waarbinne individue tot volwassenheid kan ontluk (Frey en Norris 2006:184; George 2002:250; King 1981:148). Vir hierdie studie is die fokus op die verpleegkundige as respondent en hoe sy\hy groei en ontwikkeling ervaar binne die terminasie van swangerskapafdeling waar sy\hy werksaam is. Sou die verpleegkundige se persoonlike waardesisteme en oortuigings nie binne die raamwerk van terminasie van swangerskap val nie, mag bevredigende en betekenisvolle ondervindings binne hierdie omgewing (terminasie van swangerskapafdeling) negatief ervaar (Mayers et al 2005:20) word en kan dit die ontluking na volwassenheid beïnvloed, omdat dit 'n proses is wat in die lewe van individue plaasvind wat hulle help ontluk van 'n potensiële kapasiteit tot selfaktualisering (Allgood et al 1995:69; George 2002:250; King 1981:148). Sou die verpleegkundige se persoonlike waardes en oortuigings hierdie leefwêreld van terminasie van swangerskap negatief ervaar, mag dit vir haar\hom voel of potensiële kapasiteit en selfaktualisering binne hierdie konstante "negatiewe" omgewing nie bereik word nie.

2.6.8 Tyd

Tyd (par.2.5.1) word gedefinieer as 'n sekwensie\opeenvolging van gebeurtenisse. 'n Aaneenlopende reeks gebeurtenisse in 'n herhaaldelike orde wat verandering aandui, 'n verlede en toekoms. Dit verwys na die duur tussen een gebeurtenis en 'n ander soos wat elke mens dit op sy eie unieke manier ervaar (George 2002:250; King 1981:148). Tyd is dus 'n opeenvolging van gebeurtenisse wat vir hierdie studie as volg opgesom kan word: die oorsaak\rede (verlede), die verpleegkundige se persoonlike waardes en oortuigings ten

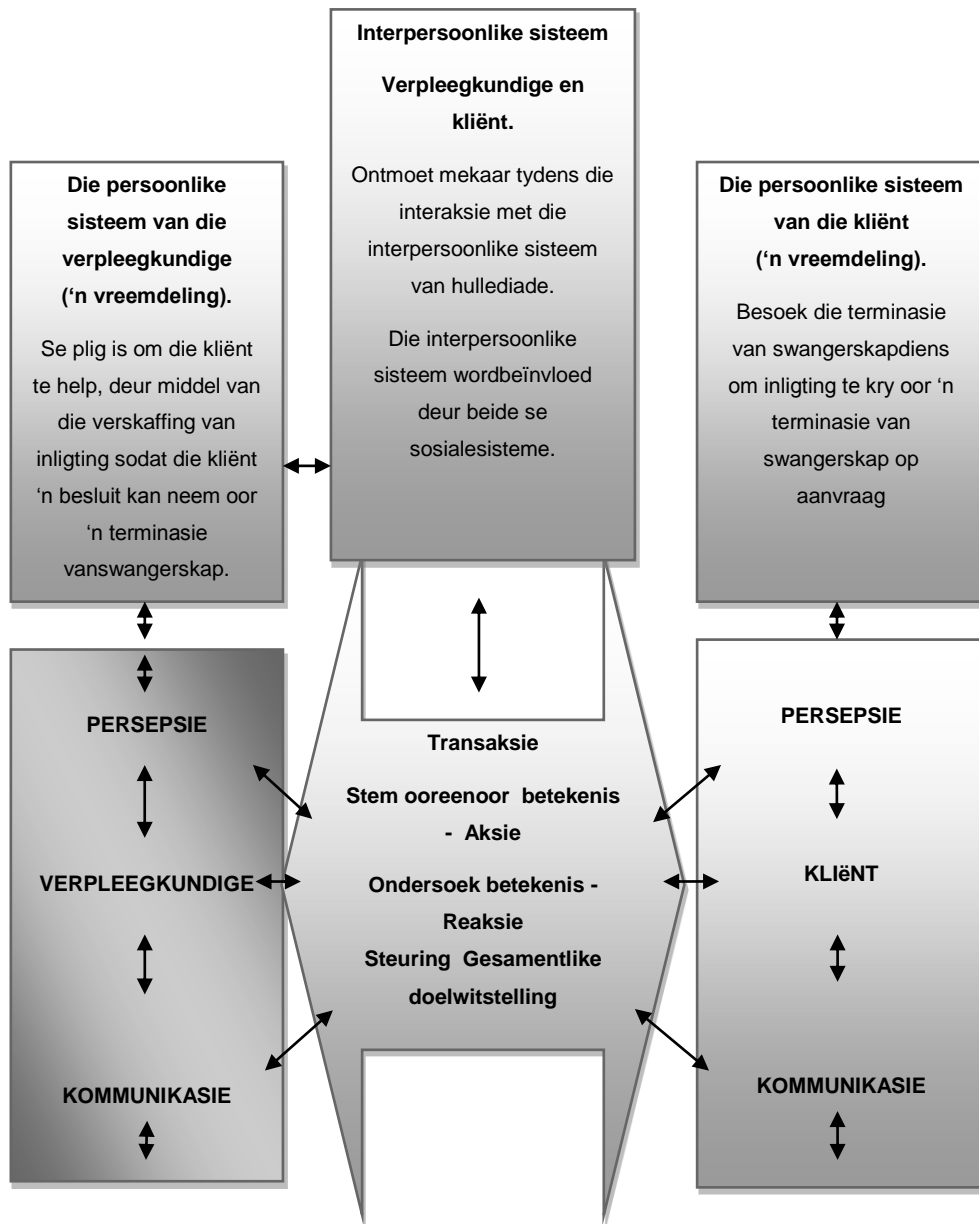
opsigte van terminasies van swangerskap (hede), werksaam in die terminasie van swangerkapafdeling en die tyd wat kom (toekoms). Dit bepaal dat hierdie verpleegkundige oor die tyd heen met die besluite wat tans geneem word, sal moet saamleef, terwyl sy werksaam is in die terminasie van swangerskapafdeling en haar werk na die beste van haar vermoë probeer uitvoer.

2.6.9 Ruimte

Ruimte (par. 2.5.1) bestaan in alle rigtings en is in alle rigtings dieselfde. Ruimte sluit die fisiese area in wat bekend staan as “gebied” en die sielkundige ruimte waaroor elke individu beskik, waarin elke individu veilig voel en wat die ander individue tydens die interaksie moet respekteer. Ruimte word gedefinieer deur die gedrag van die individue wat dit betree (George 2002:250; King 1981: 148-149). Ruimte is ook persoonlik en elke persoon se persepsie van *ruimte* is verskillend afhangende van kultuur, rol, posisie, interaksie met ander en ondervindings uit die verlede. Hierdie persoonlike ruimte verskaf aan individue beide sekuriteit en identiteit. Sou hierdie *ruimte* en privaatheid versteur word, kan stres ervaar word (Frey en Norris 2006:184; George 2005:247). Soos in die geval van terminasie van swangerskap waar die uniekheid en individualiteit van *ruimte* nie werklik erken word nie. Hierdie betrokke verpleegkundiges se professionele ruimte word konstant deur wetgewing beïnvloed asook sekere diensvoorwaardes wat hulle verplig om sekere dienste te lewer. Daar word volgens wetgewing van die verpleegkundige verwag om kliënte wat terminasies van swangerskappe in gesondheidsdiensorganisasies versoek, te versorg. Hierdie terminasies van swangerskappe mag dalk teen sommige van hierdie verpleegkundiges se beginsels indruis soos byvoorbeeld godsdienste (Mayers et al 2005:22; WHO 2010) en so hul persoonlike ruimte betree. Hierdie verpleegkundiges is dan moontlik voortdurend bewus van hierdie “bedreiging” in hul persoonlike ruimte en dit mag dalk die verpleegsorg wat hul lewer, negatief beïnvloed. Daar is ook ‘n konstante bewustheid by sommige verpleegkundiges oor wat kollegas en belangrike ander soos familie en vriende van hulle werksaamheid in terminasie van swangerskapafdelings dink (WHO 2010). Vervolgens kan afleiding vir hierdie studie gemaak word dat die ruimte wat betree word, die verpleegkundige se professionele- en persoonlike waardesisteem is.

Die Doelwitbereikingsteorie van King beskryf ‘n interpersoonlike diade, verpleegkundige- en kliëntinteraksie en kan as volg opgesom word (Fig. 2.4). Hierdie teorie van King wat op die interpersoonlike sisteme fokus, reflekteer King se siening dat verpleging van enige ander gesondheidsberoep verskil as gevolg van wat verpleegkundiges vir en met individue doen (George 2002: 249-252).

'n Opsomming van die interpersoonlike diade: Verpleegkundige en kliënt



Figuur 2.4: 'n Skematiese voorstelling van die Doelwitbereikingsteorie van King

(King 1981:157)

2.7 KING SE TEORIE EN VERPLEGING

King verwys in haar teoretiese denke ook na die verpleegkunde se paradigmatiese konsepte naamlik die mens, gesondheid, omgewing/samelewing en verpleging as die paradigmatiese konsepte van die konseptuele raamwerk (George 2002:252). Aangesien die huidige navorsing nie betrekking gehad het op direkte waarneming van verpleging binne die konteks van terminasie van swangerskap nie, maar op verpleegkundiges se persepsies aangaande

aspekte wat verband hou met King se Doelwitbereikingsteorie, word hierdie konsepte breedweg aangesny.

2.7.1 Die individu (of die mens)

Mense word gesien as funksionerende oop sisteme wat konstant in interaksie met ander mense en die omgewing is. Interaksie kom binne die samelewingsstelsel voor, via interpersoonlike verhoudings wat volgens die persone se individuele persepsies gekonstitueer word en, wat weer hul lewens en gesondheid verder beïnvloed (Pearson et al 1996: 151). King (1981:143-144) kom tot die volgende oortuiging omtrent die mens. Mense is sosiale wesens, gevoelswesens, rasioneel, reagerend, waarnemend, in beheer, en aksie- en tydgeoriënteerd. King (1981:143) en Tomey en Allgood (2002:342) beskryf die mens as volg:

- is 'n spirituele wese
- het die vermoë om te dink, te ken, keuses te maak en alternatiewe aksies te kies
- het die vermoë om deur taal en ander simbole hul geskiedenis te rekonstrueer en hul kultuur te behou
- is oop sisteme in transaksie met die omgewing
- is uniek en holisties
- besit intrinsieke waarde
- kan rasioneel dink en besluite neem (in die meeste situasies) en
- verskil ten opsigte van behoeftes, begeertes en doelwitte van mekaar

(Immogene King's 2010:3; King 1999:293).

Hierdie beskrywing van die mens beklemtoon weer eens die individu\verpleegkundige se individualiteit en uniekheid en dat elke verpleegkundige unieke waardes en oortuigings het wat nie altyd ooreenstem met werksverpligtinge nie, soos bv. terminasie van swangerskap.

Vanuit hierdie oortuigings aangaande die mens poneer King die volgende gevolgtrekkings omtrent die verpleegkundige-kliëntverhoudings (George 2002:252; King 1981:143-144; Nursing Theories 2010:4):

- Persepsies van die verpleegkundige en die kliënt beïnvloed die interaksieproses.
- Doelwitte, behoeftes en waardes van die verpleegkundige en die kliënt beïnvloed die interaksieproses.
- Individue het die reg tot kennis oor hulself.
- Individue het 'n reg om deel te neem in besluitneming wat hulle lewens, gesondheid en gemeenskapsdienste beïnvloed.

- Professionele gesondheidspersone het die verantwoordelikheid om inligting oor te dra wat individue help om ingeligte besluite oor hul gesondheidsorg te neem.
- Individue het die reg om gesondheidsorg te aanvaar of te weier.
- Die doelwitte van die verpleegkundige en die doelwitte van die pasiënt kan verskil.

Vir hierdie studie is die fokus die verpleegkundige in die verpleegkundige- kliëntverhouding, werksaam in die terminasie van swangerskapafdeling, wie se individuele besluitneming deur hoër gesag en wetgewing nie altyd in ag geneem word ten opsigte van 'n keuse om in hierdie afdelings te werk al dan nie. Hierdie verpleegkundige het haar individuele oortuiginge en waardes wat nie noodwendig met die kliënt se besluit ooreenstem nie en tot intrapersoonlike konflik kan lei en sodoende haar\sy verpleegsorg beïnvloed. Transaksies kan dan moontlik nie gesluit word nie en doelwitte nie bereik word nie.

2.7.2 Gesondheid

Immogene King's (2010:3) en King (1981:5) definieer gesondheid as: dinamiese lewenservaring van die mens, wat deurlopende aanpassing vereis ten opsigte van stressors in die interne en eksterne omgewing, deur die optimale gebruik van bronne ten einde maksimum potensiaal in die daaglikse lewe te bereik. Gesondheid is nie staties nie en verandering is konstant en aaneenlopend en kan ook gesien word as die individu se vermoë om in sy\haar rol te funksioneer. Gesondheid is nie 'n kontinuum nie, maar is 'n holistiese staat en King identifiseer die kenmerke van gesondheid as; geneties, subjektief, relatief, dinamies, ekologies, funksioneel, kultureel en perseptueel. Nie al die verpleegkundiges is gemaklik met terminasie van swangerskap nie, maar werk in afdelings waar hierdie kliënte versorg word. Vir hierdie studie is dit belangrik om die verpleegkundige se gesondheid in ag te neem. Volgens King (1981:5) is die kenmerke van gesondheid subjektief, kultureel, perseptueel en relatief. Sou die verpleegkundige se persoonlike waardes en oortuigings nie terminasie van swangerskap insluit as aanvaarbaar nie, kan die gesondheid van die verpleegkundige daardeur beïnvloed word, veral die geestesgesondheid. Gesondheid is 'n funksionele stadium en siekte is 'n afwyking. Hierdie afwyking kan verband hou met die biologiese struktuur, psigologiese samestelling of konflik in sosiale verhoudings (George 2002:252-253; Pearson et al 1996:152; Tomey en Alligood 2002:341).

Gesondheid verskil in betekenis vir verskillende groepe in verskillende kulture en soms ook vir individue binne dieselfde kultuur. Gesondheid is 'n abstrakte ideaal waarna meeste mense streef. Verpleegkundiges wat in terminasie van swangerskapafdelings werk, vereis 'n breë perspektief wat ander se siening en interpretasie van gesondheid insluit, maar as die persoonlike waardes en oortuigings bedreig word, kan dit die kliënt se gesondheid negatief

beïnvloed. Gesondheid word geïdentifiseer as die doel van verpleging. King verwys na die uitkoms as 'n individu se toestand van gesondheid of die vermoë om in sosiale rolle te funksioneer (George: 2002:50). In hierdie studie dui dit op die verpleegkundige se interpretasie van terminasie van swangerskap wat nie noodwendig met dié van die kliënt of ander verpleegkundiges ooreenstem nie (Pearson et al 1996:152), wat die kliënt se uitkoms van gesondheid kan beïnvloed asook die verpleegkundige se gesondheid.

2.7.3 Omgewing

Omgewing en samelewing word uitgebeeld as belangrike konsepte in King se konseptuele sisteem, maar word nie spesifiek in haar werk gedefinieer nie. Samelewing kan gesien word as 'n gedeelte van die sosiale sisteem van haar konseptuele sisteem (George 2005:253). Die omgewing is beide intern en ekstern en stres kan deur beide veroorsaak word (Pearson et al 1996:152). Volgens Tomey en Alligood (2002: 342), glo King dat dit essensieel vir verpleegkundiges is om die maniere waarop persone in interaksie met die omgewing is om gesondheid te handhaaf, te verstaan. Oop sisteme impliseer dat interaksies tussen sisteme onderling en sisteme en die omgewing voorkom. Dit moet ingedagte gehou word dat die omgewing konstant verander. Aanpassings tot lewe en gesondheid word beïnvloed deur die individu se interaksie met die omgewing. Elke mens sien (percieve) die wêreld as 'n totale persoon wanneer transaksies met individue en komponente in die omgewing aangegaan word (Tomey en Alligood 2002:342). Die omgewing in hierdie studie fokus op die funksionering van die verpleegkundige binne die omgewing wat die persoonlike sisteem insluit (verpleegkundige as individu en sluit konsepte in soos persepsie, ruimte, groei en ontwikkeling en tyd). Die interpersoonlike sisteem vir hierdie studie verteenwoordig die probleemsituasie en die verpleegkundige se persepsie van hierdie sisteem. Dit sluit konsepte soos rol, transaksie, interaksie en stres in. Die sosiale sisteem wat beskou kan word as die oorkoepelende sisteem, sluit die informele sosiale sisteem in waarbinne die individu\verpleegkundige funksioneer. Ook die formele sosiale sisteem, die breër gesondheidsorgsisteem waarbinne die terminasie van swangerskapafdeling funksioneer, word hierby ingesluit. So ook die wetlike aspekte waaraan die verpleegkundige onderworpe is terwyl sy in hierdie afdelings werksaam is.

2.7.4 Verpleging

Die definisie van verpleging (soos in King se Doelwitbereikingsteorie uiteengesit), toon aan dat die kliënt en verpleegkundige in aksie, reaksie en interaksie binne die gesondheidsorgsituasie teenoor mekaar staan. Inligting aangaande hul persepsie van mekaar en die situasie word met mekaar gedeel. Hierdie kommunikasie maak dit moontlik

om doelwitte te stel en die metodes te kies ten einde die doelwitte te bereik (George 2002:253; Immogene King's 2010:3).

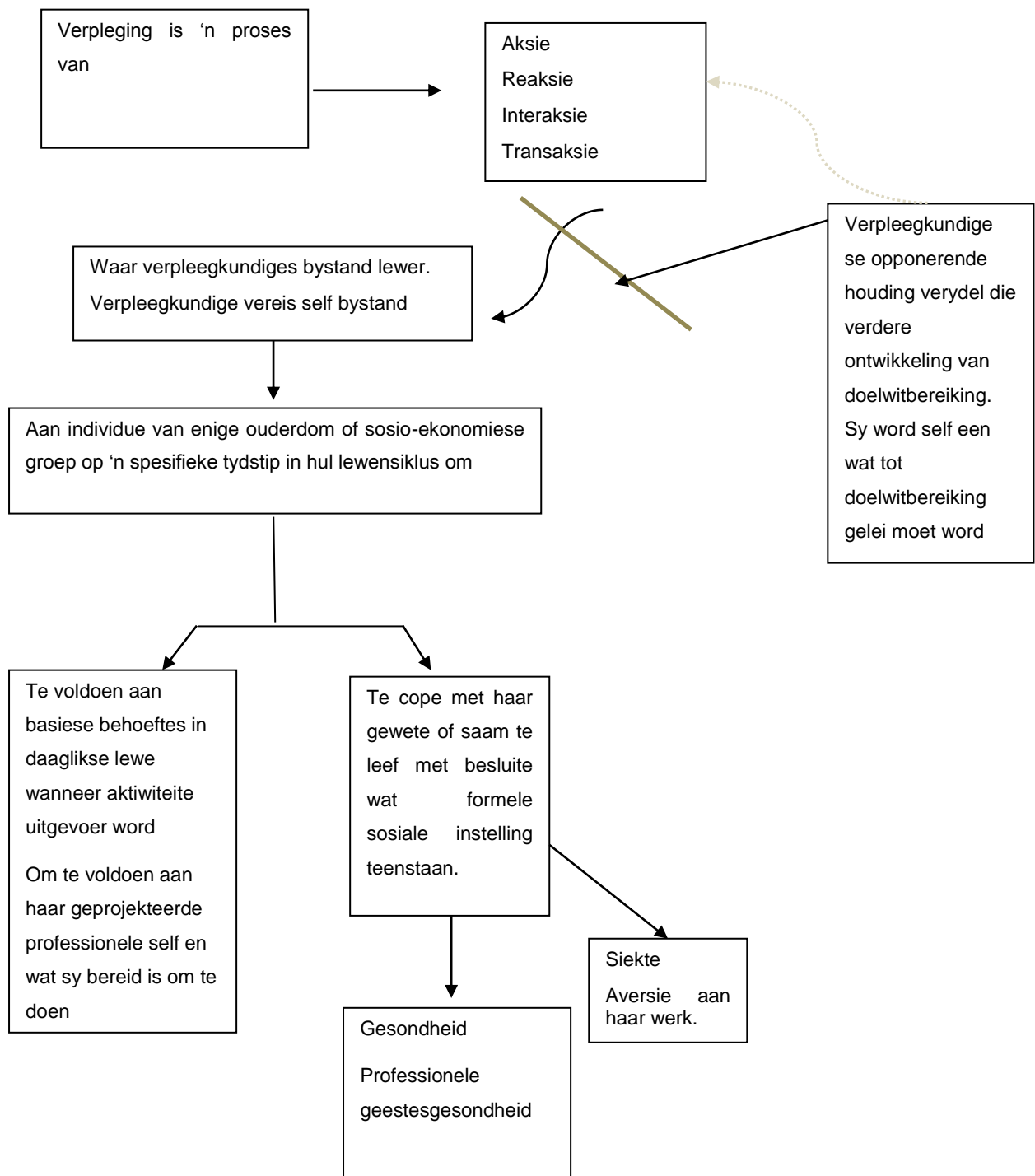
Die algemene doel van verpleging is om mense en groepe (en individue) te help om gesondheid te verkry, in stand te hou en te herstel in geval van siekte. Verpleegkundiges poog om gesondheid van individue te handhaaf deur aan drie basiese gesondheidsorg behoeftes te voldoen (par.2.7.2). Die spesifieke doelwit van die verpleegkundige om gesondheidsbehoefte te bereik, is om transaksies met kliënte (wat 'n terminasie van swangerskap versoek), hul families en ander sosiale sisteme aan te gaan asook diegene wat gekant teen terminasie van swangerskap is en die lewe van die ongeborene wil beskerm, die pro-lewe groep (par.1.4). King sien verpleging as hoofsaaklik 'n interpersoonlike interaksieproses tussen die verpleegkundige en die kliënt (Pearson et al 1996:152-153). Volgens Tomey en Alligood (2002:342) is verpleging 'n interpersoonlike proses van aksie, reaksie en transaksie. Persepsies van verpleging en pasiënt beïnvloed ook die interpersoonlike proses. Sou die verpleegkundige die situasie van terminasie van swangerskap as onversoenbaar met haar oortuigings sien, kan verpleging binne 'n afdeling waar terminasie van swangerskapkliënte verpleeg word nie plaasvind nie en gevolglik kan verpleging van die embrio/fetus nie plaasvind nie, want 'n terminasie van swangerskap is gedoen of gaan gedoen word.

Figuur 2.5, toon die proses van verpleging en 'n verduideliking van die konsepte volg:

Verpleging is 'n proses van aksie, reaksie, interaksie en transaksie, waaruit die verpleegkundige-kliënt-verhouding bestaan. Die verpleegkundige lewer bystand aan die kliënt wat 'n terminasie van swangerskap versoek aan individue van enige ouderdom of sosio-ekonomiese groep op 'n spesifieke tydstip in hul lewensiklus. Tog mag hierdie verpleegkundiges self bystand benodig, want haar moreel\etiese waardes mag moontlik nie ooreenstem met terminasie van swangerskap nie. Hierdie opponerende houding van die verpleegkundige wat mag voorkom kan verdere ontwikkeling van doelwitbereiking verydel. Nie net vir doelwitbereiking tydens verpleeginteraksie nie, maar ook nie vir haarself nie. Sy kan self die een word wat tot doelwitbereiking gelei moet word. Sy kan nie "cope" met dit wat sy moet doen nie, staan die sosiale instelling se beleid teen en ontwikkel siekte soos stres en aversie aan haar werk. Of sy kan "cope" met haar gewete en saam leef met haar werk, voldoen aan die basiese behoeftes van die daaglikse lewe wanneer aktiwiteite uitgevoer word. Haar professionele geestesgesondheid bly dus goed.

Sy bly dus getrou aan haar geprojekteerde professionele self en doen wat sy bereid is om te doen.

Verpleeginteraksie



Figuur 2.5: 'n Diagrammatiese voorstelling van King se interaksie-model

(Pearson et al 1996:155)

2.8 OPSOMMING

'n Teorie is abstrak en kan nie altyd direk by konkrete verpleegsituasies toegepas word nie (King 1999:295). Die konsepte van King se Doelwitbereikingsteorie voorsien basiese kennis wat van toepassing is op hierdie studie aangesien dit oor die houding en optrede van verpleegkundiges teenoor kliënte handel wat terminasies van swangerskappe verkies. Die transaksie-prosesmodel kan 'n basis vorm vir 'n verhouding tussen die verpleegkundige en die kliënt wat 'n terminasie van swangerskap verkies.

HOOFSTUK 3: LITERATUUROORSIG

3.1 INLEIDING

In hoofstuk 2 is die Doelwitbereikingsteorie van Immogene King as verpleegteorie met kortlikse aanduidings oor hoe hierdie teorie op hierdie studie betrekking het, bekend gestel. Die huidige hoofstuk fokus op die literatuuoroorsig ten opsigte van die houding en optrede van verpleegkundiges teenoor kliënte wat terminasies van swangerskappe versoek en hoe hierdie houding en optrede hul verpleegsorg binne die struktuur van die Doelwitbereikingsteorie van Immogene King beïnvloed. Dit word weer aan die leser uitgewys dat:

- Die toepassing van die Doelwitbereikingsteorie van King as rigtinggewende struktuur aangewend word en nie tydens die navorsing getoets is nie (par.1.5 en 2.1).
- Gegrand op die agtergrond tot die navorsingsprobleem en die bron van die navorsingsprobleem, is 'n basiese aanname van die huidige navorsing die moontlike "nie-bereiking" van die oorkoepelende doel van verpleging in sommige gevalle in die afdeling vir terminasie van swangerskap (par.1.5 en 2.1).
- Die studie op die persepsies van die verpleegkundige fokus en dat met betrekking tot alle "ander" in die interpersoonlike en die sosiale sisteme, die verpleegkundige se persepsie geld (par.1.5 en 2.1).
- Die agtergrond tot die probleem en die bron van die probleem blyk met morele stres verband te hou. Om die rede is "stres" in hierdie literatuurstudie as deel van die persoonlike sisteem bespreek in teenstelling met King se bespreking onder die interpersoonlike sisteem. Stres is voortspruitend uit kwelpunte tussen die persoonlike sisteem aan die een kant en die interpersoonlike- en sosiale sisteem aan die anderkant, maar is fundamenteel 'n intra-persoonlike ervaring soos persepsies self.
- Die studie is dus grootliks gerig op die persepsie en ervarings van verpleegkundiges in afdelings vir die beëindiging van swangerskap op aanvraag.

Navorsers doen selde navorsing in 'n intellektuele vakuum. Studies word onderneem binne 'n konteks van 'n bestaande kennisbasis. Navorsers onderneem dan 'n literatuursoektog om hulself met hierdie kennisbasis vertrouwd te maak. 'n Literatuuoroorsig vereis deeglike kennisname van die beskikbare inligting (Polit en Beck 2008: 105,106). Volgens Burns en Grove (2005:93) is 'n literatuuoroorsig "an organised written presentation of what has been

published on a topic by scholars". Die doel van die literatuuroorsig in 'n kwantitatiewe studie is soos volg (Brink 1999:75; Burns & Grove 2005:93-95):

- Om aan die leser inligting te verskaf wat tans oor die onderwerp beskikbaar is.
- Om inligting oor navorsingsmetodologie en -instrumente te verkry wat die volgende aspekte insluit:
 - Om die ontwikkeling en implementering van die studie te rig.
 - Om 'n opsomming van die navorsingsprobleem vanuit verskillende bronne en die belangrikheid en agtergrond van die studie weer te gee.
 - Die oorsig oor die literatuurafdeling sluit empiriese en teoretiese bronne in wat die huidige kennis van die navorsingsprobleem bespreek.
 - Die raamwerk word van die teoretiese- of die empiriese literatuur ontwikkel.
 - Die metodologie-afdeling word gebaseer op vorige navorsing rakende bv. steekproeftrekking, data-versameling ens.
 - Die analise van die studie word met die hulp van kennis van vorige studies gedoen.
 - Die besprekingsessie van die navorsingsverslag voorsien gevolgtrekkings van vorige navorsing en die huidige studie.
- Om 'n kritiese analise van die literatuur te doen wat oor die onderwerp beskikbaar is.
- Om inligting wat reeds gepubliseer is, te sintetiseer en te evalueer gebaseer op die onderwerp van die studie.
- Om 'n basis vir vergelyking te vorm (Brink 1999:75; Burns & Grove 2005:93-95).

'n Omvattende literatuursoektog was deur biblioteke en vanaf die internet gedoen. Unisa se vakbibliotekaris het die volgende databasisse gekonsulteer om relevante inligting te verkry:

- Computerised Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAHL)
- Oasis library catalogue-accessed via the Unisa website: <http://www.unisa.ac.za>
- Reference to South African materials
- Reference to periodical articles
- Magnet search for references for materials in South Africa libraries
- International Nursing Index

Sleutelkonsepte wat vir die soektog na literatuur gebruik was:

- Houdings ten opsigte van terminasies van swangerskappe.

- Aborsie in Suid-Afrika.
- Verpleegkundiges se sienings van terminasie van swangerskap.
- Verpleegkundiges se persepsies.
- Kliënte se siening van verpleegsorg.

3.2 OORSIG OOR HOOFSTUK 3

- Die konteks van aborsies.
- Verpleegkundige as individu (persoonlike sisteem) binne die terminasie van die swangerskapomgewing.
- Die verpleegkundige as intrapersoonlike sisteem.
- Politiese- en wetlike aspekte van terminasie van swangerskapnasionaal en internasionaal binne die sosiale sisteem.

3.3 ABORSIE IN KONTEKS

Aborsies dra oor die algemeen by tot die ontstaan van verskeie vrae soos: wat is geloofsisteme, die betekenis van lewe, die grootsheid van die skepping (creation), oorlewing van die menslike spesie, wat is die reprodktiewe regte van die vrou, wat is die regte van die fetus en waar pas die verpleegkundige in in hierdie konteks? Vervolgens 'n bespreking van aborsies in konteks.

3.3.1 Die definisies van aborsie

Aborsie word op verskillende wyses gedefinieer onder andere as lediging van die bevrugte uterus voor die einde van die 24ste week van swangerskap (Bailliere`s Nurses` Dictionary 2004:2). Volgens Encarta online (2008:1-2) is aborsie "a premature termination and expulsion of the embryo or foetus and products of conception from the uterus", maar 'n onderskeid word getref tussen 'n aborsie en geïnduseerde aborsie. Geïnduseerde aborsie word soos volg gedefinieer; "Induce abortion (also known as termination of pregnancy) is the deliberate termination of a pregnancy and removal of the embryo or foetus and products of conception from the uterus. It is currently performed by different procedures, according to the period of gestation". Laasgenoemde definisie sluit dan aan by die Suid-Afrikaanse definisie van terminasie van swangerskap, ook bekend onder die term aborsie wat as volg gedefinieer word: "beëindiging van swangerskap: is die uitskeiding en uitdrywing, deur geneeskundige of chirurgiese metodes, van die inhoud van die uterus van 'n swanger vrou" (Suid-Afrika 1996:3). Vir hierdie studie word hierdie definisie van terminasie van swangerskap aanvaar.

3.3.2 Die geskiedenis van die “wettiging” van aborsie

Aborsies is so oud soos die mensdom self en is deur die verloop van tyd meesal met afkeur bejeën. Die “wettiging” van aborsie het insgelyks ’n lang verloop en bly steeds ’n onderwerp wat opponerende debatte ontketen. Vervolgens ’n kort historiese oorsig rakende die “wettiging” van aborsies.

Wêreldwyd

Aborsie op aanvraag van die swanger vrou was eerste in die post-revolusionêre Sowjet Unie in 1920 toegelaat, daarna het Japan en verskeie ander Oos-Europese nasies na die Tweede Wêreldoorlog gevolg. Aborsies is sedert die Aborsie-Wet in 1967 gratis beskikbaar as deel van die Nasionale Gesondheidsdiens in Engeland, Skotland en Wallis. In 1973 het die Verenigde State van Amerika se hooggeregshof in die Roe-teen-Wade-saak terminasie van swangerskap op grond van keuse tydens die eerste trimester van swangerskap gewettig en is sommige state toegelaat om tweede trimester terminasie van swangerskap te reguleer (Encarta online 2008). Volgens die WGO (2003:1) kom aborsies nog steeds voor, met ongeveer 210 miljoen vroue wat jaarliks swanger raak waarvan 130 miljoen geboorte aan lewende babas skenk en die oorblywende 80 miljoen swangerskappe eindig in doodgeboorte of in spontane of geïnduseerde aborsies. Ongeveer 42 miljoen swangerskappe word jaarliks vrywillig getermineer, 22 miljoen binne die wetlike verwysingsraamwerk en 20 miljoen buite die raamwerk, waar aborsies die meeste van die tyd deur nie-vaardige of in onhigiëniese omstandighede of beide plaasvind. Aborsies word dus al vir baie jare gedoen en kom nog steeds voor en sal altyd deel van die samelewing wees volgens dr Khama Rogo (WHO/Nairobi Ministry of Health), “Wherever there are men and women there will be pregnancy and wherever there is pregnancy there will be abortion”, die vraag is of die aborsie veilig is of nie.

Suid-Afrika

Aborsie as ’n vorm van geboortebepערking, kom reeds oor verskeie dekades in Suid-Afrika voor. In die middel van die 19^{de} eeu het die Britse offisiere gerapporteer dat verskeie Afrika vroue van verskillende sosiale klasse in die Oos-Kaap aborsies ondergaan. Dit was toe beskou as ’n aanvaarbare wyse om van ongewenste swangerskappe ontslae te raak. ’n Volksresep vir aborsies was in die ‘20^{ste} eeuse Afrikaanse boererate vir huisvroue’-boek ingesluit. Kruid- en aptekersmengsels is algemeen gebruik. Die chirurgiese prosedures was eers vanaf die laat 19^{de} eeu beskikbaar en die meeste versoeke was van wit vroue (SAMJ 1997:417 soos aangehaal in Engelbrecht, Pelsers, Ngwena & Van Rensburg 2000:5). Verskeie godsdienstige en kulturele invloede het voorgekom soos onder andere as gevolg van sendelinge wat Afrika-vroue geleer het dat aborsie sonde is. Pedi- en Tsongamans het

weer geglo as 'n vrou 'n aborsie ondergaan, sal dit nie reën nie. Vroue wat aborsies ondergaan het, was as hekse beskou (Goosen en Klugman 1996:336-338 soos aangehaal in Engelbrecht et al 2000:5). Gedurende die kolonialisasie van Suid-Afrika en die instelling van die Romeins-Hollandse wetgewing, is daar met verwysing na algemene wetgewing oor aborsies begin. Aborsies is gekriminaliseer, behalwe wanneer die vrou se lewe in gevaar was, wat die vraag laat ontstaan het of dit net was om die vrou se lewe te red, of het dit haar ook teen geestelike en fisiese probleme beskerm (Ngwena 1998:4 soos aangehaal in Engelbrecht et al 2000:5). In 1975 is die Wet op Vrugaafdrywing en Sterilisasie (Wet no. 2 van 1975) gepromulgeer om die wet ten opsigte van aborsie duideliker uiteen te sit, maar hierdie wet was baie beperk en was in 1996 deur die Wet op keuse oor die Beëindiging van Swangerskap vervang (Wet no. 92 van 1996), wat terminasie van swangerskap wettig. Dit word as een van die mees progressiewe wette wat nog in Suid-Afrika gepromulgeer is, gesien. Promulgasie van hierdie Wet in 1996 het tot die afskaffing van die vorige beperkte voorsiening van terminasies van swangerskappe gelei, wat tot kriminalisering van terminasies van swangerskappe in Suid-Afrika gelei het. Die Wet op keuse oor die Beëindiging van Swangerskap (Wet no. 92 van 1996), het vroue se toegang tot terminasie van swangerskap op aanvraag geliberaliseer en word gesien as 'n definitiewe stap om die getal onveilige terminasies van swangerskappe te verminder. Hierdie Wet erken die verskriklike gevolge in terme van morbiditeit en mortaliteit vir vroue wat nie toegang tot veilige terminasie van swangerskap het nie (Naylor en O`Sullivan 2005:9). Die Mediese Navorsingsraad se beraming in (Abortion facts:46) word soos volg uiteengesit:

- In 1994 het ongeveer 425 vroue in publieke hospitale as gevolg van onvolledige onveilige aborsies gesterf.
- Ongeveer 44 486 vroue is elke jaar in publieke hospitale met onvolledige aborsies toegelaat, wat tot pyn, siekte en infertiliteit gelei het.
- Daar word beraam dat tussen ongeveer 200 000 – 300 000 onwettige aborsies jaarliks gedoen was.
- Vroue het dit duidelik gestel dat onwettige aborsies hulle enigste uitweg was.
- Ongeveer R18,5 miljoen is jaarliks gespandeer om die komplikasies van agterstraatse aborsies te behandel.

Die ANC-regering het met die proses om die aborsie-wetgewing te hervorm begin en op 1 Februarie 1997, is die wet gepromulgeer (Engelbrecht et al 2000:5). Volgens Naylor en O`Sullivan (2005:9) word die doel of rasionaal van die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, soos gewysig (Suid-Afrika 1996) (Bylae 1a en 1b), duidelik uiteengesit in die

aanhef van die Wet en dui dit ook die konteks waarin die Wet gelees moet word, duidelik soos volg aan:

“In erkentlikheid daaraan dat die Grondwet die reg van persone om besluite rakende reproduksie en sekuriteit in en beheer oor hul liggame te neem, beskerm.

In erkentlikheid daaraan dat beide vroue en mans die reg het om ingelig te word oor en om toegang te hê tot veilige, effektiewe, bekostigbare en aanvaarbare metodes van vrugbaarheidsregulering van hul keuse, en dat vroue die reg het op toegang tot behoorlike gesondheidsorgdienste om veilige swangerskap en kindergeboorte te verseker.

In erkentlikheid daaraan dat die besluit om kinders te hê, fundamenteel is aan vroue se fisiese, sielkundige en sosiale gesondheid en dat universele toegang tot reprodktiewe gesondheidsorgdienste, gesinsbeplanning en geboortebeperring, beëindiging van swangerskap asook seksuele opvoeding en voorligtingsprogramme en dienste insluit.

In erkentlikheid daaraan dat die Staat die verantwoordelikheid het om reprodktiewe gesondheid aan almal te voorsien, en ook om veilige omstandighede te skep waaronder die reg van keuse sonder vrees of benadeling uitgeoefen word.

In geloof dat beëindiging van swangerskap nie 'n tipe voorbehoeding of bevolkingsbeheer is nie.

Hierdie Wet herroep derhalwe die beperkende en ontoeganklike bepalinge van die Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie, 1975 (Wet no 2 van 1975), en bevorder reprodktiewe regte en verbreed vryheid van keuse deur aan elke vrou die reg te verleen om te kies om 'n vroeë, veilige en wettige beëindiging van swangerskap ooreenkomstig haar individuele oortuigings te verkry” (Suid-Afrika 1996:3).

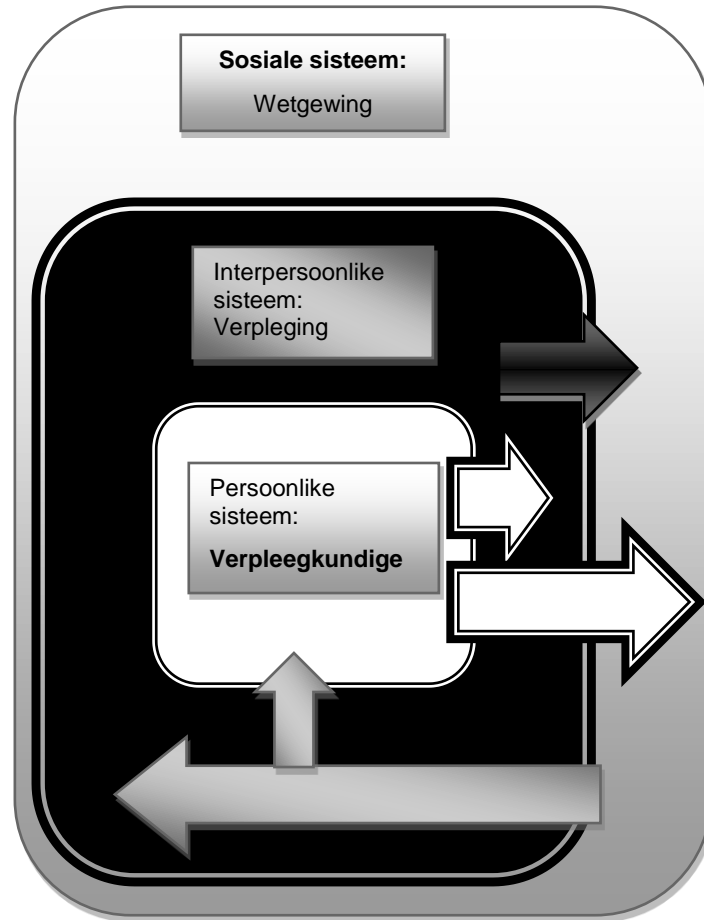
Die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, (Wet no. 92 van 1996 soos gewysig), fokus dus op “keuse” en bevorder so die regte van die vrou. Vroue het nou die vryheid (reg) om 'n keuse te kan maak om 'n vroeë, veilige terminasie van swangerskap te ondergaan. Volgens die WGO (2003:10) word veilige terminasies van swangerskappe deur wetgewing voorsien. Gevolglik moet hierdie terminasie van swangerskap beskikbaar wees, deur gesondheidspersoneel met voldoende opleiding voorsien word. Dit moet deur beleid en regulasies en 'n gesondheidsstelsel infrastruktuur ondersteun word wat voorraad en toerusting insluit, sodat vroue onmiddellike toegang tot dienste kan verkry. Die essensiële

doel van hierdie Wetgewing was dus om wettige aborsies meer bereikbaar en beskikbaar vir alle vroue te maak. Hoe dit ook al sy, die verpleegkundige wat swangerskappe moet termineer, word op 'n daaglikse basis aan hierdie prosedure blootgestel wat die vraag laat ontstaan: wat is die verpleegkundige se pligte en regte binne die wetgewing en hoe raak hierdie wetgewing die verpleegkundige? Terminasie van swangerskap mag moontlik nie binne die verpleegkundige se persoonlike en werksetiek-verwysingsraamwerk sorteer nie, wat moontlik die verpleegkundige se holistiese verpleegsorg negatief kan beïnvloed. Daarom het die navorser dit belangrik geag om ondersoek in te stel na die verpleegkundige se belewenis van terminasie van swangerskap en hoe dit haar\sy verpleegsorg beïnvloed. Vervolgens die literatuur-aanbieding gerig binne King se Konseptuele Raamwerk met die verpleegkundige se perseptuele “professionele doel” as mikpunt.

3.4 KING SE KONSEPTUELE RAAMWERK VIR VERPLEGING

Met verwysing na die uiteensetting van aspekte van King se Doelwitbereikingsteorie in die vorige hoofstuk, word dit beklemtoon dat, volgens King die funksie van 'n konseptuele sisteem is om as basis te dien waarbinne idees of konsepte in betekenisvolle groepe gerangskik word (George 2002:243). Vir hierdie studie word die literatuur aangebied met die verpleegkundige as respondent binne die konseptuele raamwerk van King se drie “sosiale sisteme” (Fig.3.1) naamlik:

- Persoonlike sisteem: die verpleegkundige (respondent).
- Interpersoonlike sisteem: verpleging.
- Sosiale sisteem: wetgewing.



Figuur 3.1: Die dinamiese interaksie sisteme soos van toepassing op hierdie studie

King 1971:20

3.5 DIE PERSOONLIKE SISTEEM

Die persoonlike sisteem sluit individue in soos die verpleegkundige en die kliënt. Hierdie sisteem hou verder verband met konsepte soos: persepsie, self, liggaamshouding, groei en ontwikkeling, tyd en ruimte (Frey en Norris 2006:183; George 2002:244; King 1981:10; King 1992:20; Pearson, Vaughan, Fitzgerald 1996: 150). Met betrekking tot die huidige navorsing word die verpleegkundige as persoonlike sisteem beklemtoon. Die verpleegkundige se belewenis van terminasie van swangerskap word binne die persoonlike sisteem beskryf en konsepte van toepassing op die persoonlike sisteem van die **verpleegkundige** sal bespreek word.

3.5.1 Persepsie

Persepsie (par.2.5.1) is die belangrikste konsep van die persoonlike sisteem (die verpleegkundige as individu in hierdie studie), want dit vorm die basis vir die insameling en

interpretering van inligting veral gemik op verpleegkundige-kliënt verhoudinge, en beïnvloed 'n persoon se gedrag (Frey en Norris 2006:184; King 1981:22-24). 'n Belangrike aspek van verpleegkundige-kliënt verhoudings is akkurate persepsies van mekaar. Dit is dus belangrik om te bepaal wat die verpleegkundiges se persepsies en ervaring van terminasie van swangerskap is, met ander woorde haar\sy belewenis, want belewenis word tog deur persepsie gerig. Dit is belangrik om as agtergrond vir hierdie studie die verpleegkundige se verskillende persepsies te probeer bepaal uit die literatuur, omdat akkurate persepsie die eerste stap na doelwitbereiking in kliëntsorg is (King 1981:24-26). (In die literatuur word die term *houding* meesal gebruik en soms die term *persepsie*. Vir hierdie studie sal beide terme aanvaar word). Dit blyk uit die literatuur dat baie min navorsing gedoen is oor die verpleegkundige se rol en houding ten opsigte van terminasie van swangerskap (Marshall en Gold 1994:568; WHO 2010) asook die kwaliteit van verpleegsorg wat gelewer word ten opsigte van vroue wat 'n terminasie van swangerskap versoek (Blain 1993:30). Volgens Mayers, Parkes, Green en Turner (2005:17) en WHO (2010) is daar min studies wat die belewenis van die verpleegkundige\vroedvrou wat deelname het aan die versorging van vroue voor, tydens en na terminasie van swangerskap bestudeer het. Lindström, Jacobsson, Wulf en Lalos (2007:232) verwys in 'n Switserse studie na 'n groot tekort aan kennis oor vroedvroue se emosies en idees wat by terminasies van swangerskappe betrokke is. Volgens Staff (2008:11) is daar nie genoeg navorsing gedoen ten opsigte van verpleegkundiges werksaam in aborsie klinieke in Engeland nie, ten spyte daarvan dat hulle in 'n unieke posisie is. Volgens 'n studie deur Poggenpoel, Myburgh en Gmeiner (1998:3) gedoen rakende verpleegkundiges se houding en ondervinding\belewenis van terminasie van swangerskap, is die volgende hooftemas geïdentifiseer nl.: Die verpleegkundiges se vryheid van keuse in die voorsiening van verpleegsorg voor, tydens en na 'n terminasie van swangerskap; negatiewe persepsies van kollegas betrokke by terminasie van swangerskap en vroue wat terminasie van swangerskap versoek. Die gemeenskap, vroue en verpleegkundiges het 'n behoefte aan inligting en ondersteuning en die kwessie van lewens versus sterfte (hierdie gedeelte sal onder die rol van die verpleegkundige bespreek word). Vervolgens sal 'n opsomming gegee word ten opsigte van verpleegkundiges se persepsies en ervaring van terminasie van swangerskap. Soos in die literatuur gevind, aangebied volgens die hooftemas, en soos deur die bevindings van 'n studie deur Poggenpoel et al (1998:3) geïdentifiseer is.

3.5.1.1 Vryheid van keuse

Suid-Afrikaanse verpleegkundiges voel negatief en ongelukkig omdat hulle nie gekonsulteer was voor die terminasie van swangerskapwetgewing gepromulgeer is nie. Die

verpleegkundiges voel dat hul geen vryheid van keuse in die voorsiening van verpleegsorg voor, tydens en na 'n terminasie van swangerskap gegun is nie (Poggenpoel et al 1998:3). Hierdie gevoelens speel 'n belangrike rol in die verpleegkundige se persepsie van die hele terminasie van die swangerskapsituasie en verpleegsorg. Volgens King (1981:24) (par. 2.5.1) kan die verpleegkundige se persepsie beïnvloed word deur emosies soos vrees, woede en liefde. Volgens verpleegkundiges voel hul angstig en gefrustreerd en wil hul graag 'n keuse oor direkte betrokkenheid by terminasie van swangerskap al dan nie, kan maak. 'n Verpleegkundige het die stelling gemaak dat vroue 'n reg tot keuse het, dus is verpleegkundiges ook geregtig tot hierdie reg tot 'n keuse. Daar moet dus na verpleegkundiges geluister word en hulle het ondersteuning nodig (Gmeiner, Van Wyk 2000:9; Harrison, Montgomery, Lurie en Wilkinson 2000:426; Poggenpoel et al 1998:4).

Verpleegkundiges voel dat hul vryheid van keuse ook ingeperk word, omdat hul godsdiens nie noodwendig terminasie van swangerskap ondersteun nie. Hul godsdiens mag ook hul persepsie rakende terminasie van swangerskap beïnvloed (Lipp 2008b:1687; Roman en Bester 1999:528). Die invloed van godsdiens op die houding\persepsie van verpleegkundiges rakende terminasie van swangerskap, word ook deur verskeie ander studies ondersteun (Cignacco 2002:2; Mokgethi, Ehlers en Van der Merwe 2006:38; Swenson, Swanson en Oakley 1994:220; WHO 2010; Zahed, Nabulsi en Tamim 2002:884). 'n Studie wat deur Berger (1979:233) gedoen is, het aangedui dat dit eerder 'n kombinasie van godsdiens en ouderdom is wat verpleegkundiges se houding jeens aborsie beïnvloed. Volgens 'n studie gedoen deur Marais (1997:7), is dit nie godsdiens as sulks wat die houding teenoor aborsie beïnvloed nie, maar die aantal kere wat 'n kerkdien bygewoon word. Daarenteen het Lindström et al (2007:236) bevind dat godsdiens nie enige implikasies het ten opsigte van verpleegkundiges se houding rakende terminasie van swangerskap nie. Marshall et al (1994:571-575) se studie oor die houdings van verpleegkundiges rakende terminasie van swangerskap wat in 'n Londense hospitaal gedoen is, het getoon dat die mees negatiewe houdings ten opsigte van terminasie van swangerskap by verpleegkundiges met 'n sterk religieuse affiliasie gevind was wat deur 'n studie wat in KwaZulu Natal gedoen is, ondersteun word. Hierdie studie toon dat godsdiens die grootste rede vir teenkanting teen terminasie van swangerskap is (Harrison et al 2000:426). Baie het gevoel dat hulle 'n ander "mens" sal vermoor as hulle 'n terminasie van swangerskap doen (die hospitaal is daar om lewens te red). Hospitale is besig en verpleegkundiges is dikwels moeg en oorwerk, die pligte raak meer en verwarring kan veroorsaak word. Gesonde babas en moeders word verwag, maar terselfdertyd word aborsies gedoen (Harrison et al 2000:426). Verpleegkundiges voel hul beroep is verpleegkunde, hulle het gekies om lewens te red, te bewaar en gesondheid te bevorder. Hulle sal eerder die beroep verlaat as om in terminasie

van swangerskapafdelings te werk. 'n Verpleegkundige was van mening dat om professioneel te wees en haar eie geloof te beskerm, sy haarself van die kliëntesorg omgewing sal moet distansieer. Tog is sommige verpleegkundiges van mening dat die wetgewing 'n positiewe stap is om agterstraatse aborsies te beheer en aan vroue die geleentheid te gee om 'n veilige terminasie van swangerskap te ondergaan (Poggenpoel et al 1998:4). Verpleegkundiges het dus positiewe en negatiewe houdings jeens wetgewing en is ongelukkig oor die implementering van die wet en oor hul betrokkenheid by terminasie van swangerskap. Hierdie gevoelens van die verpleegkundiges rakende terminasie van swangerskap, mag moontlik hul persepsies negatief beïnvloed wat dan ook verpleegsorg negatief kan beïnvloed.

3.5.1.2 Verpleegkundiges se persepsies van die vrou wat 'n terminasie van swangerskap versoek

'n Vrou wat 'n terminasie van swangerskap ondergaan, voel dat die sorg van 'n verpleegkundige 'n verskil in die belewenis van 'n terminasie van swangerskap kan maak. Daarom is dit so belangrik dat verpleegkundiges bewus moet wees van hul persepsies/houdings rakende terminasie van swangerskap om sodoende die proses vir die kliënt te vergemaklik (Bourguignon, Briscoe en Nemzer 1999:55). Verpleegkundiges se persepsies rakende terminasie van swangerskap sowel as die vrou wat dit ondergaan, kan wel verskil. In 'n studie deur Poggenpoel et al (1998:4) gedoen, was die meerderheid verpleegkundiges van opinie dat die vrou sowel as die gesondheidspersoneel wat betrokke by terminasie van swangerskap is, 'moordenaars' is. Hierdie negatiewe gevoelens jeens die swanger vrou kan die verpleegkundige se perseptuele veld beïnvloed en mag haar verpleegsorg dalk negatief beïnvloed.

Verpleegkundiges het dikwels negatiewe en afkeurende houdings teenoor aborsie en aborsie-pasiënte (Webb 1985:46). Verder word verpleegkundiges se houdings jeens kliënte ook deur die gestasietydperk van die swangerskap beïnvloed. 'n Studie wat deur Marshall et al (1994:571-575) gedoen is, het getoon dat meer as die helfte van die steekproef (N=84) van mening was dat hul houdings jeens die kliënt verander soos die gestasietydperk van die swangerskap toeneem. Sommige verpleegkundiges werksaam by die British Pregnancy Advisory Service, het erken dat hulle chirurgiese prosedures vir laat gestasie-aborsies vermy sodat hulle nie die fetus hoef te sien nie, omdat die fetus "soos 'n baba lyk". 'n Verpleegkundige het erken dat alhoewel sy daar werk, gestasie-aborsies haar ongemaklik laat voel (Harries, Stintson, Orner 2009; Lipp 2008b:1687; Staff 2008:11).

Sommige verpleegkundiges werksaam by ginekologiese afdelings, het ook aangedui dat daar soms omstandighede by terminasie van swangerskap is waarby hulle nie betrokke wil raak nie. Dikwels het hierdie verpleegkundiges intenser negatiewe houdings wat vererger namate die dienstydkperk in die afdeling toeneem. 'n Minderheid (13%) van die steekproef, het gevoel dat terminasie van swangerskap te alle tye aanvaarbaar is en 83% het gevoel dat dit onder sekere omstandighede toelaatbaar is. 17% Was van mening dat terminasie van swangerskap nie toelaatbaar moet wees nie (Marshall et al 1994:571-575). 'n Suid-Afrikaanse verpleegkundige was ook van mening dat sy nie holistiese kliëntesorg kan lewer nie, want sy voel negatief teenoor die swanger vrou se keuse. Sy het ook daarna verwys dat verpleegkundiges die kliënt dikwels na die terminasie van swangerskap sonder enige oogkontak versorg, net die basiese vitale tekens monitor en afsydig jeens die kliënt voel (Poggenpoel et al 1998:4). Volgens Stein (2000:1) het baie gesondheidswerkers steeds negatiewe houdings teenoor terminasie van swangerskap, en baie van hierdie personeel tree as hekwagters op by dienste om vroue, veral jong vroue, te verhoed om vir 'n terminasie van swangerskap te gaan. Verpleegkundiges se perseptuele veld mag moontlik deur die gestasietydperk beïnvloed word, omstandighede waarin 'n terminasie van swangerskap gedoen word (Lipp 2008b:1687) en die dienstydkperk in die afdeling, wat verpleegsorg kan beïnvloed. Tog het sommige verpleegkundiges erken dat hulle die vrou ondersteun en word terminasie van swangerskap as die vrou se reg gesien (Staff 2008:11).

- Ervaring van negatiewe persepsies van kollegas betrokke by terminasie van swangerskap

Individuele\persoonlike opinies ten opsigte van terminasie van swangerskap sal altyd verskil, daarom is dit so belangrik dat verpleegkundiges mekaar moet ondersteun (Marais 1997:6). Tog is daar steeds negatiewe persepsies van gesondheidspersoneel wat in terminasie van swangerskapafdelings werksaam is. Studies wat deur Poggenpoel et al (1998:4) en Varkey (2000:2) gedoen is, toon dat daar in gesondheidsdienste en tussen personeellede na verpleegkundiges en kliënte wat betrokke by terminasie van swangerskap is, sowel as ander gesondheidsdienste, as moordenaars verwys word. 'n Verpleegkundige het na die geneesheer wat terminasies van swangerskappe doen, as die 'terminator' verwys. Volgens Abortion (2000:13) het 'n verpleegkundige wat terminasies van swangerskappe doen, erken dat sy deur kollegas verwerp word, en wanneer sy kliënte na die ginekologiese saal neem, verpleegkundiges weier om na kliënte om te sien. Verskeie kliënte het sepsis as gevolg daarvan ontwikkel. Sy het nie voldoende voorraad ontvang om terminasies van swangerskappe te doen nie en voer hierdie prosedures agter skerms in die kraamafdeling uit. Sy het geen ondersteuning of vriende in die afdeling nie, niemand praat met haar nie. Verpleegkundiges het klagtes dat hulle verwyderd voel en nie ondersteuning van kollegas

en bestuur ontvang nie (Serobe 2002:9; Thom 2002:2; Varkey en Fonn 1996:6;Wall 2000:8; Varkey 2000:2). 'n Vroedvrou van Soweto sê haar grootste uitdaging is om die tekort aan ondersteuning, swak infrastruktuur, uitbranding en "name-calling" en teenkating van haar kollegas te oorkom. Sy besef dat sy lewens red en dit is haar motivering om te volhard (Thom 2002:1). Ook in ander lande word bogenoemde probleme ondervind. In Amerika is 'n geneesheer wat terminasies van swangerskappe uitgevoer het, deur pro-lewe aktiviste vermoor. 'n Verpleegkundige het haar oog verloor na 'n bomaanval op 'n kliniek in Birmingham. Verskeie klinieke in Amerika het ook briewe ontvang wat met Antraks besmet was, wat tot hospitalisasie van personeel gelei het (Carlson 1998:60). 'n Verpleegstudent van Texas hoop dat verpleegkundiges hul vooroordeel sal laat vaar en hul kliënte eerste sal plaas. Alle kliënte verdien sorg sonder om minderwaardig of immoreel teenoor verpleegkundiges te voel (Wells 1999:10). Sommige verpleegkundiges by die British Pregnancy Advisory Service is van mening dat hulle bewus van ander se reaksies is, en sal eers mense se mening bepaal voordat hulle die persone oor hulle werksomstandighede sal inlig (Staff 2008:11). Morele waardes sal altyd verskil, dit is dus belangrik om 'n middeweg te vind om beide die verpleegkundiges wat ten gunste van terminasie van swangerskap is, sowel as diegene wat daarteen gekant is, te beskerm.

- Die verpleegkundiges se persepsie rakende inligting en ondersteuning aan die gemeenskap, vroue en hulself

Verpleegkundiges voel vroue moet ingelig word ten opsigte van kontrasepsie om swangerskap te voorkom. Gemeenskapsverpleegkundiges moet kontrasepsie-gebruik beklemtoon om sodoende ongewenste swangerskappe wat tot terminasie kan lei, te voorkom en ook om te vermy dat terminasie van swangerskap as kontrasepsie gebruik word (Harrison et al 2000:426; Mayer et al 2005:19; Poggenpoel et al 1998:4). Voorligting aan vroue oor terminasie van swangerskap, insluitend die geestelike, fisiese en emosionele gevolge, is baie belangrik. Veral ten opsigte van permanente gevolge, soos skuldgevoelens. Vroue moet finaliteit oor hul besluite hê (Poggenpoel et al 1998:6). Verpleegkundiges meen hulle moet ten volle oor terminasie van swangerskap asook oor betrokke wetgewing ingelig word. Verpleegkundiges voel ongemaklik en ongelukkig omdat hulle nie weet hoe om 'n vrou te versorg wat 'n terminasie van swangerskap ondergaan het nie. Verder het hulle ook behoefte aan berading en ondersteuningsisteme (par. 3.5.4) (Poggenpoel et al 1998:5).

Soos afgelei kan word van verpleegkundiges se persepsie rakende hierdie onderwerp, is dit belangrik dat vroue inligting oor kontrasepsie moet ontvang sodat ongewenste swangerskappe voorkom kan word. Vroue moet ingelig word oor terminasie van

swangerskapprosedures en protokolle. Verpleegkundiges werksaam in hierdie afdelings, moet voldoende opleiding ontvang.

Die verpleegkundige se persepsie word dus deur haar morele waardes beïnvloed, die spesifieke situasie waarin sy haar bevind, vooropgestelde idees oor terminasie van swangerskap en die kliënt en haar rede vir kontak met die terminasie van swangerskapdiens. Die verpleegkundige se persepsie van terminasie van swangerskap beïnvloed haar\sy gedrag wat weer haar\sy verpleegsorg, holistiese kliëntesorg onmoontlik kan maak.

3.5.2 Stres

King verwys na die kenmerke van stres as “universal dynamic as a result of open systems being in continuous exchange with the environment; the intensity varies; there is a temporal-spatial dimension that is influenced by past experiences; it is individual, personal and subjective—a response to life events that is uniquely personal”(George 2005:247). Gevolglik word stres vir hierdie studie onder die persoonlike sisteem bespreek. Omdat die fokus op die verpleegkundige werksaam in terminasie van swangerskapafdelings is, word die stres wat sy ervaar as uniek tot die verpleegkundige en as persoonlik beskou. Stres (par. 2.5.2) is universeel en kom as 'n essensiële komponent van die lewe voor (King 1981:97-98). Vir hierdie studie is stres dié stres wat die verpleegkundige as individu werksaam in die terminasie van swangerskapafdeling, ervaar. Dit blyk dat die impak van terminasie van swangerskap ten opsigte van die vrou wat dit ondergaan, deeglik nagevors word. Baie min is egter bekend aangaande die potensiële sielkundige impak van die terminasie van swangerskap op die verpleegkundige wat te doen het met aborsiesorg (Lipp en Fothergill 2009:108). Met die toename in aborsies wêreldwyd (Lipp en Fothergill 2009:108) word verpleegkundiges al hoe meer by terminasie van swangerskap betrokke. Dit beteken dat die werksdruk vir verpleegkundiges werksaam in hierdie afdelings, toeneem. Onlangse studies toon dat, wanneer verpleegkundiges direk betrokke by terminasie van swangerskapprosedures is, dit 'n bydrae tot groter emosionele eise vir die verpleegkundige kan beteken. Volgens McCreight (2005:439) is daar baie min studies wat op die konsep 'emosionele arbeid' fokus en hoe die verpleegkundiges wat in Ginekologiese afdelings werk, daardeur geraak word. Baie van hierdie afdelings sluit ook terminasie van swangerskap in. Hierdie emosionele arbeid (labour) mag die stresvlakke van die verpleegkundige verhoog. Die verkeerde gevolgtrekking word ook soms gemaak dat die verpleegkundige geringe psigologiese impak ervaar omdat die prosedure vir die verpleegkundige relatief gering en eenvoudig is, wat dan die moontlike negatiewe invloed op die verpleegsorg in die situasie ondermyn (Lipp en Fothergill 2009:108-09). Verpleging is 'n hoëstres-professie, daar is altyd 'n element van stres by verpleging betrokke. Miskien vanweë die geweldige

verantwoordelikheid wat daarmee gepaard gaan om met mense se lewens te werk en hulle so goed moontlik te versorg (Du Toit en Van Staden 2009:178-179). Daarom is dit so belangrik dat die verpleegkundige se emosionele stres erken word en Hochschild (1979) was die eerste om emosionele arbeid te beskryf as 'n lens waardeur die persoonlike self, interaksie en struktuur, bestudeer word. In 'n latere boek beskryf Hochschild (1983) dat "emotional labor" stres op drie verskillende maniere veroorsaak: Eerstens, sommige mense distansieer hulle van die werk en voel dan sleg daaroor. Tweedens, sommige distansieer hulle so effektief dat hulle verwyder en ontevrede met die werk raak. Derdens, die belangrikste groep personeel is diegene wat hulself oor-identifiseer met die werk en oor die onvermoë beskik om hulself van die situasie te distansieer. So ontwikkel stres en uitbrandsindroom (Lipp en Fothergill 2009:111). Volgens Hochschild (1983:188) soos aangehaal in Wolkomir and Powers (2007:154), gaan elk van bogenoemde gevalle oor hoe om jou *self* aan te pas in die rol op so 'n manier dat 'n mate van vloei van die self na die rol plaasvind, maar tog die stres verminder wat die rol op die *self* plaas. Volgens Wolkomir en Powers (2007:153-154), is een van die grootste uitdagings vir verpleegkundiges en die kern van emosionele arbeid; om die behoeftes van die self en die behoeftes van die werk te balanseer. Maar, dit hang ook af van die toestande waaronder dit plaasvind soos tydens die versorging van kliënte wat terminasie van swangerskap ondergaan. Dit word soms van die verpleegkundige verwag om op te tree op 'n manier wat nie met haar\sy persoonlike waardes ooreenstem nie. Hierdie optrede van die verpleegkundige buite haar persoonlike waardes, mag moontlik tot die belewenis van morele stres lei. Morele stres word as volg bespreek.

3.5.2.1 *Morele stres*

Morele stres vorm deel van gesondheidsorg en kan nooit geïgnoreer word nie (Sporrong, Höglund, Anetz 2006:416). Morele stres blyk voor te kom wanneer kliënte betrokke is, en dit is feitlik onmoontlik om die voorkoms daarvan te verhoed. Deur stressors of omgewings te identifiseer waar morele dilemmas voorkom, kan voorkomende maatreëls getref word (Sporrong et al 2006:425). Volgens Rice, Rady, Hamrick, Verheijde en Pendergast (2008:369-370) is daar 'n verband tussen morele stres en etiese konflik in die werksomgewing. Morele stres word met uitbrandsindroom geassosieer en lei tot verhoogde verpleegkundige personeelomset. Etiese konflik word daagliks deur verpleegkundiges werkzaam in terminasie van swangerskapafdelings, ervaar. Volgens Clarke (2005:1) hoop stres op omdat verpleegkundiges konflik in hul eie morele waardes ervaar sowel as vrees vir teistering van pro-lewe (par.1.4) groepe en depressie kan ontstaan. Morele stres word as volg gedefinieer: "a painfull feeling and\or psychological disequilibrium caused by a situation where:

1. You believe you know the ethically appropriate action to take, and
2. You believe you cannot carry out that action because of institutionalized obstacles, such as lack of time, supervisory disinterest, medical power, institution policy or legal limits" (Rice, Rady, Hamrick, Verheijde en Pendergast 2008:369-370).

Volgens 'n studie wat deur Rice et al (2008:364) rakende die aanleidende faktore tot morele stres in verpleegkundiges gedoen is wat in mediese en chirurgiese volwasse-afdelings in 'n hospitaal in Amerika werk, het onder andere die volgende bevindings getoon: Dat die intensiteit van morele stres hoog was, wat ook van toegepassing op verpleegkundiges kan wees wat by die vakuum aspirasietegniek vir terminasie van swangerskap, 'n chirurgiese prosedure, betrokke is. Die jarelange ondervinding van verpleegkundiges kan ook verbind word met die frekwensie van morele stressituasies wat ondervind word. In 'n studie wat deur Sporrang et al (2006:424) gedoen was, het die ouer groep respondente minder stres as die jonger groep respondente ervaar. Die moontlike redes hiervoor was dat die ouer groep meer ondervinding of meer kennis van etiek gehad het, of dat ouderdom 'n mens 'n meer pragmatiese benadering gee oor watter verantwoordelikhede aanvaar kan word. Wanneer 'n persoon nie oor die bronne en ervaring beskik om morele dilemmas te hanteer nie, kan dit tot morele stres lei. 'n Studie wat deur Berger (1979:233) gedoen is, het aangedui dat dit eerder 'n kombinasie van godsdiens en ouderdom is wat verpleegkundiges se houding jeens aborsie beïnvloed.

Dit is van belang om te meld dat daar min literatuur beskikbaar is rakende die verband tussens verpleegkundiges se ouderdom en hul houding jeens terminasie van swangerskap. Na verskeie literatuursoektogte is die volgende inligting verkry. Volgens 'n artikel deur Lipp (2008b:1686), word daar in hierdie artikel verwys na 'n 30 jaar oue Amerikaanse studie, waar daar 'n moontlike verband kan wees tussen ouderdom en die verpleegkundige se houding jeens terminasie van swangerskap. Volgens Fehring (2005:131) toon 'n Amerikaanse studie dat die meerderheid verpleegstudente tussen die ouderdom van 24-29 nie positief was rakende terminasie van swangerskap nie. Volgens Schams (1994:172) was daar nie 'n beduidende verskil tussen die ouer en jonger verpleegkundiges rakende die wettiging van terminasie van swangerskap in Taiwan nie, die jonger verpleegkundiges het wel meer finansiële ondersteuning van die regering versoek vir die uitvoer van terminasie van swangerskap.

Volgens Hanna (2005) soos aangehaal in Lipp en Fothergill (2009:113), is daar drie tipes morele stres wat verpleegkundiges in terminasie van swangerskapafdelings ervaar, naamlik: geskokte stres- verpleegkundiges wat fetusse sien en geskok is as gevolg van die

ondervinding; stilstres - innerlike skok wat nie deur die verpleegkundige bekend gemaak word nie en laastens, onderdrukte stres wat diep gewortel is en deur die bewussyn geblokkeer word. Volgens Sporrang et al (2006:418) beteken die konsep morele stres, 'n stresvolle respons tot 'n etiese dilemma, 'n deurdagte verwagte aksie. 'n Kenmerk van 'n etiese dilemma is waardes wat in konflik is, wat beteken dat, sou 'n oplossing gevind word, 'n waarde opsy geskuif moet word, wat opsigself stresvol is. Die volgende apekte rakende morele stres wat die verpleegkundige moontlik mag beleef, word aangesny, naamlik; gebrek aan emosionele ondersteuning tydens stresvolle situasies en onvoldoende professionele opleiding en stres.

- Gebrek aan emosionele ondersteuning tydens stresvolle situasies

Moreel/etiese onversoenbaarheid ten opsigte van terminasie van swangerskap is een van die bydraende oorsake van emosionele stres. Verpleegkundiges kan ook nie altyd hierdie probleme met hul families en vriende bespreek nie (par. 3.6.2), want 'n groot gedeelte van die samelewing beskou terminasie van swangerskap steeds as moord. Volgens Marshall en Gold (1994:575) en Gmeiner en Van Wyk (2000:9), het verpleegkundiges die belangrikheid van ondersteuning en individuele sorg beklemtoon. Ondersteuning is nie altyd beskikbaar vir verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskapafdelings nie en die ondersteuning wat kollegas verskaf, voldoen ook nie altyd aan al die vereistes nie (Mayer et al 2005:23; WHO 2010). Ondersteuning van bestuur kom ook nie altyd voor nie (Harries, Stintson, Orner 2009; Thom 2002:1; WHO 2010). Spesiale aandag moet gegee word aan streshantering vir hierdie verpleegkundiges om hulle sodoende in staat te stel om permanente betrokkenheid by kliënte daar te stel (Makoala 2002:11; Mhlanga 2002:18). Volgens Lipp en Fothergill (2009:113-114) is sterk professionele en persoonlike ondersteuning belangrike omgewingsinvloede om emosionele stres te verlig. 'n Behoefte aan kognitiewe ondersteuning is bekend gemaak asook 'n behoefte aan kennis en vaardighede om suksesvolle berading te doen (par. 3.5.4). 'n Verpleegkundige het dit duidelik in die volgende woorde gestel, "we need a professional somebody who can guide us on what to do and how to go about it".

Rebelo (2002:43) beklemtoon die belangrikheid van berading vir personeel, individue of op 'n groepsbasis, vir diegene wat daaglikse emosionele pyn ondervind as gevolg van, onder andere, die aanskoue van die verwydering van liggaamsdele van fetusse in vlekvrystaalhouers en die hantering daarvan. Die afwesigheid van personeel en antagonisme jeens kliënte is 'n teken van "duress stress disorder" (Rebelo 2002:43). Die meeste verpleegkundiges het net spirituele ondersteuning in die proses om skuldgevoelens en interne pyn te verwerk. Godsdienst word dus as hanteringsmeganisme gebruik om

skuldgevoel en aftakeling te verwerk. 'n Verpleegkundige het gesê dat sy aanhoudend vir haarself en die kliënte wat sy moet help, bid (Abortion 2000:13; Rebelo 2002:42-43). Volgens Gmeiner en Van Wyk (2000:9) gebruik verpleegkundiges ook ander psigologiese verdedigings-meganismes om hul teen emosionele pyn te beskerm soos: projeksie, intellektualisering en rasionalisering. Nog 'n ander beskermingsmeganisme wat verpleegkundiges gebruik, is om hul werk geheim te hou asook 'n lae profiel te handhaaf. So verhoed hulle onnodige viktimisasie en stigmatisering. Vervolgens 'n opsomming van die verskeie ondersteuningsmeganismes\ sisteme wat verpleegkundiges werkzaam in terminasie van swangerskapafdelings, versoek:

- Waarde-uitklaringswerkswinkels vir personeel sodat 'n ondersteunende werksomgewing vir personeel geskep kan word.
 - Werksomgewing sonder veroordelende houdings.
 - Ondersteuning van die regte van werkers met gewentensbesware.
 - Gereelde groepsberading\ondersteuningsessies vir personeel.
 - Psigologiese ondersteuning.
 - Streshanteringsessies vir verpleegkundiges.
 - Ondersteuning van die Departement van Gesondheid.
 - Rotasie of die opsie om vir 'n tydperk in 'n ander afdeling te werk en weer teruggeplaas te word in die terminasie van swangerskapafdeling.
 - Erkenning en ondersteuning van bestuur.
 - Pastorale ondersteuning.
 - Bykomende vergoeding.
 - Loopbaanskepping (career-pathing for termination of pregnancy providers). (Burzelman 2002:12-13; Engelbrecht et al 2000:10-11; Harries et al 2009; Makoala 2002:11; Mayers et al 2005:24-25; Serobe 2002:9; Thom 2002:1; Webb 1985:47; WHO 2010; Zulu 2002:14-15).
- Onvoldoende professionele opleiding en stres
- Volgens Lipp en Fothergill (2009:113-114) word daar na onder andere sekere omgewingsinvloede verwys soos omvattende professionele ondervinding en opleiding wat morele stres kan verlig. In 'n studie wat deur Häggström (2008:480) en McCreight (2005:442) gedoen was, het verpleegkundiges klagtes oor onvoldoende opleiding en onvoldoende kennis wat dit moeilik maak om die emosionele eise van hul werk te hanteer (par. 3.5.4 word groei en ontwikkeling bespreek), aangeraak.

3.5.2.2 Stressors

Moontlike stressors wat vir verpleegkundiges werkzaam in terminasie van swangerskapafdelings mag ontstaan, word as volg bespreek (Lipp en Fothergill 2009:111-113).

- Kliënt se besluit om 'n terminasie van swangerskap te ondergaan.

Verpleegkundiges is soms die eerste kontak met wie kliënte wat 'n terminasie van swangerskap versoek, in aanraking kom. Dit is 'n lewensveranderende keuse vir die kliënt en die verpleegkundige moet hierdie besluit fasiliteer sonder om die kliënt se keuse te beïnvloed. Hierdie handelings kan vir die verpleegkundige ook stresvol wees (Lipp en Fothergill 2009:12; WHO 2010). Volgens Harries et al (2009) en WHO (2010) is verpleegkundiges ook meer empaties teenoor kliënte wat 'n terminasie van swangerskap versoek as gevolg van verkragting of bloedskunde.

- Die tipe prosedure

Die aantal terminasies van swangerskappe is besig om toe te neem, en die intimiteit van die mediese aborsieprosedure kan meer stres by verpleegkundiges veroorsaak as die chirurgiese prosedure(s) waar die kliënt voor en na aborsie verpleeg word. Die emosionele arbeid van die mediese aborsie(sien def.) is gegrond in die proses wat die swanger vrou deurgaan asook die verpleegkundige wat die produkte van konsepsie moet kontroleer om te bepaal of die terminasie van swangerskap volledig uitgevoer was. Die aantal kere wat die verpleegkundige dit moet doen, hang af van die aantal kliënte wat die terminasie van swangerskapafdeling vir die dag besoek (Lipp 2008a:15; Lipp en Fothergill 2009:112).

- Nie-veroordelende gedrag

Volgens Marshall et al (1994) kan nie-veroordelende gedrag 'n stressor tydens aborsiesorg vir verpleegkundiges wees, aangesien verpleegkundiges nie altyd nie-veroordelende sorg lewer nie. Volgens Gmeiner en Van Wyk (2000:9), beskryf 'n verpleegkundige totale emosionele uitputting as gevolg van interne persoonlike konflikte wat daaglik ondervind word. En as gevolg van hierdie morele uitputting, ontstaan morele en veroordelende gedrag as 'n manier om negatiewe gevoelens te hanteer. Verskeie outeurs (par. 3.5.1.2) het gevind dat hoe langer die gestasietydperk is, hoe meer veroordelend tree die verpleegkundiges op (WHO 2010). Houdingsverandering kom dan wel voor en sommige verpleegkundiges probeer laat gestasie-aborsies vermy. Volgens Mueller (1991:285) is 2de trimester aborsies vir die verpleegkundige meer stresvol omdat die gestasietydperk langer is. Die fetus is meer ontwikkel en in sommige gevalle leef die fetus nog na die aborsie.

- Manier van swangerskapverlies

'n Geïnduseerde aborsie kan 'n gewensde of 'n ongewensde swangerskap wees en die verpleegkundige mag in beide gevalle empaties voel. Met 'n gewensde swangerskap as gevolg van fetale abnormaliteite, moet sy terselfdertyd dieselfde gedrag teenoor 'n kliënt openbaar wat verplig voel om 'n ongewensde swangerskap te aborteer (Lipp en Fothergill 2009:113). Hierdie emosionele 'arbeid' mag moontlik tot verdere stres bydra.

- Ouderdom van die kliënt

(Vir hierdie studie sluit die kliënt ook die swanger kind in.)

In die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, soos gewysig (Suid-Afrika 1996:5-6) soos gestipuleer in paragraaf 3, word dit duidelik uiteengesit dat die swanger kind wel 'n reg tot terminasie van swangerskap het. Sou die swanger kind 'n terminasie van swangerskap verkies, het sy nie die toestemming van 'n ouer of voog nodig nie. Maar, sy moet ingelig word rakende die voordeel om 'n ouer, voog of enige ander persoon vir ondersteuning saam te bring. Indien sy verkies om dit nie te doen nie, mag terminasie van swangerskap nie geweier word nie. Sy het die reg tot inligting rakende haar regte binne die wetgewing en tot nie-verpligte en nie-voorskriftelike voorligting voor en na die terminasie van swangerskap (McQuoid-Mason, Dada 2009:1; Naylor en Q`Sullivan 2005:11; Suid-Afrika 1996:5; Suid-Afrika 2005:36) (par. 3.7.1.1.1.1). Volgens Mayers et al (2005:22) beleef verpleegkundiges ambivalente gevoelens wanneer hulle met tiener-aborsies werk – hulle voel onseker of hierdie meisies as dogters of volwassenes benader moet word. 'n Verpleegkundige het ervaar dat 'n minderjarige kliënt se persepsie was dat sy oud genoeg is om 'n besluit te neem of sy seks wil beoefen al dan nie en dat sy in staat is om 'n besluit oor swangerskapterminasie te neem. Toe die verpleegkundige haar egter aanmoedig om kontrasepsie te gebruik, was haar antwoord om eers toestemming van haar moeder te verkry.....(Mayers et al 2005:22). Dit was/is nie werklik nodig nie, volgens die Kinderwet, No 38 van 2005, soos gewysig, soos gestipuleer paragraaf 134(1,2,3) mag 'n kind van 12 jaar en ouer kontrasepsie gebruik (Suid-Afrika 2005:94). Hierdie ambivalente gevoelens teenoor die swanger kind, mag tot stres by die verpleegkundige bydra.

3.5.2.3 *Stres en die self*

Volgens Lipp en Fothergill (2009:113-114) verwys verskeie outeurs na individuele en omgewingsmodererende faktore wat 'n rol in stres en die uitbrandsindroom kan speel. Individuele faktore sluit in innerlike krag en 'n goeie selfbeeld. Selfbeeld is ook deel van die verpleegkundige se *self*. *Self* is wie 'n persoon is; 'n persoon in totaliteit soos die persoon homself of haarself ken en speel self-kennis dus 'n belangrike rol in die begrip vir menslike gedrag; gedrag van beide die self en ander (King 1981:26) (par.2.5.1). Selfkonsep of

selfbeeld is een van die belangrikste bepalende faktore van gedrag. Die afleiding kan gemaak word dat die professionele selfkonsep, hoe verpleegkundiges oor hulself as verpleegkundiges voel, baie belangrik vir die verpleegpraktyk is. Verpleegkundiges met goeie selfbeelde mag pasiëntsorg meer positief beïnvloed, terwyl diegene met negatiewe selfbeelde pasiëntsorg negatief kan beïnvloed (Arthur en Randle 2007:61). Volgens Arthur en Randle (2007:61) is daar verskeie studies wat die verhouding tussen 'n goeie selfbeeld en positiewe verpleegsorg bespreek. Tog kon daar geen ooreenkoms tussen swak selfbeeld en aborsiesorg in die literatuur gevind word nie (Lipp en Fothergill 2009:113-114). Volgens Andersson (1993) soos aangehaal in Arthur en Randle (2007:61), voel verpleegkundiges met goeie selfbeelde goed oor hulself. As mense meer positief oor hulself voel, tree hulle ook meer positief teenoor ander op. 'n Swak selfbeeld kan 'n persoon meer vatbaar vir uitbrandsindroom maak, terwyl 'n sterker selfbeeld geassosieer word met werksbevrediging, persoonlike doelwitbereiking en 'n beter vermoë om stres by die werk met beter hanteringsmeganismes te bestuur/hanteer.

Daar vind so baie veranderinge in gesondheidsorg plaas wat die taak vir verpleegkundiges kan bemoeilik, veral ten opsigte van professionele selfbeeld (Arthur en Randle 2007:61). Hierdie stelling word ook ondersteun deur 'n studie wat in Tanzanië gedoen is, waar daar soveel werksverwante probleme in verpleging is wat verpleegkundiges se selfbeeld sowel as pasiëntsorg negatief kan beïnvloed (Häggström et al 2008:480). Dit wil voorkom of dit met 'n professionele selfbeeldkompleks te doen het en dit kan nie van die verpleegpraktyk geïsoleer word nie (Arthur en Randle 2007:61). Veral nie in afdelings waar terminasies van swangerskappe gedoen word en verpleegkundiges op 'n daaglikse basis moreel/etiese onversoenbaarheid ervaar nie.

Dit wil voorkom asof stres 'n alledaagse ervaring vir terminasie-verbode verpleegkundiges is, veral indien dit nie met die verpleegkundige se persoonlike oortuigings en waardes ten opsigte van terminasie van swangerskap ooreenstem nie. Die kliënt kan ook vrese (stressors) rakende haar besluit ervaar. Hierdie hoë stresvlakke kan 'n individu se interaksievermoë en doelwitbereiking belemmer (King 1981:147, George 2002: 250) (par 2.5.2). Dit beteken dat holistiese verpleegsorg nie kan plaasvind nie. Dit wil voorkom of hierdie stres altyd teenwoordig sal wees. Volgens Major en Gramzow (1999:737, 743), sal psigologiese stres ervaar word solank aborsie as 'n stigma beskou word en sal die prys van onthulling en verheling hoog bly.

3.5.3 Liggaamsbeeld

Alligood en Tomey (2006:184) stel dit dat liggaamsbeeld na 'n persoon se siening van sy/haar eie liggaam verwys en die reaksie van ander mense op 'n persoon se voorkoms en die persoon se reaksie hierop. Aangesien die fokus van die huidige navorsing gerig is op die verpleegkundige se persepsie en ervaring rondom abortie op aanvraag, is die konsep van King se Doelwitbereikingsteorie nie in die huidige navorsing toepaslik nie. Ter verdediging, soos George (2005:258) aandui, word slegs geselekteerde konsepte uit King se Doelwitbereikingsteorie in navorsing gebruik of getoets. Soos voorheen aangedui, word King se konseptuele sisteme ook in hierdie studie gebruik bloot om die navorsing te rig en nie om die teorie te toets nie (par.3.1).

3.5.4 Groei en ontwikkeling

Vir verpleegkundiges wat pro-lewe (par.1.4) is, mag terminasie van swangerskap nie as 'n betekenisvolle lewenservaring ervaar word nie en professionele groei en ontwikkeling mag moontlik nie plaasvind nie.

Groei en ontwikkeling (par 2.5.1) kan gedefinieer word as 'n proses van menslike ontwikkeling van bloot potensiaal tot selfaktualisering (Frey en Norris 2006:184; George 2002:245). Selfaktualisering vir hierdie navorsing kan ook die professionele groei en ontwikkeling van die verpleegkundige insluit. Volgens die Wet op Verpleging (Wet nr. 33 van 2005) is volgehoue professionele ontwikkeling 'n vereiste vir Suid-Afrikaanse verpleegkundiges soos voorgeskryf deur die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, om sodoende professionele registrasie te behou, soos gestipuleer in paragraaf 39 (a,b,c) (Suid-Afrika 2005:40). Dit beteken dat daar van verpleegkundiges verwag word om volgehoue professionele ontwikkeling ten opsigte van terminasie van swangerskap te ondergaan, want daar word tog van verpleegkundiges verwag om kliënte voor en na terminasie van swangerskap te versorg asook in noodgevalle, ongeag die betrokke verpleegkundige se gewetensbeswaar (par 3.7.1.1.3) (Naylor en O`Sullivan 2005:18). Gehaltesorg moet gelewer word, dit is tog die swangervrou se reg (par. 3.7.1). Die bywoning van verdere opleidingsessies kan dus nie verontagsaam word nie. Vervolgens 'n kort opsomming rakende opleiding en indiensopleiding vir verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskapafdelings in Suid-Afrika.

3.5.4.1 Opleiding/indiensopleiding

Geregistreerde verpleegkundiges in Suid-Afrika wat die voorgeskrewe opleidingskursus voltooi het, kan 'n terminasie van swangerskap uitvoer tot en met 12 weke gestasie, soos gestipuleer in paragraaf 1(c) en 1(d), van die wysigingswet (Suid -Afrika 2008:2), 'n

terminasie van swangerskap uitvoer tot en met 12 weke gestasietydperk soos gestipuleer in die Wet, paragraaf 35(2) (Suid -Afrika 1996:4). Daarna kan dit net deur 'n geneesheer wat die voorgeskrewe kursus voltooi het, uitgevoer word, soos gestipuleer in paragraaf 2 (2) (Suid Afrika 1996:5). Tóg maak die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV) dit duidelik dat al die verpleegkundiges wel die volgende dienste aan kliënte wat 'n terminasie van swangerskap versoek, sal lewer. Volgens die Grondwet, Afdeling 27 (Suid-Afrika 1996:13), het elke persoon die reg tot gesondheidsorg en die reg tot noodbehandeling. Die verpleegkundige het dus nie die reg om hierdie noodbehandeling te weier nie en moet die volgende verpleegsorgbeginsels toepas: (par. 3.7.1.1.3 vir 'n meer omvattende bespreking):

- Verpleegsorg (beraming, beplanning, implementasie, monitering en evaluering).
- Basiese bystand met daaglikse lewensaktiwiteite.
- Emosionele-, fisiese en psigologiese ondersteuning.
- Voorgeskrewe medikasie toedien.
- Gemak voorsien en pynhantering toepas.
- Toepaslike verwysing van kliënt waar nodig.
- Die reg van die swanger vrou tot vryheid van keuse moet deur die verpleegkundige gerespekteer word. Bevooroordeelende en voorskriftelike gedrag ten opsigte van die swanger vrou se besluit is nie aanvaarbaar nie.
- Verpleegkundiges moet die vrou se waardigheid behoue laat bly en respekteer. (Denosa 1997:5; Hospital Circular:H56/2003; Hospital Circular:H157/2010; Naylor en O`Sullivan 2005:18).

Dit beteken dat alle verpleegkundiges opleiding rakende terminasie van swangerskap moet ondergaan. Nie noodwendig opleiding om die terminasie van swangerskap uit te voer nie, maar moet die nodige opleiding rakende verpleegsorg voor en na die prosedure en in geval van nood ontvang. Die volgende riglyne is vir opleiding van verpleegkundiges daargestel:

- Die WGO (2003) het duidelike riglyne vir opleiding en sorg rakende terminasie van swangerskap in die handleiding daargestel: *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*.
- In Suid-Afrika het die Reproductive Health Research Unit (RHRU) in samewerking met IPAS in Oktober 1998 'n opleidingsraamwerk daargestel: (*Abortion Care Manual*). Hierdie dokument is in 2000 opgegradeer.
- Die Departement van Gesondheid Wes-Kaap het in die omsendbrief, H97/2000 die volgende opleidingsessies rakende terminasie van swangerskappe uiteengesit:
 - Eendag waarde-uitklaringswerkswinkel en berading.
 - Eendag voor en na terminasies van swangerskap beradingswerkswinkel.

- 160 Uur aborsie-kursus (MVA tegniek).
- Opleiding vir geneeshere.

Bogenoemde opleidingsessies was ook nog in 2010 in die Wes-Kaap (Human Resource 2010:27,29) beskikbaar.

Dr Eddie Mhlangu, Departement van Gesondheid, het dit duidelik gestel dat opleiding belangrik vir dokters en verpleegkundiges is, veral voordat dokters of verpleegkundiges standpunt rakende gewetensbesware inneem. Opleiding is belangrik alvorens mense stereotipes aanneem, want daarna is dit moeilik om dit te verander (Abortion 2000:13). Verskeie studies wat gedoen is, toon aan dat verpleegkundiges wat in terminasie van swangerskapafdelings werk, die volgende behoeftes het:

- Voldoende voorbereiding vir vroedvroue alvorens hul met terminasie van swangerskapkliënte werk, ten opsigte van die prosedures en tegnieke beskikbaar. (Berer 2000:586; Mayers et al 2005:24; Webb 1985:47). (Wanneer 'n terminasie van swangerskap deur 'n opgeleide persoon met die korrekte tegnieke in veilige omstandighede uitgevoer word, is dit 'n veilige prosedure (Unsafe abortion 2001:8)).
- Inligting en besprekings rakende emosionele aspekte wanneer verpleegkundiges tydens prosedures bystaan (Mayers et al 2005:24; WHO 2010).
- Opleiding in berading (Mayers et al 2005:24; Poggenpoel et al 1998:6; Webb 1985:47), (vaardige beradingstegnieke verbeter kliëntesorg (White 1999:482)).
- Die aanbod van waarde-uitklaringswerkwinkels is waardevol en moet op 'n gereelde basis plaasvind. Dit help met waarde-uitklaring en minimaliseer veroordelende houdings jeens kliënte. Dit help ook met vroedvroue se persoonlike hanteringsmeganismes tydens terminasie van swangerskap, (Engelbrecht et al 2000:11; Harries et al 2009; Harrison et al 2004:429; Marais 1997: 6-7; Mayers et al 2005:24; WHO 2010).
- Inligting oor wetgewing, professionele etiese kodes en sosio-politiese aspekte asook die evaluasie van menslike lewe (Cignacco:2002; Harrison et al 2004:429; Mayers et al 2005:24; WHO 2010).
- Menseregte-opleiding kan verpleegkundiges help om vroue se reprodktiewe keuses, regte (Potgieter en Andrews 2004:29) en geslagsrolle beter te verstaan (Webb 1985:47).
- Meer inligting en indiensopleiding rakende verwysings van kliente wat 'n swangerskap-terminasie versoek, wanneer nodig (Swenson et al 1994:224).

Uit die literatuur kan die afleiding gemaak word dat daar 'n leemte rakende die opleiding van verpleegkundiges wat in terminasie van swangerskapafdelings werk, is. So ook voortgesette indiensopleiding en dat dit 'n belangrike faktor is wat aandag moet geniet, sou daar verwag word dat verpleegkundiges wel selfaktualisering moet ondervind. Volgens Cueller (2002:12) moet opleiding van dokters en verpleegkundiges verbeter word. Volgens die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, het die verpleegkundige die reg tot voldoende oriëntasie, doelgerigte indiensopleiding en aaneenlopende professionele onderrig (Nurses Rights 2010:1). Waar hierdie studie tans in die Wes-Kaap gedoen word, word die volgende probleme rakende die opleiding en indiensopleiding van verpleegkundiges vir swangerskap-terminasie ondervind: Volgens Jeftha, Burzelman en Joubert (2010) was geen terminasie van swangerskapverpleegkundige-verskaffer tot en met 12 weke gestasie in die afgelope 4 jaar opgelei nie, gevolglik het daar geen nuut opgeleide personeel bygekom nie, maar die kliëntegetalle het toegeneem. Daar is dus nie voldoende personeel om na hierdie kliënte om te sien nie. Smit (2008:248) beklemtoon dat daar nog geen opleiding sedert die inwerkingstelling van aborsiewetgewing in 1997 aan hoër onderwysinstellings in die Wes-Kaap geïmplementeer is nie. Dit beteken dat verpleegkundestudente nie voldoende voorbereid is om terminasie van swangerskapkliënte in die praktyk te kan hanteer nie. Die Wes-Kaapse verpleegkollege in samewerking met die Kaapse Skiereiland Universiteit van Tegnologie bied wel waarde-uitklaringswerkswinkels rakende terminasie van swangerskap aan (Eie ervaring 1997-2011) wat studente help om hierdie kliënte in die hospitaal van bystand te wees. Geen formele terminasie van swangerskapskursusse word egter by hierdie instansie aangebied nie. Dit is ook net die Departement van Gesondheid van die Wes-Kaap wat kursusse en indiensopleiding rakende terminasie van swangerskap aanbied (Human Resource 2010:27,29). Dit gee aanleiding tot die vraag of professionele groei en ontwikkeling wat tot selfaktualisering kan lei, by verpleegkundiges wat swangerskappe moet termineer, kan plaasvind. Die antwoord blyk vaag en onduidelik te wees as daar gekyk word na die behoeftes wat verpleegkundiges wel het en die geringe opleidingsgeleenthede wat wel beskikbaar is.

3.5.4.2 Lewenstaak/hoop/groei/ontwikkel

Frey & Norris (2009:184) en King (1981:143) beskryf die mens as onder andere spirituele wesens, uniek en holisties en wat intrinsieke waarde besit. Betrokkenheid by terminasie van swangerskap kan hierdie uniekhede van verpleegkundiges (veral die verpleegkundiges wat voor- en na-aborsiesorg moet toepas en in geval van nood moet optree) skaad. Dit kan ook teweegbring dat verpleegkundiges mag voel dat hul spirituele self geskaad word weens die rede dat lewe nie bewaar word nie. Hul lewenstaak word sodoende dikwels nie

volbring/bevredig nie. In paragraaf (3.5.1 en 3.5.2) word die persepsie van verpleegkundiges en hul morele stres ten opsigte van terminasie van swangerskap bespreek. Daaruit blyk dit dat sommige verpleegkundiges wel voel dat hul in situasie(s) beland waar hulle persoonlike waardes benadeel word. Volgens 'n studie deur Mayers et al (2005:20) gedoen, voel verpleegkundiges vasgevang (trapped), alleen en was daar 'n gevoel van hopeloosheid (hopelessness) rakende die werk wat hul in terminasie van swangerskapafdelings verrig. Hulle voel dat die werk wat hul verrig, nie ooreenstem met hul godsdienstige oortuigings nie en dat hul etiese konflik ervaar (par.3.5.2), dat hul sorg "wasted" is, omrede kliënte dikwels herhaaldelik terugkom vir 'n terminasie. Dit wil voorkom of die spirituele *self* van verpleegkundiges geskaad kan word in terminasie van swangerskapafdelings as hulle nie pro-keuse (par. 1.4) dink nie. Dit kan daartoe lei dat verpleegkundiges voel hul lewenstaak van 'lewe bewaar', word nie volbring nie en selfaktualisering vind dus nie plaas nie. Die volgende aanhaling van 'n verpleegkundige oor terminasie van swangerskap verduidelik die warboel van emosies wat hierdie persone op 'n daaglikse basis ervaar: "It's part of the work even though with your oath.....But it never said anything about terminations....."

3.5.5 Tyd

Tyd (par.2.5.1) is 'n abstrakte en komplekse verskynsel en verteenwoordig die subjektiewe persepsie van die opeenvolging van gebeure en beslaan nie net die verlede en die hede nie, maar het ook 'n geprojekteerde toekomsdimensie (Frey en Norris 2006:184). *Tyd* is 'n opeenvolging van gebeurtenisse wat die verpleegkundige se persoonlike oortuigings (verlede) ten opsigte van terminasie van swangerskap insluit, maar word met nou (die hede) gekonfronteer. Personeel betrokke by terminasie van swangerskap sal voortaan (in die toekoms) moet saamleef met besluite wat hier en nou geneem word. Baie verpleegkundiges volgens Poggenspoel et al (1998:4) stel dit duidelik dat hulle eerder die verpleegkunde-professie sal verlaat as om geforseer te word om met terminasie van swangerskap te werk, wat moontlik kan beteken dat toekomsdrome vernietig (kan) word.

Volgens Caldas da Costa en Donald (2003:15) sien dokters hul werk in terminasie van swangerskapafdelings as sonde en dat hulle in die hiernamaals rekenskap sal moet gee. Wat 'n (baie) negatiewe toekomspersepsie! Sommige verpleegkundiges (par. 3.5.4) het 'n algemene gevoel van hopeloosheid en voel vasgevang in hul daaglikse take wat 'n beeld skep dat vir sommige van hierdie verpleegkundiges *tyd* (die toekoms), as negatief en sonder hoop ervaar kan word.

3.5.6 Ruimte

Ruimte (par. 2.5.1) is as sulks (soos tyd) universeel en grensloos. Dit is ook persoonlik en elke persoon se persepsie van *ruimte* is verskillend afhangende van kultuur, rol, posisie, interaksie met ander en ondervindings uit die verlede. Hierdie persoonlike ruimte verskaf aan individue beide sekuriteit en identiteit. Sou hierdie *ruimte* en privaatheid versteur word, kan stres ervaar word (Frey en Norris 2006:184; George 2005:247) soos in die geval van terminasie van swangerskap waar die uniekheid en individualiteit van *ruimte* nie werklik erken word nie. Hierdie betrokke verpleegkundiges se professionele ruimte word konstant deur wetgewing beïnvloed asook sekere diensvoorwaardes wat hulle verplig om sekere dienste te lewer (par.3.7.1). Hiermee kan hulle hulself nie werklik vereenselwig nie aangesien dit teen hul persoonlike oortuigings indruis. Die verpleegkundige as gelowige van 'n spesifieke denominasie word ook voortdurend gekonfronteer met die diens wat sy\hy in die terminasie van swangerskap lewer. 'n Verpleegkundige het hierdie konfrontasie as volg verduidelik: "it's against my principles and religion". Verpleegkundiges voel ongemaklik met wat hulle doen (Mayers et al 2005:22; WHO 2010) (sien par.3.5.1.1 vir 'n beskrywing van religieuse invloed). Sommige verpleegkundiges is ook voortdurend bekommerd oor wat kollegas in ander afdelings van die werk dink waarby hulle in die terminasie van swangerskapafdelings betrokke is (WHO 2010). Dit beïnvloed tog ook hul persoonlike ruimte (par.2.5.1). Verpleegkundiges se belewenisse van persoonlike ruimte in terminasie van swangerskapafdelings kan beslis tot die ervaring van stres bydra.

Die persoonlike sisteem kan as volg opgesom word.

Vir hierdie studie is die fokus van die persoonlike sisteem op die verpleegkundige as individu (persoonlike sisteem: persepsie, morele stres, liggaamsbeeld, groei en ontwikkeling, tyd en ruimte) binne die terminasie van swangerskapkonteks waar haar\sy persoonlike menswees en geluk, 'n uiters belangrike rol speel om sodoende holistiese verpleegsorg te kan lewer.

3.6 DIE INTERPERSOONLIKE SISTEEM

In die huidige navorsing is die interpersoonlike sisteem (par.2.5.2) van belang sover dit deel uitmaak van die ervaringswêreld van die individu\verpleegkundige (persoonlike sisteem). Die interpersoonlike sisteem vir hierdie studie verteenwoordig dan deel van die perseptuele veld van die verpleegkundige (respondent) binne die terminasie van swangerskap. Volgens Varkey en Fonn (2000:19) is daar 'n behoefte aan navorsing rakende die interpersoonlike verhoudings en die uitruil van inligting tussen voorsiener (verpleegkundige) en kliënt binne die terminasie van swangerskapomgewing. Die huidige navorsing fokus sydig op hierdie aspek. Nietemin, dit is dus belangrik dat die volgende konsepte wat met die interpersoonlike sisteem vir hierdie studieverband hou, bespreek word; naamlik: rol, interaksie,

kommunikasie en transaksie (Allgood & Tomey 2006:185; George 2002:246; King 1981:59; King 1992: 20; Pearson et al 1996:150-151).

3.6.1 Rol

Vir hierdie studie is die fokus op die rol (par. 2.5.2) van die verpleegkundige meer intrapersoonlik omdat daar op die verpleegkundige as respondent se belewenis van terminasie van swangerskap gefokus word, wat beïnvloed kan word deur die verpleegkundige se persepsie (par.3.5.1) van terminasie van swangerskap. Haar posisie binne die gesondheidsdiens word deur sekere norme en verwagtinge gerig wat in die reëls en verpligtinge van verpleging en die organisasie uitgespel word. Maar, in hierdie posisie funksioneer die verpleegkundige nog steeds as 'n individu (persoonlik). Die rol van die professionele verpleegkundige word binne die basiese verpleegkundige-kursus aangeleer wat sy/hy volg (in professionele etiek en bestek van praktyk). Later word die daaglikse werksomgewing se verwagte rol ook aangeleer. Met die promulgasie van Die Wet op keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, soos gewysig (Wet no. 92 van 1996), is daar nuwe verwagtinge geskep en moes die verpleegkundiges rolaanpassings maak in areas waar terminasies van swangerskappe gedoen word. Hierdie aanpassings het tot groter aanpassings in die verpleegkundige se persoonlike rol gelei. Hierdie aanpassings mag dalk nie met die verpleegkundige (individu) se normatiewe standaarde ooreenstem nie en nie inpas by haar/hy persoonlike siening (persoonlike sisteem) van unieke waarde nie. Tog kan die werkgewer, kliënt en kollegas se persepsie (pro-keuse) van verwagte rolgedrag van die verpleegkundige (pro-lewe) verskil of andersins kan dit tot persoonlike rolkonflik lei. Rolkonflik word gedefinieer as die onverenigbaarheid tussen die rolle van twee of meer posisies (Du Toit en Van Staden 2009:86). Daar is nie werklik studies gedoen wat verpleegkundiges en rolkonflik aanspreek as gevolg van terminasie van swangerskap nie. Intendeel, vir die afgelope twee dekades, volgens EBSCOHOST (UNISA Biblioteek), het geen artikels met die term "rolkonflik" in die titel van enige artikels verskyn nie. Die literatuur fokus in 'n geringe mate op die verpleegkundiges se belewenis van terminasie van swangerskap en kliëntesorg. In Suid-Afrika is daar 'n studie gedoen wat dokters se belewenisse van persoonlike rolkonflik en terminasie van swangerskap aanspreek (Caldas da Costa en Donald 2003:14-15). In hierdie studie toon dokters (80%) dat hulle hul persoonlike waardes kompromitteer en hierdie kompromisse kom voor as gevolg van die verskille tussen dokters se persoonlike waardesisteme en mediese waardesisteme wanneer hulle nie-selektiewe terminasies van swangerskappe doen. Hierdie dokters (67%) het dan ook aangedui dat hulle rolkonflik ervaar, ongemak en die kompromisse wat hul moet aangaan as 'moeilik' beskryf. Die meerderheid van hierdie dokters het ook aangedui dat rolkonflik verhoog soos die gestasietydperk van die swangerskap toeneem. Hulle ervaar 'n

toename in psigologiese konflik wanneer laat gestasie-aborsies gedoen word, maar dat hul werksopptrede\prestasies nie deur rolkonflik geraak word nie. Ook nie hul siening van terminasie van swangerskap nie. Hierdie dokters het wel aangedui dat hulle houding (manner) tot die terminasie van swangerskap kliënte geaffekteer was (Caldas da Costa en Donald 2003;16). Dit word ondersteun deur bevindings van Poggenpoel et al (1998) en Walker (1996) ten opsigte van verpleegkundiges. Volgens 'n studie wat deur Cignacco (2002:179-184) gedoen is, beskryf vroedvroue dat hulle konflik ervaar wanneer hulle die reg van die vrou tot self-determinasie teenoor die reg van die kind tot lewe moet aanskou, wanneer vroue terminasie van swangerskap op keuse versoek. Hierdie konflik lei tot emosionele stres (par.3.5.2) en professionele identiteitsprobleme, omdat die verpleegkundiges gekonfronteer word met die rol as "abortionist" (Cignacco 2002:179-184; Narrigan 1998:498) . Volgens Cignacco (2002:179-184) en Norris (1999:12) moet die vroedvrou in die een rol help om 'n nuwe lewe te red/ lewenslig help aanskou en in die ander rol moet die vroedvrou help om 'n lewe te vernietig. Een vroedvrou het erken dat sy somtyds glad nie weet wat haar rol is nie. Vroedvroue ervaar dus professionele verwarring of dan rolverwarring. As gevolg van die rolverwarring mag die verpleegkundige voel dat daar nie aan rolverwagting voldoen word nie (hoe 'n persoon wat 'n spesifieke status beklee, veronderstel is om op te tree) (Du Toit en Van Staden 2009:79) (par.2.5.2), wat emosionele stres kan vererger. Volgens studies deur Poggenpoel et al (1998:5) en Norris (1999:12), ervaar verpleegkundiges innerlike konflik ten opsigte van terminasie van swangerskap omdat hulle in gesondheidsorgdienste werk waar babas gebore word en terselfdertyd terminasies van swangerskappe gedoen word. Vir baie verpleegkundiges is dit moeilik om hulself met terminasie van swangerskap binne konteks van die Florence Nightingale diensgelofte (par. 3.7.1.1.3.2) te assosieer. Dit is asof hulle etiese kode om lewe te bewaar, totaal teenstrydig is (Harrison et al 2000:426). 'n Verpleegkundige som die situasie soos volg op: dat haar gewete vir haar sê dit is verkeerd maar sy voel ook dit is reg, omdat terminasies van swangerskappe deur professionele persone gedoen word wat dit veiliger as agterstraatse aborsies vir die kliënt maak (Gmeiner en Van Wyk 2000:9). Volgens Bewley (1993:27) vind verpleegkundiges die hantering van die fetus na terminasie van 'n swangerskap stresvol, veral as dit 'n mediese terminasie van swangerskap was (sien def.), waar die volledige fetus gesien kan word. Hoewel terminasie van swangerskap teen die morele en godsdienstige oortuigings van verpleegkundiges indruis, moet verpleegkundiges tog oor die vermoë beskik om hul persoonlike gevoelens van hul pligte teenoor hul kliënte te kan skei. Volgens Frey en Norris (2006:184-185); George (2002:246) en King (1981:91-92-93) sluit die kenmerke van rol: wederkerigheid, interaksie tussen die verpleegkundige en kliënt in, waartydens 'n verhouding ontstaan met die doel om holistiese sorg aan die kliënt te verskaf. Die vraag is

egter of verpleegkundiges werklik hul rol as sulks kan uitleef sonder om hul persoonlike waardes daarin te verstrengel en hul kliëntesorg negatief te beïnvloed, binne die rol wat hulle speel wanneer swangerskappe getermineer moet word.

Die spesifieke rol en beleid van die verpleegkundige in Suid-Afrika in die terminasie van swangerskapafdeling word in die Provincial Policy Standardisation Guidelines and Protocols on the Termination of Pregnancy services (H157\2010 sien Bylae 1b) opgesom.

3.6.2 Interaksie

Interaksie (par.2.5.2.) soos ook rolspel, is met betrekking tot die huidige studie 'n reflektiwiteit (as terugblik) asook 'n belewenis van die huidige werksaamheid in terminasie van swangerskapafdelings. Die fokus vir hierdie studie is dus op verpleegkundiges binne werklike interaksie en nie interaksie in refleksie nie. Interaksie openbaar wat een persoon van 'n ander persoon dink, wedersydse persepsie, wedersydse verwagtinge en elkeen se reaksie tot die ander (Frey en Norris 2006:185; King 1981:85). Interaksie vir hierdie studie word dan vanuit die perspektief van die verpleegkundige beskryf in werklike interaksie met die kliënt, fetus en belangrike ander asook die sosiale sisteme soos die betrokke wetgewing, werkgewer en kollegas.

Die kliënt

Die primêre belang van interaksie in verpleging is 'n positiewe uitkoms vir die kliënt (King 1981:85). Verpleegkundiges het sekere verwagtinge en persepsies van vroue wat die terminasie van swangerskapafdeling besoek, (inter)aksies / handeling wat tydens interaksie kan voorkom. Hierdie verwagtinge en persepsies word as volg bespreek soos dit in die literatuur voorkom. Volgens Mayers et al (2005:19) is vroue wat vir terminasie van swangerskap toegelaat word, geestelik geïsoleerd. Nie noodwendig fisies geïsoleerd nie, omdat die vroedvroue nie so intens betrokke raak nie aangesien hulle nie met die terminasie van swangerskap-kliënt se negatiewe houding gekonfronteer wil word nie. Verpleegkundiges fokus dan eerder net op die fisiese versorging van die kliënt en ignoreer die emosionele aspek. Volgens Harries et al (2009) en WHO (2010) is daar juis bekommernis oor die kwaliteit van die gesondheidsorg wat gelewer word. Volgens Mayers et al (2005:19) word die kliënt as ongemanierd en aanstootlik beskou. Verpleegkundiges doen wat van hulle verwag word om te doen en verlaat die kliënt. Sommige van die verpleegkundiges dink wel dat hierdie gedrag van die kliënt geregverdig kan word as gevolg van die stres wat die kliënt as gevolg van haar besluit ervaar. Verpleegkundiges het ook sekere verwagtings van kliënte soos dat hulle hartseer sal wees en 'n gevoel van verlies na 'n terminasie van swangerskap sal toon. Verpleegkundiges se persepsie is dat vroue apaties is,

nie belangstelling toon nie, argeloos\nonchalant is, aandagsoekend is, 'demanding' is en geen respek vir die gevoelens van die vroedvroue toon nie. Van die verpleegkundiges word daar net verwag om die terminasie van swangerskap uit te voer ongeag hulle gevoelens, omdat dit die reg van die kliënt is. Hierdie aspekte word volgens die verpleegkundige ondersteun deur die kliënt se gebrek om dankbaarheid na die prosedure te toon. ".....none of them say thank you...."(Mayers et al 2005:19). 'n Ontstelde verpleegkundige verduidelik dat sy die kliënte gewaarsku het om nie die toiletfasiliteite te gebruik wanneer dit tyd is dat die fetus verlos moet word nie. Kliënte het hierdie versoek verontagsaam en sy (die verpleegkundige) het hulle toe gevra om self die fetus en die plasenta uit die toilet te verwyder (Mayers et al 2005:20-21). Verpleegkundiges het ook negatiewe gevoelens en is gefrustreerd teenoor kliënte wat terminasies van swangerskappe versoek. Die persepsie van verpleegkundiges is dat kliënte onverantwoordelik optree en nie kontrasepsie gebruik nie, maar terminasie van swangerskap as kontrasepsie aanwend. Volgende jaar kom sommige van hierdie dames weer terug vir nog 'n terminasie van 'n swangerskap. Verpleegkundiges voel dat hul verpleegsorg 'n vermorsing van tyd op hierdie kliënte is. Hierdie ergerlike gevoelens en gefrustreerdheid van verpleegkundiges word vererger as daar persoonlike infertiliteitsprobleme by die verpleegkundige of in sy\haar vriendekring teenwoordig is (Mayers et al 2005:20). Dit blyk uit die literatuur dat sommige verpleegkundiges se persepsie en verwagtinge van kliënte wat terminasie van swangerskap versoek, nie versoenbaar is met dié van die verpleegkundige nie, wat beteken dat interaksie nie doelgerig is nie. Daar is nie openlikheid tydens die uitruil van inligting en gesamentlike ooreenkoms oor die uitkoms van die interaktiewe doel vanuit die kliënt se perspektief nie, gevolglik is daar 'n wedersydse gebrek aan sorgsaamheid, respek, en belangstelling wat interaksie kan verryk (King 1981:86).

Fetus

Interaksie van die verpleegkundige met verwysing na die embrio en fetus is hoofsaaklik gebaseer op die verpleegkundige se persepsie van terminasie van swangerskap en of sy pro-lewe is (par. 1.4) al dan nie. Dit sal haar reaksie tot die embrio of fetus ná die terminasie van swangerskap beïnvloed en indirek ook interaksie met die kliënt beïnvloed. Volgens Dhari (2002:4) wroeg mediese personeel met hul morele waardes wanneer hulle terminasie van swangerskapkliënte moet versorg, naamlik om lewe te bewaar en om onveilige aborties te vermy. Volgens Cignacco (2002:6) het al die vroedvroue in die studie hul ongemak duidelik gemaak dat terminasie van swangerskap 'n verlies van lewe beteken en dat hulle hul gevoelens rakende die ongebore kind onderdruk. Hierdie morele argumente rus op die status van die fetus en die potensiele reg tot lewe teenoor die idee dat die fetus nie 'n mens is nie. Die betrokke verpleegkundige se persepsie rakende die status van die fetus speel 'n

belangrike rol ten opsigte van sy/haar handeling en optrede tydens die proses van interaksie met die kliënt voor en ná die terminasie van die swangerskap. Vervolgens 'n kort opsomming oor die verskillende outeurs se persepsies rakende die status van die fetus. Die vraag is waarom menswees (personhood) belangrik is wanneer daar na die fetus of embrio verwys word tydens terminasie van swangerskap? Volgens Status (2003) is daar vier redes waarom 'menswees' belangrik is nl.

- Die fetus is 'n mens/persoon.
- Dit is verkeerd om 'n mens/persoon te vermoor.
- Tydens aborsie word 'n fetus vermoor.
- Aborsie is prima facie verkeerd.

Vir die meeste mense is die tweede en die derde stelling aanvaarbaar, dus is die probleem rondom die fetus en menswees gesentreer. Volgens Benatar (1994:470) het die konsep 'mens' sekere karaktertrekke soos bewustheid, selfbewustheid, vryheid om volgens eie denke op te tree, vermoë om te redeneer en om oortuigings en waardes uit te leef wat spesiale morele status verskaf. Menswees kan gesien word as "a matter of degree" (i.e. acquired during the process of human development and may be lost as a result of disease, injury or death) wat die definitiewe verwysing van wanneer die mens 'n mens is en wanneer hy/sy nie 'n mens is nie, op die pad van konsepie tot sterfte uitsluit". Susan Sherwin (Status 2003) verwys na fetusse as nie mense nie "because they have not developed sufficiently in their capacity for social relationships....in this way they differ from newborns who immediately begin to develop into persons by virtue of their place as subjects in human relationships...".

Volgens Clarke (1999:470) is die embrio nie 'n mens nie, want dit kan nie verhoudings sluit nie en kan nie (nog nie) dink nie. Hierdie siening sluit aan by Benatar (1999:471) se opsomming van die ontologiese status van die fetus; dat die fetus 'n lewende organisme is, biologies 'n lid van die menslike spesie is en die potensiaal besit om 'n intellektuele, emosioneel volwasse persoon/mens te word. Tóg besit die fetus (nog) nie die bogenoemde karaktertrekke van menswees nie en die 'wees' van menswees is nie dieselfde as werklike\menslike menswees nie. Volgens Benatar (1994:471) is daar ook die matige aanname waar persone\mense gewoonlik die middeweg kies en glo dat aborsie toegestaan kan word wanneer daar 'n goeie rede daarvoor is; byvoorbeeld voor 12 weke gestasie, waar beheer oor terminasie van swangerskap gereguleer (kan) word. Robert George (Debating 2004) verwys na die embrio as "n lewe met potensiaal"; die potensiaal om volwassenheid te bereik. Die baba ontwikkel tot kleuter, tot pri-primêre status, ens. Dit is 'n mens op die vroegste stadium van volwassenheid. Hierdie gevolgtrekking is volgens hom nie van godsdiens afhanklik nie. 'n Mens se siening word egter deur godsdiens beïnvloed en

herinner 'n mens aan die intrinsieke waardigheid van elke mens. Dit wil voorkom of daar uiteenlopende reaksies oor die persepsie van die fetus as persoon is. (Dit is van belang om te besef dat die fetus, volgens die gemene reg, geen wetlike reg en status geniet in Suid-Afrika nie (McQuoid-Mason & Dada 2009:133)). Hierdie persepsies word ook deur elke individuele verpleegkundige beleef tydens haar/sy interaksie met die klënt en embryo of fetus, omdat morele (ver)houdings nie na 'n stel feite verander (reduced) kan word na nie (Hunt 1999:53). Volgens Edge en Groves (1999:200) is dit miskien belangrik dat daar 'n vlak van verdraagsaamheid in hierdie debat bereik word wat die teenoorgestelde siening as verkeerd maar tog as rasioneel insien.

Vervolgens 'n opsomming van verpleegkundiges se belewenisse aangaande die embryo of fetus tydens terminasie van swangerskap. Vroedvroue volgens Cignacco (2002:6) voel ongemaklik oor die terminasie van swangerskap. Dit beteken die verlies van lewe en hulle moet hul gevoelens rakende die ongebore kind onderdruk. Soos 'n vroedvrou opgemerk het, "I always avoid thinking about the child's side...otherwise you just couldn't live with yourself...because you can't carry on doing your work as a midwife like that". Verpleegkundiges het ook 'n probleem met die fisiese interaksie met fetusse post-aborsie waar fetusse wat nog "lewe" in ondersteke of in nierbakkies gelaat word om alleen te "sterf". Volgens Van Heerden (1997:13) soos aangehaal in Poggenpoel et al (1998:5), word fetusse in rooiplastieksakke saam met ander afval verbrand. 'n Verpleegkundige verduidelik hoe sy en 'n verpleegster die fetus ".....covered with an incontinence sheet and put it in the sluice room and watched how this poor little thing was gasping for breath.....", ervaar het. 'n Ander verpleegkundige het opgemerk dat "...the body still felt warm and you had to go and put it in the fridge...". Nog 'n verpleegkundige het opgemerk dat sy nie alleen die terminasie van swangerskap wil uitvoer nie, dat sy gemakliker voel as 'n kollega by haar is, dat dit nie aangenaam is om die naelstring van 'n fetus te knip as jy alleen is nie, veral as die fetus soms lewe toon (Mayers et al. 2005:20,22). Dit blyk dat dokters dieselfde ervarings as verpleegkundiges beleef. Volgens Swenson et al (1994:220) is ginekoloë van mening dat die fetus as 'n pasiënt gesien word wanneer dit lewensvatbaar is. As die fetus pre-lewensvatbaar is, word dit net as 'n pasiënt gesien indien die moeder hierdie status aan die fetus toeken. Aborsie van 'n lewensvatbare fetus word nie as aanvaarbaar beskou nie, behalwe in geval van genetiese afwykings. Volgens Caldas da Costa en Donald (2003:16) voel sommige dokters dat hul mediese rol en verantwoordelikhede ten opsigte van die moeder en fetus verskil. Die helfte van die respondente in die studie het die verantwoordelikhede as tweeledig gesien, wat beide partye insluit en die ander helfte respondente het moederlike behoeftes eerste gestel. Vir sommige verpleegkundiges en mediese personeel blyk die interaksie met die embryo of fetus 'n negatiewe ervaring te wees.

Kollegas

Verpleegkundiges se interaksie met kollegas kom oor die algemeen as negatief voor, met min of geen ondersteuning nie en word soms deur bestuur en kollegas geviktimizeer (Varkey en Fonn 1996:6; Wall 2000:8; WHO 2010). 'n Verpleegkundige het die opmerking gemaak dat sy deur kollegas verban word, dat hulle nie haar kliënte versorg nie, sy het geen vriende nie, niemand praat met haar nie en dat sy by die werk geviktimizeer word (Abortion 2000: 13). Volgens Engelbrecht et al (2000:5) is 4 uit 11 respondente (verpleegkundiges) van die studie deur kollegas geteister. Volgens Mayers (2005:22) word persoonlike konflik dikwels beleef as gevolg van die houding van mede-werkers. Volgens Mhlanga (2002:18) verlaat baie verpleegkundiges diens as gevolg van intimidasie deur bestuur en kollegas. Volgens Cueller (2002:11) distansieer fasiliteitsbestuur hulself van die diens en die personeel. Interaksie tussen kollegas kom voor as onvoldoende en negatief met geringe kollegiale ondersteuning.

Belangrike ander

Belangrike ander elemente sluit in: die gemeenskap, vriende en familie en lewensmaats van die verpleegkundiges. Hulle is soms geheimsinnig rakende hul werksaamheid in terminasie van swangerskapafdelings as gevolg van die houding van ander betrokkenes. Volgens Rebelo (2002:42) hou hulle dit 'n geheim van families en kerklidmate. Verpleegkundiges staan ook bekend as moordenaars en "baby killers" en moet op 'n daaglikse basis met hierdie mishandeling en viktimisering saamleef. Baie verpleegkundiges maak dan as gevolg van viktimisering van familieledes nie aan hulle bekend waar hul werk nie. 'n Verpleegkundige se kind is toegesnou "your mom's a baby killer" (Gmeiner en Van Wyk 2000:9). 'n Verpleegkundige het erken dat sy 'n baie ondersteunende lewensmaat het, maar sy voel dat die aangeleendheid vir hom ook te veel kan raak. Sommige van die verpleegkundiges se lewensmaats is glad nie bewus van die tipe werk wat hul doen nie. Een verpleegkundige het haar lewensmaat ingelig, hy het voorgestel dat sy van werk verander, maar sy het volhard. 'n Ander verpleegkundige wou haar ouers oor haar werk inlig, maar daar was teenkanting en sy het geen verdere inligting verskaf nie (Mayers et al 2005:23). Verpleegkundiges word ook deur gemeenskapslede verwerp (Mokgethi et al 2006:38). Tog, volgens Serobe (2002:9) het vroedvroue ten spyte van die moeilike omstandighede waarin hulle werk, positiewe terugvoer van die gemeenskap ontvang. Volgens Mhlanga (2002:18) verlaat baie verpleegkundiges die diens as gevolg van weerstand van die gemeenskap. Volgens 'n Kanadese studie was die mees algemene vorm van teistering vreedsame optogte (picketing). 54% By die hospitale en 18% vreedsame optogte by personeel se huise of privaat kantore (Ferris, Mc Main-Klein en Iron 1998: 137). Dit blyk dat verpleegkundiges wat in terminasie van swangerskapafdelings werksaam is, baie eensaam binne die

werksomgewing is en interaksie kom oor die algemeen as negatief voor met onvoldoende doelwitbereiking.

3.6.3 Kommunikasie

King beskryf ook kommunikasie (par.2.5.2) as intrapersoonlik. Dit affekteer die individu se interpersoonlike kommunikasies sowel as sosiale kommunikasies (uitruiling of interpretasie/persepsie van die omgewing) (George 2002:246; King 1981:69-75) soos van toepassing vir hierdie studie in die terminasie van swangerskappe. Intrapersoonlike kommunikasie in hierdie studie verwys na die konstante 'gesprek' tussen die persoon in konteks (verpleegkundige) en sy\haar gewete. Hierdie 'gesprek' het tydsimplikasies: die verlede, die hede en die toekoms. In (par. 3.6.1) word daar verwys na die verpleegkundige se konstante intra- en- persoonlike-interaksie rakende haar rol en die rolkonflik wat konstant deur sommige verpleegkundiges beleef word as gevolg van hul persepsie aangaande terminasie van swangerskap. Die verpleegkundige se gewete het 'n "verlede"-oorsprong, wat gedurig in interaksie is en besluite met toekomstige gevolge beïnvloed. Dit kan haar\sy werk asook toekomsbesluite affekteer (par. 3.5.5).

Dikwels ervaar sommige verpleegkundiges geen hoop meer vir die toekoms in die terminasie van swangerskapafdeling nie en beplan om die diens te verlaat.

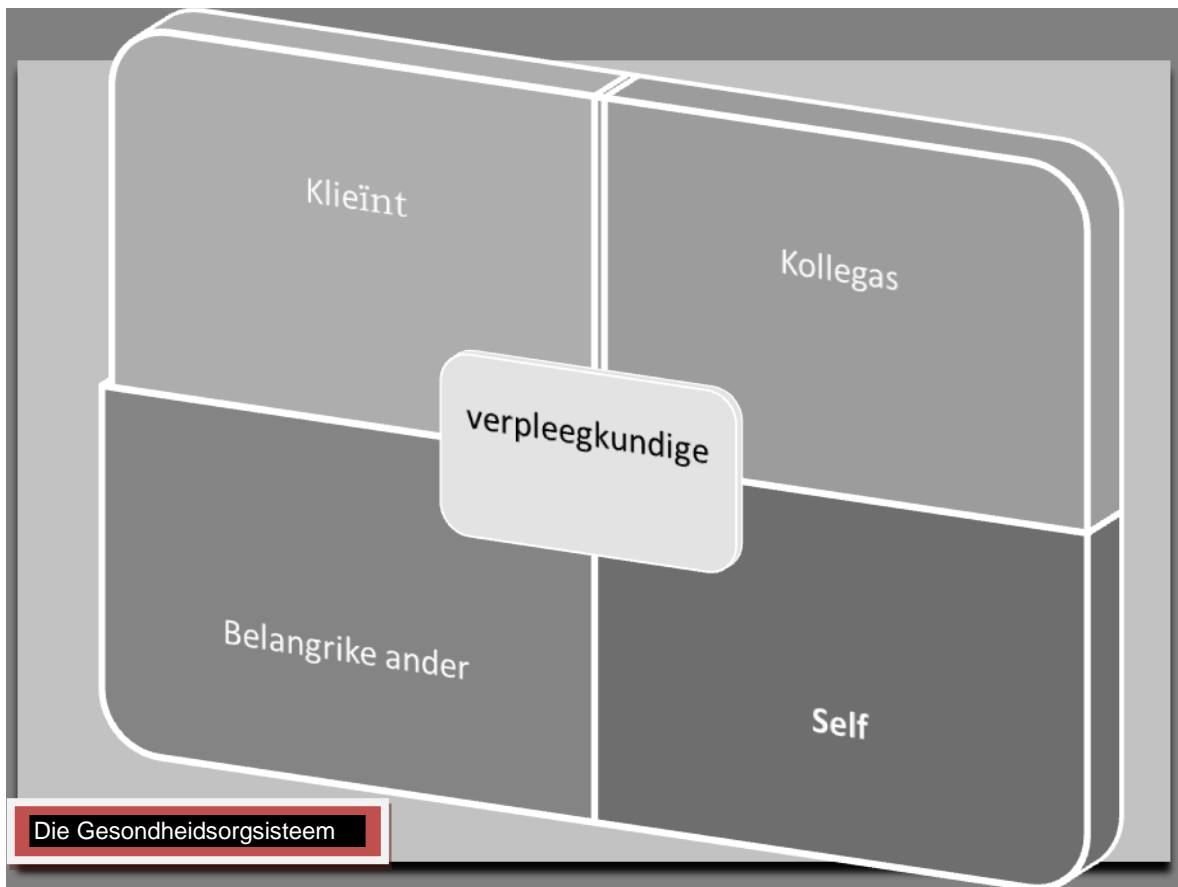
Verpleging as 'n persoonlike, interpersoonlike en sosiale sisteem, vereis kommunikasievaardighede, wat deur verpleegkundiges gebruik word om akkurate inligting vanaf kliënte, familie en kollegas te kry. Kommunikasievaardighede is natuurlik ook van kardinale belang tussen die verpleegkundige, haar/sy werkgewer asook wetgewing sodat gesamentlike doelstelling en doelwitbereiking kan plaasvind (King 1981:75-79). Paragraaf (3.5.1) verwys na die verpleegkundige se persepsie van terminasie van swangerskap en hoe hierdie persepsie die verpleegkundige as persoon affekteer en indirek haar gesindheid en gevoelens beïnvloed. Hierdie persepsie beïnvloed ook verbale en nie-verbale kommunikasie met die kliënt, kollegas en ander betrokke persone (par.3.6.2). Kommunikasie met die kliënt word ook deur die verpleegkundige se kommunikasievaardighede beïnvloed. In paragraaf (3.5.4) word daar na tekortkominge van verpleegkundiges verwys wat in terminasie van swangerskapafdelings werksaam is. Die genoemde paragraaf verwys ook na gepaardgaande behoeftes aangaande beradingstegnieke waarvan kommunikasievaardighede die belangrikse faktor is. Paragraaf (3.7.1) verwys na die verpleegkundige se kommunikasie met hoër gesag wat deur haar persepsie van die wetlike aspekte beïnvloed word. Tydens die verpleegkundige se werksaamhede in terminasie van swangerskapafdelings, moet vasgestel word of hy\sy

gewetensbesware het of nie. Kommunikasie vir hierdie studie vorm dus die basis vir intrapersoonlike interaksie (verpleegkundige met gewete; wat 'n belangrike rol tydens persepsie-vorming gedurende terminasie van swangerskappe speel) en interpersoonlike interaksie met belangrike betrokkenes waarsonder die transaksie nie kan plaasvind nie.

3.6.4 Transaksie

Transaksie(s) (par. 2.5.2) is 'n reeks wisselwerkings tussen individue en individue en die omgewing en sluit waarneembare gedrag in. Transaksies is gemik op die bereiking van doelwitte wat waardevol vir deelnemers is (Frey en Norris 2006:185; George 2002:246; King 1981:80-82). Vir hierdie studie vind transaksie plaas tussen (Fig. 3.2), die verpleegkundige en die *self*, kliënt, kollegas, en ander betrokkenes binne die raamwerk van die gesondheidsorgsisteem. Transaksies is betrokke as refleksie op gebeure tussen die verpleegkundige en die *self* (par. 3.5.2). Sou die verpleegkundige depersonalisering beleef en die *self* daardeur geraak word, kan transaksies nie plaasvind nie. Selfbeeld en selfkonsep is van die belangrikste bepalende faktore van gedrag. Verpleegkundiges met sterk selfbeelde mag pasiëntsorg meer positief beïnvloed, terwyl verpleegkundiges met negatiewe selfbeelde pasiëntesorg meer negatief beïnvloed. 'n Betekenisvolle transaksie kan dus nie plaasvind nie (par. 3.5.2). Die kliënt versoek 'n terminasie van swangerskap (soek bystand) binne die gesondheidsorgsisteem (Fig. 3.2) (wat die Menseregte Handves, wetlike raamwerk, regulasies van die SARV, filosofiese raamwerk van verpleging in SA en die etiese kodes van verpleging insluit). Die belangrikste is die verpleegkundige as individu wat die hulp en bystand aan die kliënt wat terminasie van haar swangerskap versoek, moet verleen. Die transaksie tussen die verpleegkundige en kliënt (Fig.3.2) mag moontlik nie plaasvind nie vanweë die verpleegkundiges se opponering van terminasie van swangerskap. Dit kan uit moontlike gewetensbesware (par.3.7.1.) ontstaan wat haar\sy persepsie van terminasie van swangerskap (par. 3.5.1, 3.5.1.2) en haar\sy houding jeens die kliënt beïnvloed. Transaksie is ook belangrik tussen verpleegkundige, die werkgewer asook die wetgewer. Die verpleegkundige funksioneer (Fig 3.2) binne wetgewing en moet aan die werkgewer se vereistes voldoen. Met verwysing na paragraaf (3.7.1), moet die verpleegkundige ten spyte van gewetensbesware soos deur die SARV uiteengesit, sekere pligte ten opsigte van die terminasie van swangerskap teenoor die kliënt nakom. Die verpleegkundige word dus nie veel van 'n keuse gelaat nie en moet binne die riglyne van die gesondheidsorgsisteem funksioneer. Dit kan konflik tussen aanspreeklikheid tot die formele organisasie en professionele aanspreeklikheid en persoonlike\gewete-aanspreeklikheid (par.3.7.1.1) veroorsaak. Geen transaksie kan plaasvind nie. As gevolg van die verpleegkundige se persepsie van terminasie van swangerskap, mag die gesamentlike verwysingsraamwerk (tussen rolspelers (Fig. 3.2)) nie voltrek word nie. Wanneer

transaksies nie plaasvind nie, word doelwitte nie bereik nie of alternatiewe doelwitte word dan bereik.



Figuur 3.2: Transaksie binne die terminasie van swangerskapafdeling

3.7 SOSIALE SISTEEM

Die sosiale sisteem van King se drie sisteme kan as die oorkoepelende sisteem van die interpersoonlike- en persoonlike sisteme gesien word. Die sosiale sisteem kan beskryf word as 'n georganiseerde sisteem wat onder andere riglyne daarstel oor die manier om sosiale rolle te vervul; gedrag en praktyke daar te stel wat ontwikkel is om waardes in stand te hou en meganismes om praktyke en reëls te reguleer (King 1981:115). Die konsepte wat verband hou met die sosiale sisteem, naamlik organisasie, mag, outoriteit, status, besluitneming en rol (vir hierdie studie is deel van die interpersoonlike sisteem bespreek), word vervolgens bespreek (Frey en Norris 2006:185-6; George 2002:247; King 1981:113-115; King 1992:20; Pearson et al 1996:151). Vir hierdie studie sal die sosiale sisteem soos in King se Konseptuele raamwerk uiteengesit, gebruik word om die wetlike aspekte rakende terminasie van swangerskap met die verpleegkundige as fokuspunt aan te bied..

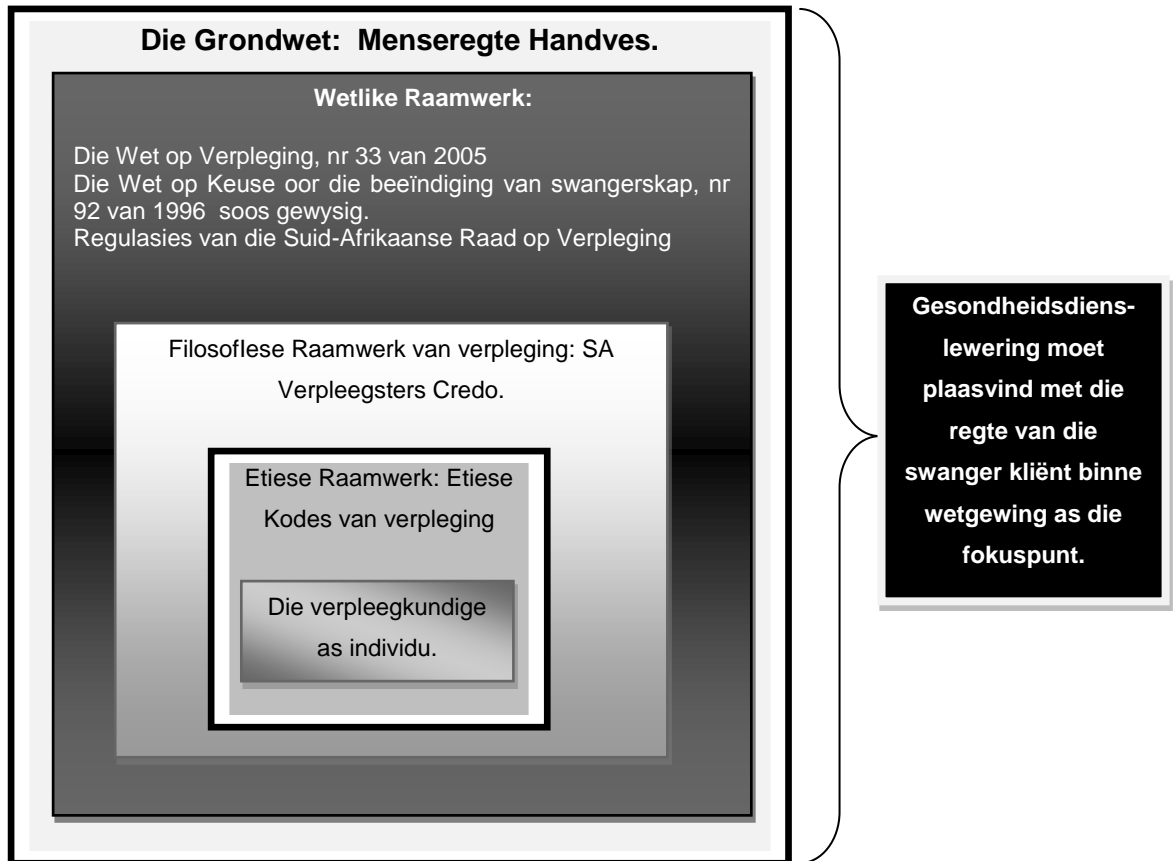
3.7.1 Organisasie: Gesondheidsorgdiens

Organisasies is saamgestel uit mense met voorgeskrewe rolle en posisies wat bronne aanwend om persoonlike en gemeenskaplike doelwitte te bereik (King 1981:119). Die gesondheidsdiens wat die terminasie van swangerskapafdelings insluit, vorm die organisasie waarbinne mense sekere bronne aanwend om persoonlike en organisatoriese doelstellings na te streef. Individue (die verpleegkundiges) spandeer hul lewens grotendeels in organisasies. Hierdie verpleegkundiges koördineer die meeste van die funksies wat verband hou met kliëntediens in gesondheidsorgdienste volgens riglyne deur die organisasie daargestel.

Die organisatoriese omgewing voorsien die sosiale mag wat persoonlike kwaliteite en gewoontes vorm. King (1981:116) stel die volgende parameters vir organisasie voor:

1. Individue in die sisteem se waardes, gedragspatrone, verwagtings en behoeftes, wat haar\sy persoonlike en waardesisteme ekstern tot die organisasie (gesondheidsorgdiens) betrek, byvoorbeeld persoonlike-, geloofs- en etiese oortuigings, soos in (par. 3.5.1) persoonlike sisteme vir hierdie studie.
2. 'n Natuurlike omgewing waarbinne materiële en menslike hulpbronne essensieel vir doelwitbereiking is, die menslike hulpbronne waarna in hierdie studie verwys word, is die verpleegkundige as respondent soos in (par. 3.5.1) bespreek.
3. Individue (persoonlike sisteme) as sulks wat in die sisteem (sosiale) binne die raamwerk van wetgewing funksioneer, professionele kodes en beleid soos van toepassing op die verpleegkundige as respondent vir hierdie studie wat essensieel vir doelwitbereiking is, sal vervolgens bespreek word.
4. Tegnologie wat doelwitbereiking fasiliteer, is nie van toepassing op hierdie studie nie.

Professionele wetlike raamwerk waarin die verpleegkundige binne die organisasie funksioneer



Figuur 3.3: Die wetlike raamwerk waarbinne 'n verpleegkundige funksioneer in 'n terminasie van swangerskapafdeling

3.7.1.1 Die wetlike raamwerk waarbinne die verpleegkundige funksioneer in die organisasie in Suid-Afrika

Verpleegkundiges het 'n wetlike raamwerk waarbinne hul funksioneer en binne hierdie raamwerk het hulle 'n sekere outoriteit (par. 2.5.3), mag (par.2.5.3) en status (par.2.5.3). Die outoriteit (par. 2.5.3 en 3.7.2) van verpleegkundiges in die gesondheidsorgdiens is tweeledig: eerstens, verpleegkundiges het wetlike outoriteit gegrond op lisenasiering om te kan praktiseer (King 1987:124-125), die *afhanklike funksie*. Hierdie afhanklike funksie verwys na haar afhanklikheid van die Wet op Verpleging wat haar magtig om as verpleegkundige te praktiseer, die gemene reg en ander toepaslike wette soos die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, (Wet no. 92 van 1996) soos gewysig, (Wet no. 1 van 2008) (KOBW-Wet). Die verpleegkundige mag 'n voorskrif van die geneesheer ontvang, afhanklike

funksie, maar die oomblik wanneer sy die voorskrif as professionele persoon uitvoer, is sy aanspreeklik vir haar daad en versuime (Searle en Medlen 1983:31,32 soos in Du Toit en Van Staden 2009:78, Vlok 2003:49). Tweedens deleger die gesondheidsorgdiens outoriteit na die toesighouers om besluite te neem wat weer die verpleegkundiges beïnvloed (King 1987:124-125), die *interafhanklike funksie*. Hierdie interafhanklike funksie van die verpleegkundige verwys juis na die wedersydse verhouding tussen die verpleegkundige, die pasiënt, sowel as tussen die verpleegkundige en ander lede van die interdisciplinêre gesondheidspan (Searle en Medlen 1983:34,35 soos in Du Toit en Van Staden 2009:78-79). Vervolgens word die riglyne bespreek waarin verpleegkundiges funksioneer wat in terminasie van swangerskapafdelings in die Wes-Kaap, Suid-Afrika werksaam is.

3.7.1.1.1 Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, (Wet no. 92 van 1996) soos gewysig, (Bylae 1a)

Die KOBW-Wet verskaf aan die swanger vrou (insluitende die verwagte kind par.3.7.1.1.1) die reg om binne die Wet 'n terminasie van swangerskap te versoek. Dit lei onmiddellik tot die vraag: 'wat is die reg van die verpleegkundige?' Wat is die reg van die verpleegkundige tot gewetensbeswaar, die reg om te weier om 'n terminasie van swangerskap uit te voer? Word haar/sy beginsels en geloofsoortuigings in ag geneem? Wat is die regte van die verpleegkundige wat wel terminasies van swangerskappe wil uitvoer, maar wat as gevolg van viktimisasie en diskriminasie deur mede-personeellede met gewetensbesware teen terminasie van swangerskap verhoed word om dit uit te voer (O'Sullivan 2002: 5)? Die reg tot gewetensbesware is saamgevat in die Grondwet van Suid-Afrika (1996:8) in Afdeling 15. Hierdie reg sluit die reg vir die verpleegkundige in om nie 'n terminasie van swangerskap uit te voer nie. Hierdie reg beskerm die morele outonomie van beide groepe, maar die swanger vrou het steeds die reg tot morele outonomie waar sy (die swanger vrou) 'n keuse kan maak volgens haar geloofsoortuigings. Sy het ook reprodktiewe outonomie en nie net die enkele reg van gewetensbeswaar nie. Tog maak die KOBW-Wet nie voorsiening vir die reg van die verpleegkundige tot gewetensbesware nie. Riglyne is wel uiteengesit ten opsigte van die verwagte pligte en optrede van die verpleegkundige ten opsigte van die wet (Naylor en O'Sullivan 2005:12). Paragraaf 10(1)(c) van die KOBW-Wet maak voorsiening dat "enige persoon wat die regmatige beëindiging van 'n swangerskap verhoed of toegang tot 'n fasiliteit vir die regmatige beëindiging van 'n swangerskap verhoed", aan 'n misdryf skuldig is. By skuldigbevinding is die persoon strafbaar met 'n boete of met gevangenisstraf vir 'n tydperk van hoogstens 10 jaar (Suid-Afrika 1996:9). Dit kom voor asof hierdie afdeling viktimisasie en diskriminasie van verpleegkundiges wat gewillig is om swangerskappe te termineer, beskerm. Verder verwag

die staat van verpleegkundiges om nie-verpligte en nie-voorskrywende voorligting voor en na die terminasie van swangerskap aan die kliënt (sluit die kind in par.3.7.1.1.1.1) te verskaf. Dit beperk die reg tot gewetensbesware van die kant van die verpleegkundige, asook die reg tot vryheid van spraak (expression) soos uiteengesit in die Grondwet, Afdeling 16 (Suid-Afrika 1996:9). In die Regulasies van die KOBS-Wet, paragrawe 2,3,4 en 5 is 'n duidelike uiteensetting van die inligting waarop die kliënt geregtig is naamlik:

- a) dat sy 'n reg het tot 'n terminasie van swangerskap binne die eerste 12 weke van gestasietyd
- b) dat 'n swangerskap beëindig kan word vanaf 13 tot 20 weke gestasietyd volgens omstandighede en voorwaardes soos in die KOBS- Wet uiteengesit
- c) dat net die swanger vrou se toestemming nodig is vir die terminasie van swangerskap.
- d) dat voorligting soos uiteengesit in die KOBS-Wet beskikbaar moet wees
- e) dat die ligging van die terminasie van swangerskapdienste beskikbaar sal wees (Suid-Afrika 1996:5-9, Naylor en O`Sullivan 2005:12).

Dit kom voor asof die verpleegkundige se reg tot gewetensbesware en vryheid van spraak, beperk word deur die KOBS-Wet en die Regulasies tot die Wet. Die verpleegkundige moet inligting voorsien sodat die swanger vrou haar regte binne die KOBS-Wet kan uitoefen. In die afwesigheid van die geweteklousule blyk dit dat die swanger vrou se reg belangriker is as die regte van die gesondheidswerkers ten opsigte van syhaar godsdiens oortuigings en morele waardes (Slabbert 2001:742-743).

Daarby kan 'n verpleegkundige skuldig bevind word aan 'n misdryf en gestraf word sou 'n swanger vrou se toegang tot 'n terminasie van swangerskap verhinder word of 'n terminasie van swangerskap verhoed word. Die KOBS-Wet, volgens Naylor en O`Sullivan (2005:12-13), beskerm die verpleegkundige ten opsigte van die reg tot vryheid van gewete sover die uitvoer van 'n terminasie van swangerskap aangaan, maar nie in terme van die verskaffing van inligting aan die kliënt nie, ingesluit beskikbare fasiliteite en toepaslike verwysings. Hierdie reg beskerm ook nie ander verpleegkundiges teen gesondheidswerkers wat hulle kan verhoed om terminasies van swangerskappe uit te voer deur viktimisasie, diskriminasie of teistering nie. Hierdie reg voorsien ook nie beskerming teen gesondheidswerkers in die publieke sektor wat lang waglyste, verpligte- en voorskrywende voorligting bied om kliënte van terminasies van swangerskappe te laat afsien nie. Vervolgens kan daar afgelei word dat die verpleegkundige in Suid-Afrika ten opsigte van terminasie van swangerskap net die reg het om te weier om swangerskappe tot en met 12 weke gestasietyd te termineer. Holistiese verpleegsorg moet egter aan die kliënt verskaf word soos in die KOBS-Wet uiteengesit is. Regulasies wat gegrond is op die uiteensetting in die Grondwet dat geen reg in die

menseregte handves absoluut is nie, bepaal dat die Grondwet voorsiening maak dat alle regte beperk kan word in terme van die wet tot algemene aansoek. Die beperking moet redelik en regverdigbaar wees, in 'n oop en demokratiese samelewing gebaseer op menswaardigheid, gelykheid en vryheid, met inagneming van sekere faktore soos in die Grondwet (Suid-Afrika 1996:18) uiteengesit. Gevolglik is dit toelaatbaar dat daar beperkinge kan wees op die verpleegkundige se reg tot gewetensbeswaar. Dit laat 'n mens nog steeds by die vraag: “wat is die reg van die verpleegkundige as individu (persoonlike sisteem par.3.5)?” Is die sogenaamde regte wat moontlik daar is, werklik van betrekking en is dit toepaslik binne die terminasie van swangerskapafdeling?

3.7.1.1.1. Die swanger kind

Dit is van belang om kortliks die stand van sake in Suid-Afrika ten opsigte van die regte van die swanger kind te bespreek, aangesien vir hierdie studie die term “kliënt” die swanger kind insluit. Dit is belangrik om te besef dat die swanger kind se toestemming tot 'n terminasie van swangerskap nie gereguleer word deur die Kinderwet no. 38 van 2005 soos gewysig nie, maar deur die KOBS-Wet. Al is die terminasie van swangerskap “mediese behandeling” of ‘n “chirurgiese prosedure” (afhangende van die gestasietydperk van die swangerskap), is paragraaf 129 van die Kinderwet nie hier van toepassing nie. Paragraaf 5 van die KOBS-Wet (lees met die definisie van ‘n “vrou” in afdeling 1) dat ‘n vrou van enige ouderdom toestemming kan gee vir 'n terminasie van swangerskap. Slegs haar toestemming word verlang. Dit beteken dan dat daar geen ouderdomsbeperking gespesifiseer is in die wet ten opsigte van die kind se wetlike kapasiteit tot toestemming tot 'n terminasie van swangerskap nie. Dit is belangrik om te besef dat die vermoë om toestemming te verleen, afhang van die vermoë om 'n intelligente ingeligte besluit te neem en die implikasies van die besluit te verstaan. Die swanger kind moet wetlik toestemming gee. Verpleegkundiges in terminasie van swangerskapafdelings moet dus elke kind individueel evalueer om die kind se vermoë te bepaal om geldige toestemming te gee. En hierdie beraming moet op die beste belang vir hierdie kind fokus (Mahery, Proudlock & Jamieson 2010:10-11, Suid-Afrika 2005:90-91, Suid-Afrika 1996:4-6). Volgens afdeling 5(3) van die KOBS-Wet (Suid-Afrika 1996:5-6), moet die swanger kind ingelig word om haar ouers, familie, voog of vriende te konsulteer voor die swangerskap getermineer word; met die voorsiening dat die terminasie van swangerskap nie geweier mag word indien die swanger kind weier om hierdie persone te konsulteer nie (McQuoid-Mason & Dada 2009:1). Die swanger kind is dus geregtig op bogenoemde inligting (par. 3.7.1.1.1), maar op 'n vlak wat dit vir haar verstaanbaar maak, die behoeftes van 'n gestremde kind wat moontlik die verwagte kliënt kan wees, in ag genome (Suid-Afrika 2005:36).

3.7.1.1.2 Die Wet op Verpleging Nr. 33 van 2005 (Suid-Afrika 2005)

Hierdie wetgewing is daar om die verpleegprofessie te reguleer en om in aangeleenthede wat daarmee verband hou, te voorsien. Elke praktiserende verpleegkundige in Suid-Afrika insluitende verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskapafdelings, moet by die SARV as 'n verpleegkundige geregistreer wees, soos gestipuleer in paragraaf 31 (Suid-Afrika 2005:6,34-36). Die verpleegkundige wat 'n terminasie van swangerskap tot en met 12 weke gestasie uitvoer, is geregistreer as 'n professionele verpleegkundige of vroedvrou by die SARV met of sonder die kwalifikasie om terminasie van swangerskapprosedure uit te voer tot en met 12 weke gestasie, soos in paragraaf 1(c en d), gestipuleer soos verwys in Wet No 92 van 1996 soos gewysig (Suid-Afrika 2008:2).

3.7.1.1.3 Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV)

Die SARV is 'n statutêre reguleringsliggaam en bestaan in terme van die Verpleeg-Wet, Nr. 33 van 2005 (Suid-Afrika 2005:9-15) en is verantwoordelik vir die regulering van verpleging in Suid-Afrika, in terme van standaardstelling, onderrig en opleiding asook vir praktyk standarde en die registrasie van verpleegkundiges. Daarom het die SARV ook etiese riglyne opgestel wat op verpleegkundiges ten opsigte van terminasie van swangerskap van toepassing is:

- a) 'n Verpleegkundige mag weier om deel te neem aan die aksie van uitvoering van 'n terminasie van swangerskap.
- b) 'n Verpleegkundige mag weier om die produkte van konsepsie te verwyder of weg te doen.
- c) 'n Verpleegkundige mag die werkgewer betyds skriftelik in kennis stel van haar/sy weiering om bogenoemde te doen sodat ander personeel bekom kan word (Denosa 1997:5).
- d) Die geregistreerde verpleegkundige het die reg tot vryheid van gewete. Sy/hy mag nie poste geweier word ten opsigte van deelname of nie-deelname aan terminasies van swangerskappe nie. Sulke optrede is onbillike arbeidspraktyke (Denosa 1997:5).
- e) Die geregistreerde vroedvrou en verpleegkundige mag nie geforseer word tot direkte deelname aan 'n terminasie van swangerskap nie. Byvoorbeeld in die geval van: die teaterverpleegkundige wat 'n intraveneuse infusie moet opstel vir induksie van 'n terminasie van swangerskap, uitvoering van die voorskrif van 'n mediese dokter vir orale of intraveneuse medikasie of om die terminasie van swangerskap uit te voer nie (Denosa 1997:5).

Ten spyte van enige gewetensbesware **moet** die verpleegkundige die volgende aspekte nakom, want volgens die Grondwet, Afdeling 27 (Suid-Afrika 1996:13) het elke persoon die

reg tot gesondheidsorg en die reg tot noodbehandeling. Die verpleegkundige het dus nie die reg om hierdie noodbehandeling te weier nie. Die SARV maak ook voorsiening vir regulasies in die Bestek van Praktyk, waarvolgens die verpleegkundige moet optree. Dit word vervolgens bespreek.

- Verpleegsorg (beraming, beplanning, implementasie, monitering en evaluering).
- Basiese bystand met daaglikse lewensaktiwiteite.
- Emosionele, fisiese en psigologiese ondersteuning.
- Voorgeskrewe medikasie toedien.
- Gemak voorsien en pynhantering toepas.
- Toepaslike verwysing van kliënt waar nodig.
- Die reg van die swanger vrou tot vryheid van keuse moet deur die verpleegkundige respekteer word, bevooroordeelende en voorskriftelike gedrag ten opsigte van die swanger vrou se besluit, is nie aanvaarbaar nie.
- Verpleegkundiges moet die vrou se waardigheid behou en respekteer (Denosa 1997:5; Department of Health, Western Cape, Circular Number: H157/2010; Naylor en O`Sullivan 2005:18).

Verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskapafdelings moet die bogenoemde aspekte nakom, daar is geen ander keuse nie of hierdie aspekte teen haar persoonlike en geloofsoortuiging indruis al dan nie.

3.7.1.1.3.1 SARV Regulasies in die Bestek van Praktyk

Die Regulasies in die Bestek van Praktyk soos van toepassing op hierdie studie:

- **R2598 (30 November 1984): Regulasies betreffende die bestek van praktyk van persone wat kragtens die Wet op Verpleging geregistreer of ingeskryf is**

“Die omvang van die praktyk van die geregistreerde verpleegkundige word hierin uiteengesit en behels sekere handeling of prosedures wat deur middel van wetenskaplike gefundeerde fisiese, chemiese, psigiese, sosiale, opvoedkundige en tegnologiese metodes op gesondheidspraktyk uitgevoer kan word” (R2598: Paragraaf 2). Opsommenderwys beteken dit vir hierdie studie dat die verpleegkundige die kliënt wat ‘n terminasie van swangerskap ondergaan, moet versorg. Sy het net ‘n keuse ten opsigte van deelname aan die uitvoer van die prosedure.

- **R387 (15 Februarie 1985) Reëls wat die handeling en versuime, ten opsigte waarvan die raad tugstappe kan doen, uiteengesit**

Dit is belangrik dat die verpleegkundige kennis dra van die handelinge en versuime ten opsigte waarvan die raad tugstappe kan doen, sodat sy binne die korrekte riglyne kan optree. Vervolgens word aspekte bespreek met verwysing na die praktyk van die geregistreerde verpleegkundige waarbinne sy moet optree:

- a) “Opsetlike of nalatige versuim om sodanige handelinge ten opsigte van die diagnosering, behandeling, versorging, voorskryf, samewerking, verwysing, koördinerings en pasiëntvoorspraak as wat die bestek van sy/haar beroep toelaat, uit te voer” (R387, Paragraaf 3).
- b) “Opsetlike nalatige versuim om die gesondheidstatus van ‘n pasiënt wat onder sy sorg of beheer is, te handhaaf en om die naam, persoon en besittings van so ‘n pasiënt te beskerm” (R387, Paragraaf 4).
- c) Professionele geheimhouding, wat beteken dat ‘n verpleegkundige geen inligting aangaande ‘n pasiënt bekend mag maak nie (R387, Paragraaf 15(1)).
- d) ‘n Verpleegkundige mag ook nie versuim om geneeskundige hulp met verwysing na ‘n pasiënt te verkry, te verwys nie of om te doen wat hy/sy kan om lewensreddende maatreëls toe te pas en pyn en lyding te verlig nie (R387, Paragraaf 22). Sou die verpleegkundige werksaam in ‘n terminasie van swangerskapafdeling nie aan die bogenoemde vereistes voldoen nie, kan daar tugstappe teenoor haar/hom geneem word.
- e) “‘n Verpleegkundige mag ook nie onregverdige insinuasies, uitdrukkings of by implikasie, op die eerbaarheid of professionele reputasie, vaardigheid, kennis, dienste of kwalifikasies van enige persoon wat onder die Wet of enige ander wet geregistreer of ingeskryf is, maak nie.” (R387, Paragraaf 23). Dit beteken dat professionele viktimisasie (par.3.5.1.2) in terminasie van swangerskapafdelings nie mag plaasvind nie en tugstappe kan geneem word indien sodanige optrede bekend sou wees of sal raak.

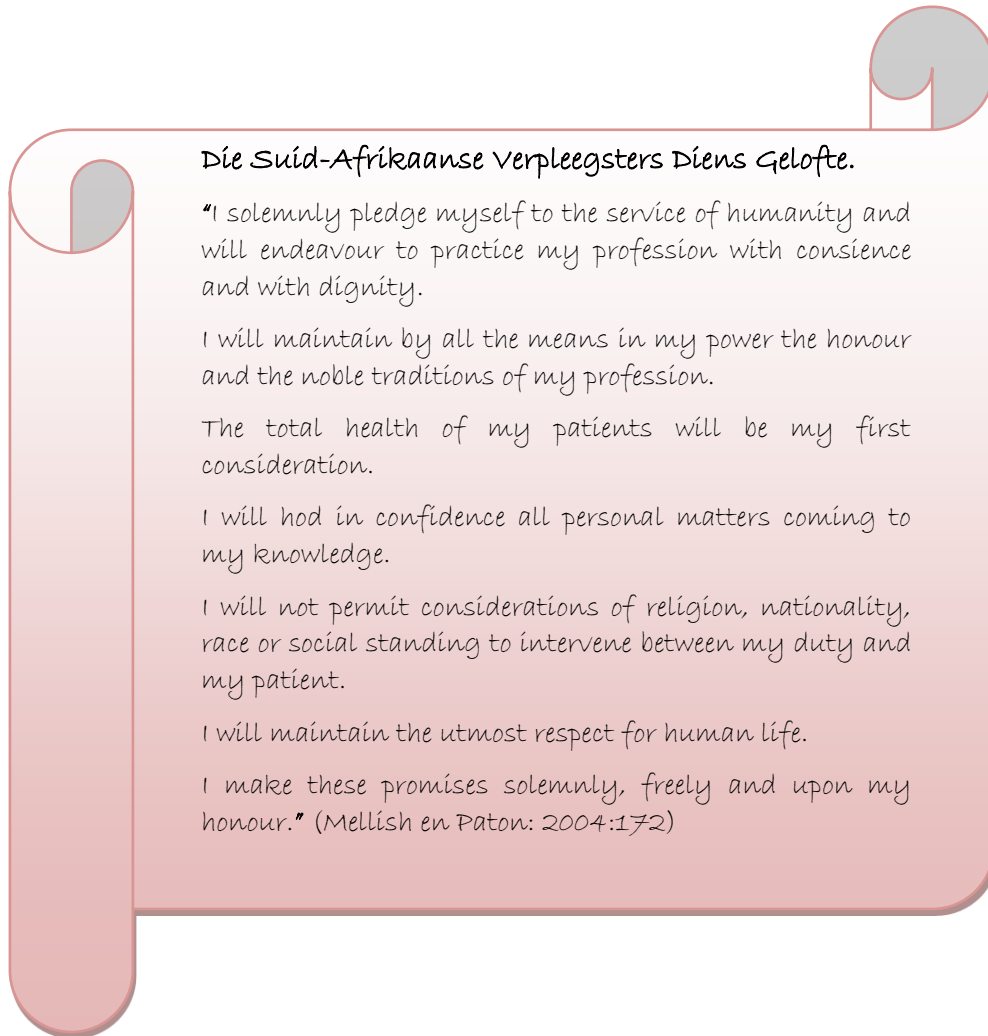
3.7.1.1.3.2 Filosofiese raamwerk van verpleging in Suid-Afrika

Die individuele verpleegkundige se daaglikse verpleegsorg word bepaal deur sy of haar filosofie, idees en sienings van die lewe, verpleging, die pasiënt, gesondheid en siekte. Dit is dus vir elkeen belangrik om sy persoonlike filosofie asook sy professionele filosofie uit te klaar. Die filosofie van verpleging in Suid-Afrika is deur Professor Charlotte Searle in 'n Credo opgesom en sy het die filosofiese bakens vir verpleging as volg beskryf (Mellish en Paton 2004:10):

- *'n Geloof in die essensiële betekenis en waarde van alle menslike lewe.*
- *Die erkenning van die uniekheid van elke mens se lewe.*
- *Die verantwoordelikheid wat die Opperwese in die hande van die mens tot sy medemens geplaas het.*
- *Die vertroue dat daar altyd 'n innerlike krag sal wees wat 'n mens sal help om voort te gaan en om die regte besluite te neem.*
- *'n Behoefte om 'n waardige diens aan die mensdom en die mediese wetenskap te lewer.*
- *'n Aanvaarding dat verpleging instrumentele en ekspressiewe dimensies het en dat dit nie die siekte is wat van belang is nie, maar die pasiënt wat deur die siekte bedreig word.*
- *Alle struikelblokke in die voorsiening van gesondheidsorg asook in pasiëntverpleegkundige verhouding te probeer oorkom.*
- *Verandering en bewaring. Bewaring van 'n belangrike menslike lewe en bystand tot diegene wat deur verandering geraak is.*
- *Dat verpleging altyd die doel tot voorkoming, bevordering, verandering, balans en bewaring sal nastreef.*
- *Hulp en ondersteuning aan pasiënte asook aan kollegas met 'n behoefte tot gesondheidsorg sal verleen.*
- *Ontwikkeling van verpleegtegnologie in die toepassing van wetenskaplike beginsels, kennis en vaardighede.*
- *Die terapeutiese gebruik van die self.*

Hierdie filosofie van verpleging is gegrond op diens aan haar\sy medemens soos uiteengesit in die Verpleegters Diens Gelofte ("I solemnly pledge myself to the service of humanity and will endeavour to practice my profession with conscience and with dignity" (Mellish and Paton: 2004:172) en die bewaring van die menslike lewe. Hoewel dit nie spesifiek na die fetus se reg tot lewe verwys nie, bly dit steeds by elke individuele verpleegkundige 'n persoonlike morele oortuiging oor hoe hy\sy die fetus se lewensposisie sien (par. 3.6.2). Die boodskap

van die belangrikheid van die bewaring van lewe in die verpleegberoep word altyd beklemtoon. Ook die Suid-Afrikaanse etiese kode (Verpleegsters Diens Gelofte)(Fig. 3.4) wat elke toekomstige verpleegkundige aflê tydens diploma\gradeplegtigheid en aflegging van die eed, beklemtoon weereens die verpleegkundige se diens aan haar medemens en haar absolute respek tot die menslike lewe. Weereens word die reg van die fetus tot lewe nie uitgesonder nie, dit word weer oorgelaat aan persoonlike interpretasie (“I will maintain the utmost respect for human life” (Mellish and Paton: 2004:172)), maar die Grondwet beskou nie die fetus as ‘n wetlike persoon nie en die reg van die swanger vrou om haar liggaam te reguleer, word nie beperk nie (O’Sullivan 2003:3). Die fetus, volgens die gemene reg, het dus geen wetlike reg en status nie (McQuoid-Mason & Dada 2009:133). Vir ‘n verpleegkundige werksaam in terminasie van swangerskapafdeling, kan hierdie aangeleentheid rakende bewaring van lewe verwarring veroorsaak wat moontlik stresvol vir die verpleegkundige kan wees en haar verpleegsorg beïnvloed. Dit blyk dat die self-interpretasie van fetale reg tot lewe ten opsigte van persoonlike oortuigings altyd in ‘n organisasie waar terminasies van swangerskappe gedoen word, tot ‘n intrapersoonlike tweestryd sal lei. Vir sommige verpleegkundiges ten opsigte van die belofte tot bewaring van lewe en daarteenoor die terminasie van swangerskap en hierdie aanspreeklikheid tot die formele organisasie en professionele aanspreeklikheid en persoonlike\gewete aanspreeklikheid, kan dan moontlik tot potensiële konflik lei (King 1981:120). Die moontlikheid is ook daar dat die diensgelofte “gewete” en “eed” voorstaan wat nie altyd deur wetgewing ondersteun word nie en wat ook tot verdere intra-persoonlike konflik, gewetenswroeging en dies meer kan lei.



Figuur 3.4: Die Suid-Afrikaanse Verpleegsters Diens Geloofte

3.7.1.1.4 Provinsiale Regering van die Wes-Kaap -beleid

In die Wes-Kaap is die prosedures en riglyne vir die uitvoering, verwysing en hantering van terminasies van swangerskappe in die volgende dokument uiteengesit, (Bylae 1b). "Provincial Government of the Western Cape: Provincial Policy Standardisation guidelines and protocols on termination of pregnancy services (Circular Number: H157/2010)".

Al die bogenoemde aspekte bespreek ten opsigte van die normale voorskriftelike organisatoriese en uitvoerende funksies soos verpleegdiagnose, verpleegbehandeling en verpleegsorg van die verpleegkundige en ook hoe sy haar pligte uitvoer, of dit onafhanklik of interafhanklik is, staan bekend as die *onafhanklike funksie* van die verpleegkundige.

(Searle en Medlen 1983:36 soos in Du Toit en Van Staden 2009:79). Enige taak wat dus aan haar/hom gedelegeer is, wat sy aanvaar het, bevoeg voel om uit te voer, is deel van

haar onafhanklike funksie (Vlok 1998:49) en verskaf aan die verpleegkundige outoriteit (par. 2.5.3).

3.7.1.2 *Internasionale tendens*

Aborsie is wêreldwyd kontroversieel, en vir verskeie regerings is dit moeilik om 'n balans tussen die regte van die swanger vrou en die fetus te handhaaf (Abortion Laws Around the world 2008:1). Ook om gesondheidswerkers te vind wat bereid is om terminasies van swangerskappe te doen, is dikwels 'n probleem. In die meeste lande is die dokters die enigste professionele gesondheidswerkers wat terminasies van swangerskappe met die ondersteuning van verpleegkundiges doen (Berer 2007:1). Vervolgens 'n bespreking rakende die professionele gesondheidswerkers wat toegelaat word om terminasies van swangerskappe binne konteks van die betrokke lande se wetgewing te doen.

- Wêreld-Gesondheidsorganisasie (WGO) riglyne

Volgens die Wêreld-Gesondheidsorganisasie (WGO) (2003:66-68) word daar voorsiening gemaak vir professionele gesondheidswerkers ten opsigte van gewetensbesware, maar almal het 'n etiese plig wat hulle noodsaak om etiese kodes te volg. Binne hierdie etiese kodes word daar van professionele gesondheidswerkers verwag om vroue na vaardige kollegas te verwys wat nie gewetensbesware opper ten opsigte van terminasies van swangerskappe binne wetgewing nie. Sou geen alternatiewe voorsiener beskikbaar wees nie, word daar van die professionele gesondheidswerker verwag om terminasie van swangerskap aan die vrou in lewensnood-omstandighede te voorsien of indien dit verdere gesondheidsprobleme kan voorkom. 'n Professionele gesondheidswerker kan gevrywaar word van die uitvoer van 'n terminasie van swangerskap, maar nie ten opsigte van die voorsiening van algemene sorg insluitende post-operatiewe herstel nie. Soos bespreek in paragraaf 3.7.1.1.3, is dit ook die verwagting vir die verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskapafdelings in Suid-Afrika, maar of dit wel so gebeur, blyk steeds 'n kwelpunt te wees.

- Wêreldwyd

Europa

In Swede is aborsies sedert 1974 onder alle omstandighede wettig binne die eerste 18 weke van swangerskap. Na 18 weke word aborsies net toegelaat met toestemming van die Nasionale Raad van Gesondheid en Welsyn indien die vrou(ens) se lewe(ns) of fisiese gesondheid(hede) in gevaar is. Sedert 2001 is die mediese dokter(s) in Swede se funksie(s) om die gestasietydperk(e) van aborsie(s) te bepaal en as konsultante en toesighouers op te tree. Hierdie tendens word in Frankryk ook gevolg en die opvolgbesoeke van die kliënte

word ook deur die mediese dokters waargeneem. Die vroedvroue is verantwoordelik vir die berading en toediening van die mediese aborsiemedikasie en die verantwoordelikhede wat daarmee gepaard gaan. Alhoewel volgens wetgewing net mediese dokters aborsies mag uitvoer, neem die vroedvroue se verantwoordelikhede ten opsigte van berading en sorg toe gedurende mediese aborsies (Abortion Laws Around the World 2008:9; Berer 2008:2). In Groot Brittanje word beide mediese- en chirurgiese aborsies deur 'n mediese dokter gedoen. Regulasies in Groot Brittanje laat verpleegkundiges reeds toe om mediese aborsiemedikasie toe te dien solank 'n mediese dokter dit voorgeskryf het. Die gevolg is dat aborsies oor die algemeen onder toesig van verpleegkundiges geskied met mediese dokters op bystand vir noodsituasies (Berer 2008:2; White 1996:8).

Dit wil voorkom asof daar tog vir hierdie betrokkenes by aborsies in die Britse Aborsie Wetgewing voorsiening gemaak word ten opsigte van gewetensbesware, maar nie as die swangerskap die vrou se lewe of geestes- of fisiese gesondheid bedreig nie (Naylor en O`Sullivan 2005:15).

Verenigde State van Amerika (VSA)

Die afgelope jare het die rol van die "advanced practice clinicians"- (verpleegpraktisyns, doktersassistente en vroedvroue) in die VSA uitgebrei as gevolg van die tekort aan mediese praktisyns wat bereid is om aborsies te doen. In 15 state in die VSA voorsien hierdie "advanced practice clinicians" wat die nodige opleiding ondergaan het, vroeë chirurgiese aborsies. Daar is onlangs met 'n studie in Kalifornië begin, met die opleiding van verpleegpraktisyns in die vakuum-aspirasie-tegniek om aborsies te doen (Berer 2008:7-8).

Viëtnam, Bangladesj, Kambodja, Mosambiek, Kenia

Viëtnam en Suid-Afrika was tot onlangs die enigste twee ontwikkelende lande waar verpleegpraktisyns en mediese assistente, wat 'n regerings -goedgekeurde kursus ondergaan het, toegelaat is om eerste trimester swangerskappe te termineer (Berer 2008:3). In Kambodja het die vroue die reg tot eerste trimester aborsie onder enige omstandighede, uitgevoer deur 'n gekwalifiseerde dokter, mediese assistent of vroedvrou. In Bangladesj het die regering 'n ooreenkoms met nie-regeringsorganisasies wat "vroue paramedici" oplei om vakuum aspirasie-aborsie te doen tot en met 10 weke swangerskap. In Mosambiek doen chirurgiese tegnisi wat 'n drie jaar intensiewe kursus in chirurgie ondergaan het, die aborsies. In Kenia en Uganda word vroedvroue opgelei om in post-aborsiesorg te voorsien (Berer 2008:4). Dit blyk uit die literatuur dat verpleegkundiges en vroedvroue 'n belangrike rol in die voorsiening van terminasies van swangerskappe speel en dat hierde tendens besig is om toe te neem as gevolg van 'n tekort aan mediese praktisyns om hierdie prosedures uit te voer.

Dit is egter kommerwekkend dat so min artikels na hierdie verpleegkundiges se reg tot gewetensbesware verwys en dat die organisasie asook die regering se beleid en kliënteregte in aanmerking geneem word, maar min word vir die verpleegkundige gedoen.

3.7.2 Outoriteit

Outoriteit word as deel van die organisasie bespreek (par.3.7.1.1).

3.7.3 Mag

King definieer *mag* (par. 2.5.3) as volg: dit is die proses waardeur een of meer persone ander persone in 'n situasie beïnvloed (King 1981:127). *Mag* word as universeel en kontekstueel gekenmerk (nie 'n persoonlike eienskap nie, maar bestaan in 'n situasie) (King 1981:126-128). Die instansie, verpleegkundige en die kliënt besit dus *mag*. Die mag wat die verpleegkundige besit, word aan haar verskaf deur haar\sy funksie as (par. 3.7.1.1) verpleegkundige naamlik; die *afhanklike funksie* (verwys na haar afhanklikheid van die Wet op Verpleging wat haar\hom magtig om as verpleegkundige te praktiseer, die gemene reg en ander toepaslike wette soos die KOBW-Wet) (Searle en Medlen 1983:31,32) soos in Du Toit en Van Staden 2009:78; Vlok 2003:49), die *interafhanklike funksie* (die wedersydse verhouding tussen die verpleegkundige, die pasiënt, sowel as tussen die verpleegkundige en ander lede van die interdisiplinêre gesondheidspan) (Searle en Medlen 1983:34,35 soos in Du Toit en Van Staden 2009:78-79). Die mag wat die verpleegkundige besit, word ook toegestaan deur die praktykstandaarde van die SARV ('n statutêre reguleringsliggaam en bestaan in terme van die Verpleeg-Wet, Nr. 33 van 2005 (Suid-Afrika 2005:9-15)) (par. 3.7.1.1). Die SARV het ook etiese riglyne van toepassing op verpleegkundiges opgestel ten opsigte van terminasie van swangerskap (par. 3.7.1.1). Hierdie *mag* wat verpleegkundiges in terminasie van swangerskapafdelings besit, mag hulle ook soms in 'n magtelose posisie plaas sodat hulle voel dat slegs die instansie (gesondheidsorgdiens) en die kliënt se *mag* erken word en dat die verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskapafdelings, "magteloos" gelaat word. Die verpleegkundiges moet aan die standaarde en riglyne voldoen wat daargestel word deur die instansie en die wetlike raamwerk waarbinne sy funksioneer, ongeag haar persepsie van terminasie van swangerskap.

3.7.4 Status

Status (par. 2.5.3) word volgens King (1981:129) gedefinieer as die posisie van 'n persoon in 'n groep of die verhouding van 'n groep tot ander groepe in 'n organisasie. Sosiologies gesproke is *status* enige gedefinieerde en erkende sosiale posisie wat 'n persoon in 'n sosiale groep of samelewing beklee. Die verpleegkundige beklee dus 'n verworwe status (dit is 'n posisie wat sy\hy vrywillig aanvaar het op grond van persoonlike insette, keuse, aksies

of besluite (Du Toit en Van Staden 2009:74)) soos deur haar rol en funksie daargestel (par.3.7.1) en die SARV se praktykstandaarde (par.3.7.1.1) asook kontekstuele status (die verpleegkundige se status is afhanklik van haar\sy mag en outoriteit in die organisasie). Hy/sy moet binne die riglyne, standaard en wetlike raamwerk wat deur die organisasie daargestel is, funksioneer, binne die terminasie van swangerskapafdeling.

3.7.5 Besluitneming

Besluitneming (par. 2.5.3) word gedefinieer as 'n proses waar 'n alternatief uit verskeie alternatiewe gekies word, wat op feite en waardes gebaseer is (King1981:132-133) naamlik die verpleegkundige se waardes en die kliënt se waardes (Geyer 2004:30); die implementasie van 'n besluit en dan die evaluasie van doelwitbereiking. Besluitneming is op die besluite wat verpleegkundiges daaglik neem, gerig (King 1981:133-134). Volgens Goodwin, Kiehl, Peterson (2002:239) is besluitneming 'n proses waar die kliënt 'n keuse (aksie) uit alternatiewe maak. Daar kan afgelei word uit die opsommings uit die literatuur in hierdie hoofstuk rakende die verpleegkundige se persoonlike sisteem (par. 3.5), interpersoonlike sisteem (par.3.6) en konsepte uit die sosiale sisteem (par.3.7) dat die parameter waarbinne die verpleegkundige besluite moet neem, nie altyd eties versoenbaar met die verpleegkundige se persepsie van terminasie van swangerskap is nie. Dit beteken dat vir sommige verpleegkundiges werkzaam in terminasie van swangerskapafdelings, besluitneming (in hierdie studie) nie werklik 'n proses is waar keuses uit alternatiewe gemaak word nie. Daar word van verpleegkundiges werkzaam in terminasie van swangerskapafdelings, verwag om die kliënt te verpleeg ongeag haar\sy persoonlike siening ten opsigte van terminasie van swangerskap (par.3.7.1.1). Volgens Geyer (2004:31) is DENOSA se etiese besluitnemingsraamwerk die ideale gids om te gebruik wanneer etiese besluite geneem word en kan die verpleegkundige hierdie riglyne gebruik naamlik:

- Identifiseer persoonlike waardes uit persoonlike waardesisteem.
- Klaar die vraag uit en besluit dan of dit jou vraag is om te beantwoord, besluit dan of dit etiese besluitneming vereis en of daar alleenlik jou opinie of net inligting gevra word (DENOSA 2001, soos aangehaal in Geyer 2004:31).
- Sou dit etiese besluitneming vereis, volg dan die beginsels van etiese besluitneming: welwillendheid (beneficence), geregtigheid (justice), outonomie (autonomy), geloofwaardigheid (veracity), getrouheid (fidelity) (Geyer 2004:31).

Hierdie riglyne kan wel deur die verpleegkundige gevolg word, maar vir sommige verpleegkundiges bly dit steeds 'n besluit wat geneem word wat nie versoenbaar met persoonlike waardes en oortuigings rakende terminasie van swangerskap is nie, maar deur die sosiale sisteem waarin die verpleegkundige werkzaam is.

Opsomming van die Sosiale sisteem.

Die sosiale sisteme (institusioneel en sissosiale sisteem) in King se konseptuele raamwerk is vir hierdie studie gebruik om die wetlike aspekte rakende terminasie van swangerskap aan te bied, met die verpleegkundige as fokuspunt. Die volgende konsepte soos van toepassing op die verpleegkundige is bespreek: organisasie, outoriteit, mag, status en besluitneming.

3.8 OPSOMMING

In hierdie hoofstuk is die literatuur binne King se konseptuele raamwerk aangebied met die verpleegkundige (respondent), werksaam in 'n terminasie van swangerskapafdeling, as fokuspunt. Die fokus is die persoonlike sisteem binne die interpersoonlike- en die sosiale sisteme en hoe hierdie sisteme waaruit die doelwitbereikingsteorie ontstaan het, die uiteindelijke doelwitbereiking van holistiese verpleegsorg (transaksie en interaksie) beïnvloed.

In Hoofstuk 4 word die Navorsingsmetodologie vir hierdie studie bespreek.

HOOFSTUK 4: NAVORSINGSMETODOLOGIE

4.1 INLEIDING

Die literatuuroorsig van die studie in Hoofstuk 3 is daar bespreek. In hierdie hoofstuk word die navorsingsmetodologie bespreek. Die term “metodologie” verwys na die totale strategie vir die studie vanaf probleem-identifisering tot die finale plan vir data-insameling (Burns en Grove 2005:211). Dit is 'n gedetailleerde beskrywing van die wyse waarop 'n studie gedoen was (Basavanthappa 2007:487; Welman, Kruger en Mitchell 2007:2; WHO 2001:9). In hierdie hoofstuk word die volgende aspekte gedek:

- Navorsingsmetodologie en die navorsingsontwerp
- Kwantitatiewe navorsing
- Hipoteses
- Populasie en steekproefneming
- Navorsinginstrument
- Geldigheid en betroubaarheid
- Etiese oorwegings
- Data-analise prosedures

4.2 ALGEMENE DOELSTELLING

Die doel van hierdie studie was om die verpleegkundige se persepsie van terminasie van swangerskap, en haar persepsie van haar houding en gedrag teenoor kliënte wat terminasie van swangerskap versoek aan die hand van King se konseptuele sisteme en doewitbereikingsteorie, te ondersoek en te beskryf.

4.2.1 Navorsingsvraag en doelwitte

Die navorsingsvraag en doelwitte vir hierdie studie word as volg bespreek.

4.2.1.1 Navorsingsvraag

Teen die agtergrond van die probleemstelling was die die **primêre navorsingsvraag** vir hierdie studie binne King se Sisteemteoretiese benadering en Doelwitbereikingsteorie:

- Is doelwitbereiking moontlik in terme van die houding en verhouding van die persoonlike sisteem (verpleegkundige) tot die sosiale sisteem (wetgewing en werkgewer se beleid) en betrokkenheid by die interpersoonlike sisteem (met kliënt en fetus) binne die opset van terminasie van swangerskap?

4.2.1.2 Doelwitte

Ten einde die navorsingsvraag te beantwoord het die navorser haar die volgende ten doel gestel, naamlik om:

- die demografiese detail van respondente (verpleegkundiges) met hul houding jeens terminasie van swangerskap en hul gesindheid jeens diesulke kliënte te beskryf.
- die vlak en diversiteit van opleiding van verpleegkundige werksaam in TVS-afdelings te beskryf
- te bepaal of MVA opleiding 'n invloed op verpleegkundiges se houding teenoor en ervaring van terminasie van swangerskap het
- die aard van TVS-afdelings te bepaal
- te bepaal of daar 'n assosiasie tussen respondente se persepsie van hul verhouding met kliënte en hul persepsie van hul werkverrigting in die TVS-afdeling en ander konstrunkte binne die TVS-afdeling is
- die stresvlakke en streshantering van respondente te beskryf
- die sosiale ondersteuning strukture wat binne die TVS-afdeling aan respondente (verpleegkundiges) beskikbaar is te illustreer
- effektiewe kommunikasie as basis vir doelwitbereiking binne die TVS-afdeling gehandhaaf word
- respondente se persepsie te eksploreer met betrekking tot die “interseksie” van die verpleegkundige en die kliënte as persoonlike sisteme (die daarstelling van 'n interpersoonlike sisteem)
- verpleegkundiges (respondente) se siening van die status van die fetus te ontleed
- die mate waartoe die persoonlike sisteem (verpleegkundiges/respondente) met die bepalinge van komponente van die sosiale sisteem (die Wet, SARV regulasies, Verpleegsters Diens Gelofte en beleid binne die instansies waarin hulle werksaam is) saamstem.

Hierdie doelwitte kan ook effektief as meer gedetailleerde sub-navorsingsvrae herformuleer word.

4.3 NAVORSINGSONTWERP

Die navorsingsontwerp is die plan, struktuur en strategie vir die navorsing met die doel om die algemene navorsingsvrae te beantwoord en/of die hipotese te verifieer. Die navorsingsontwerp is die bloudruk vir die studie en rig die navorser in die beplanning en implementering daarvan, terwyl optimale kontrole oor faktore wat die geldigheid van die studie kan beïnvloed, nagestreef word. Dit verbind die operasionele definisie met die

populasie, steekproefneming en data-analise (Basavanthappa 2007: 164,565; Burns en Grove 2007:533; De Vos 2000: 99).

Die navorsing vir hierdie studie is vanuit 'n kwantitatiewe paradigmatiese perspektief gedoen. 'n Kwantitatiewe, nie-eksperimentele beskrywende korrelasie - (descriptive-correlational) ontwerp is gebruik.

4.3.1 Eienskappe van hierdie navorsingsontwerp

Die eienskappe van hierdie navorsing word vervolgens bespreek.

4.3.1.1 Kwantitatiewe navorsing

'n Kwantitatiewe ontwerp (par.1.6.1; 1.6.2) is gebruik as strategie vir numeriese data-insameling. Volgens Burns en Grove (2007:24,551) is kwantitatiewe navorsing: "a formal, objective, rigorous, systematic process for generating information about the world....to describe new situations, events or concepts in die world. This research method is used to describe variables, examine relationships among variables, and determine cause-and-effect interactions between variables". Basavanthappa (2007:53) definieer kwantitatiewe navorsing: "as a formal, objective systematic process to describe, test relationships, and examine cause and effect interaction among variables. It is based on the measurement of quantity or amount and it is applicable to phenomena that can be exposed in terms of quantity". Polit en Beck (2008:763) definieer kwantitatiewe navorsing as: "The investigation of phenomena that lend themselves to precise measurement and quantification (of data), often involving a rigorous and controlled design".

Die belangrikste temas van die kwantitatiewe paradigma kan dus soos volg opgesom word (Babbie en Mouton 2006:49; Burns and Grove 2007:28-29; Polit en Beck 2008:16):

- Dit is sistematies, want die navorser volg stappe soos uiteengesit in 'n gespesifiseerde plan van aksie, die navorsingsvoorstel.
- Die kwantifisering van konstrukte word beklemtoon. Die kwantitatiewe navorser glo dat die beste manier om die eienskappe van fenomene te meet, deur middel van kwantitatiewe meting is. Byvoorbeeld die toekenning van nommers aan die verwagte kwaliteite van items (things). Byvoorbeeld die houding van verpleegkundiges teenoor TVS soos in die geval in hierdie studie.
- 'n Verbandhoudende onderwerp wat die sentrale rol vorm van die veranderlikes in beskrywing en analisering van menslike gedrag.

- Empiriese bewys, want bevindings is gegrond op realiteit in stede van die navorser se persoonlike oortuigings. Bevindings is soos die respondente dit in die selfvoltooiingsvraelyste weergegee het, beskryf.
- Kontrole is belangrik om oorverteening van sekere aspekte te verminder en presiesheid en geldigheid te beklemtoon. Die natuur van die kontrole is deur eksperimentele ontwerp of deur middel van statistiese kontrole, soos in die geval van hierdie studie
- Veralgemening is die graad waartoe die navorser bevindings tot ander individue kon veralgemeen as diegene betrokke in die studie. Die algemene neigings wat deur die studie van die steekproef geïdentifiseer is, is toegepas.

Voordele van kwantitatiewe navorsing (Garland, Martin, McCullers, Xiong[Sa]; Jones 2011; Mc Cullough 2012)

- Data kan gemeet en geanaliseer word.
- Resultate is statisties betroubaar.
- Die verhouding tussen 'n afhanklike en onafhanklike veranderlike kan in detail bestudeer word. Sodoende is die navorser meer objektief.
- Resultate kan opgesom word in die vorm van 'n grafiek of tabel.
- Kan makliker 'n vergelyking tref tussen dieselfde tipe studies.
- Laat navorsers toe om veranderlikes te meet en beheer.
- Meer verteenwoordigend van die groter populasie. Kan tot die populasie geprojekteer word.

Tekortkominge van kwantitatiewe navorsing (Jones 2011; McCullough 2012; Polit en Beck 2008:16-17)

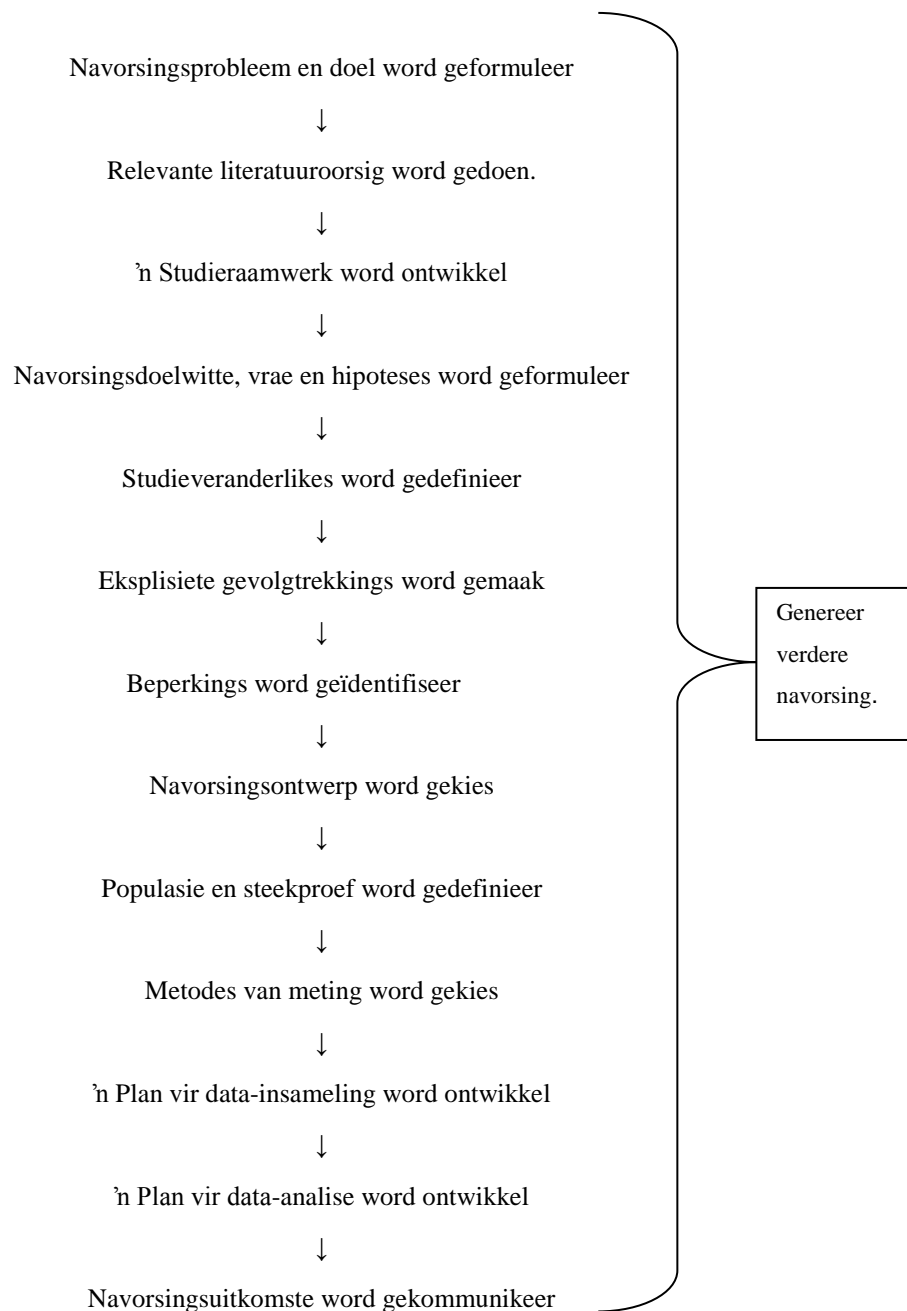
- Morele en etiese kwessies: Dit is moeilik om kwantitatiewe navorsing te gebruik as morele en etiese vrae beantwoord moet word, veral vrae oor mense se persepsies bv. "moet aborsie gewettig word", baie morele aangeleenthede word met gesondheidsorg verbind, gevolglik is dit onmoontlik om die verpleegproses eksklusief op wetenskaplike inligting te baseer.
- Akkurate maatstawwe: Verpleegnavorsing fokus op mense wat inherent kompleks en divers is, kwantitatiewe metodes fokus op 'n relatiewe klein gedeelte van menswees in 'n enkele studie bv. massatoename, depressie, ensovoorts. Daar is 'n geneigdheid om komplekse aangeleenthede te vermy of uit te skakel eerder as om dit direk te bestudeer.

- Veranderlikes kan net gemeet word as dit aan die begin van die studie bekend is en dus in 'n vraelys ingesluit is.
- Gesendimenteerde siening van die wêreld: Wat nie werklik die realiteite van die menslike bestaan omskryf nie.
- 'n Groot steekproef is nodig, hoe groter die steekproef, hoe meer akkuraat is die statistiese resultate.
- Kwantitatiewe navorsing is nie 'n toepaslike metode om kreatiewe idees te ontwikkel nie.

Die kwantitatiewe navorsingsproses betrek dus konseptualisering van 'n navorsingsprojek, beplanning, implementering van die projek en kommunikasie van die bevindings. Figuur 4.1, dui die logiese vloei van die kwantitatiewe navorsingsproses aan.

Die navorser het 'n kwantitatiewe benadering gevolg om meer inligting oor die verpleegkundige se persepsie van terminasie van swangerskap te verkry asook haar persepsie van haar houding en optrede teenoor kliënte wat terminasie van swangerskap verkies. Sodoende kan verhoudings ondersoek en beskryf word, sodat aanbevelings gemaak kan word. Die uiteinde is om verpleegsorg te verbeter asook die werksomstandighede van die verpleegkundige self, binne die afdeling waar sy swangerskappe moet termineer en die kliënte versorg moet word.

Die stappe van die Kwantitatiewe Navorsingsproses.



Figuur 4.1: Die stappe van die Kwantitatiewe Navorsingsproses

Burns and Grove (2001:42; 2007:32)

4.3.1.2 Nie-eksperimentele ontwerp

Nie-eksperimentele navorsingsontwerp word beskryf as ’n navorsingsontwerp waar die navorser ’n fenomeen observeer sonder om die onafhanklike veranderlike’s te manipuleer.

Data-insameling vind plaas en daarna word die fenomeen deur die navorser soos dit bestaan, beskryf (Basavanthappa 2007:76; LoBiondo-Wood en Haber 2002:222,496). Nie-eksperimentele ontwerp is vir hierdie studie gekies om die navorsingsdoelwitte te bereik en die volgende aspekte is in aanmerking geneem (Basavanthappa 2007: 76-77; Polit en Beck 2008: 271-272):

- Die onafhanklike veranderlike kon nie gemanipuleer word nie, want die menslike faktor (respondent\die verpleegkundige) moes in ag geneem word. Omstandighede het dit eties moeilik gemaak om eksperimentele of kwasi-eksperimentele studies te doen, omdat verpleegkundiges betrek was.
- Dit was prakties vir die navorser onmoontlik om groepe te skei soos by eksperimentele studies, want die studie is uitgevoer in die natuurlike omgewing van die verpleegkundige (die terminasie van swangerskapafdeling waar die verpleegkundiges werksaam is). Die studie was nie in 'n beheerde omgewing uitgevoer soos in die geval van die eksperimentele ontwerp nie. Die gebrek aan eksperimentele kontrole kan die ontwerp minder geloofwaardig as eksperimentele en kwasi-eksperimentele ontwerpe maak, waar oorsaak en effek bepaal word. Tog is nie-eksperimentele ontwerpe bruikbaar wanneer kennis in verskeie situasies gegeneer moet word, waar dit moeilik of oneties is om eksperimentele navorsing uit te voer.
- Baie studies in die verpleegkunde is nie-eksperimenteel van aard as gevolg van menslikheidsfaktore soos byvoorbeeld godsdiens en etnisiteit.

Nie-eksperimentele navorsing is soms nodig voordat eksperimentele navorsing plaasvind, omdat sterk eksperimentele ingrypings ontwikkel word op die basis van nie-eksperimentele navorsing se dokumentering van probleme, en beskrywing van kritiese verhoudinge tussen relevante veranderlikes. Hierdie studie het gevolglik 'n beskrywende neiging omdat verhoudings ondersoek en beskryf word (Polit en Beck 2008:271-272).

'n Kwantitatiewe, nie-eksperimentele beskrywende korrelasie- (descriptive-correlational) ontwerp is vir hierdie studie gebruik.

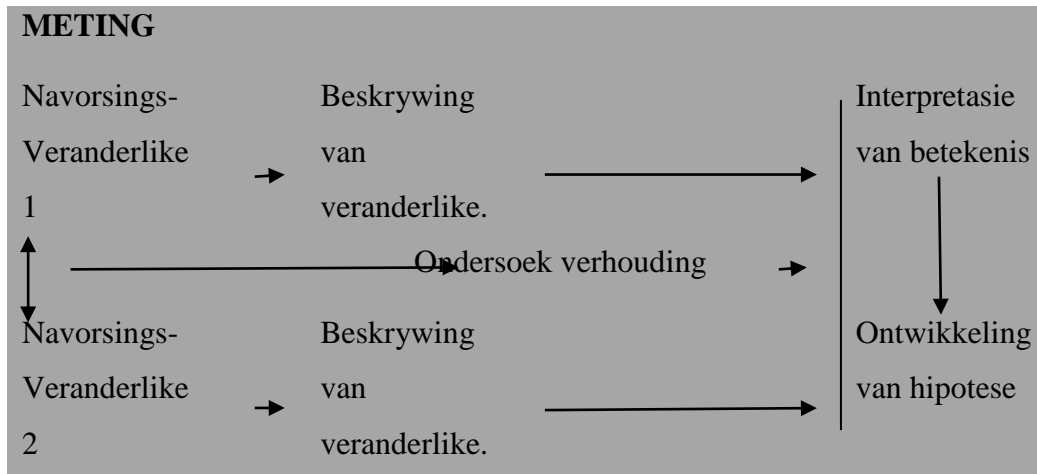
4.3.1.3 *Beskrywende korrelasiestudie*

Hierdie studie het van 'n kwantitatiewe beskrywende korrelasie- (par. 1.6.3) ontwerp gebruik gemaak om die verpleegkundige se persepsie van terminasie van swangerskap asook haar persepsie van haar houding en optrede teenoor kliënte wat terminasie van swangerskap verkies, te ondersoek en te beskryf.

Beskrywende navorsing vorm 'n breë kategorie van nie-eksperimentele navorsing. Die doel van beskrywende navorsing is om fenomene te identifiseer, te observeer en te beskryf, deur die frekwensie waarin 'n verskynsel (of veranderlike) voorkom, te bepaal (te meet), inligting te kategorieer en aspekte van 'n situasie te dokumenteer soos dit natuurlik voorkom (Burns and Grove 2007:24-25,242; Polit and Beck 2008:274). Beskrywende navorsing sluit die insameling, analise en interpretasie van data in. 'n Kenmerkende aspek van hierdie benadering is dat dit fenomene eerder beskryf as wat dit hipoteses toets. Tog kan hierdie benadering uitgebrei word en met ander metodes van navorsing aangevul word, soos vir hierdie studie waar die beskrywende korrelasie- metode gebruik was.

Volgens Burns and Grove (2007:249) is die doel van 'n beskrywende korrelasie-studie "to examine the relationships that exist in a situation.....it may examine variables in a situation that has already occurred or in a currently occurring situation, no attempt is made to control or manipulate the situation...as with descriptive studies variables must be clearly identified and defined (par.4.2.1). Volgens Polit en Beck (2008:274-275) is die doel van beskrywende-korrelasie navorsing "to describe relationships among variables rather than to infer cause-and effect relationships". Deur gebruik te maak van die beskrywende korrelasie-ontwerp word die indentifisering van baie interverhoudings in 'n situasie (Figuur 4.2) gefasiliteer. Daar word dus op 'n vrye wyse na assosiasies tydens beskrywende korrelasienavorsing gesoek (Burns and Grove 2001:256-257; Burns and Grove 2007:248-251). Die studie kan veranderlikes ondersoek wat reeds voorgekom het of tans voorkom. Die navorser probeer nie om die situasie te manipuleer of kontrole uit te oefen nie. Veranderlikes moet duidelik geïdentifiseer en gedefinieer word. Vir hierdie studie word op beskrywende korrelasie-ontwerp gefokus en nie op die voorspellende korrelasie-ontwerp nie, want die waarde van een veranderlike word nie voorspel op die basis van waardes van ander veranderlike's verkry nie (Burns and Grove 2007:248-251).

Beskrywende Korrelasie-ontwerp



Figuur 4.2: Beskrywende Korrelasie-ontwerp

Burns en Grove (2007:248)

Die primêre fokus van die huidige navorsing is die poging van die navorser om die verpleegkundige se persepsie van terminasie van swangerskap, en haar persepsie van haar houding en gedrag teenoor kliënte wat versoek dat hul swangerskappe getermineer moet word, aan die hand van King se konseptuele sisteem en doewitbereikingsteorie te ondersoek en te beskryf. In die gees van beskrywende korrelasie-navorsing en die soeke na moontlike korrelasies tussen veranderlikes soos deur Burns and Grove (2007:240) aangetoon, het die huidige navorsing ook gepoog om veranderlikes wat by verpleegsorg binne King se teoretiese denke betrokke is (soos interaksie, stres, persepsie, gesindheid en dies meer), deur middel van beskrywende statistiek te beskryf en om moontlike korrelasies te bevestig tussen veranderlikes wat die navorser in die studie ingesluit het. Hierdie veranderlikes sluit al die aspekte in wat met die drie sisteme volgens King se Sisteembenadering bepaal word, wat breedweg verteenwoordig is deur:

- Selfpersepsie en professionele selfpersepsie van respondente.
- Respondente se persepsie van terminasie van swangerskap.
- Respondente se persepsie met betrekking tot hul selfverwesening en werksbevreëdiging.
- Respondente se selfpersepsie (die persoonlike sisteem)
- Respondente se persepsie van die interpersoonlike sisteem. (verpleegkundige in interaksie met die kliënt, fetus, belangrike ander).
- Respondente se persepsie van die sosiale sisteem (wetgewing, wetgewer, kollegas)

4.3.1.4 Die opname-ontwerp

Die opname-ontwerp volgens Burns and Grove (2005:239) beteken 'n beskrywende of korrelasiestudie, wat 'n toepaslike keuse was vir hierdie studie omdat die navorser data ingesamel het "from a portion of a population for the purpose of examining the characteristics, opinions or intentions of that population. Surveys (data-insamelings-instrumente, nie die opname-ontwerp wat inligting insamel nie, kan ook die veldwerkers wees). Also collect information on people's knowledge, opinions, perceptions, attitudes, and values" (Polit en Hungler 1999:215) met die doel om die omvang (die beskrywende aspek van die navorsing) van verhoudings (korrelasie-aspek van die navorsing) tussen veranderlikes te ondersoek en te beskryf (Basavanthappa 2007:184). Die opname-ontwerp is geneig om nie-eksperimenteel te wees, word gebruik om 'n tegniek van data-insameling te beskryf, waar vraelyste gebruik word om data in te samel, direk vanaf die respondente (Basavanthappa 2007:567). Hierdie ontwerp maak dit vir die navorser moontlik om die invloed van die verpleegkundige se persepsie van terminasie van swangerskap en haar persepsie van haar houding en gedrag teenoor die kliënte wat swangerskap-beëindiging versoek, te ondersoek en te beskryf.

Die opname-ontwerp is dus soos volg vir hierdie studie gebruik:

- Data was in die natuurlike opset ingesamel waar verpleegkundiges in terminasie van swangerskapafdelings van die staatsgesondheidsorgdienste in die Wes-Kaap werksaam is (n=21) asook in die Marie Stopes-klinieke (n=3) in die Wes-Kaap.

Die veranderlikes was soos dit voorkom in die bestaande sosiale (werks-) milieu ondersoek (selfpersepsie en professionele selfpersepsie; persepsie van terminasie van swangerskap; persepsie van selfverwesenliking en werksbevrediging; persepsie van die persoonlike sisteem (verpleegkundige as individu); persepsie van interpersoonlike sisteem (verpleegkundige in interaksie met die kliënt, fetus, belangrike ander); persepsie van die sosiale sisteem (wetgewing, wetgewer, kollegas). Dit is dus die persoonlike-sisteem (verpleegkundige) se perspektief op die interpersoonlike-sisteem (verpleegkundige se interaksie met die kliënt, fetus en belangrike ander) en sosiale-sisteem (wetgewing, hospitaal\gemeenskap-gesondheidsentra soos deur die wetgewer in die Wes-Kaap en Marie Stopes-klinieke en -kollegas) wat ondersoek was, onderskryf word.

- Die opnamemetode het dit moontlik gemaak dat data ingesamel kon word vanaf die terminasie van swangerskapafdelings van die staatsgesondheidsorgdienste wat vir

hierdie navorsing in die Wes-Kaap (n=21) asook die Marie Stopes-klinieke(n=3) in die Wes-Kaap beskikbaar was.

'n Nadeel van die opname-ontwerp is dat die respondent moontlik nie houdings en sienings van sensitiewe onderwerpe kan weergee nie (Basavanthappa 2007:184), maar ten opsigte van terminasie van swangerskap is dit juis die vraelys, as data-insamelingsmetode, van die opname-ontwerp wat help sodat verpleegkundiges hul ware gevoelens kan blootlê. Hierdie blootlegging is verhoog deurdat items met betrekking tot gevoelens en emosie op 'n uitgebreide literatuurstudie geskoei is. Deur middel van Likertskale was aan die respondente 'n opsie gegee om aan te dui "hoe sterk" hulle oor items in hierdie skale voel. 'n Selfvoltooiingsvraelys was as deel van die opname-ontwerp gebruik om data in te samel. 'n Selfvoltooiingsvraelys was gebruik om data in te samel, wat gehelp het sodat respondente anoniem kon bly. Dit het veral gehelp om viktimisasie van respondente te voorkom veral met die weergee van sensitiewe inligting (Burns and Grove 07:556).

4.3.2 Steekproefneming en populasie

Volgens Burns and Grove (2007:324) is steekproefneming 'n proses waar 'n groep mense, gebeure, gedrag of ander elemente geselekteer word en gebruik word om 'n studie te doen. Steekproefneming is 'n proses van keuse van 'n gedeelte van die populasie en verteenwoordigende afdelings, vir waarneming en studie (Basavanthappa 2007:188; WHO 2001:71).

4.3.2.1 Algemene definisies

In hierdie afdeling word die definisies eers weergegee en daarna volg die toepassing van hierdie definisies in die praktyk (huidige navorsing). Die definisies het die navorser in die assessering van die wyse waarop sy steekproefneming geïmplimenter het, gelei. Dus nadat basiese terme gedefinieer is, word dit met betrekking tot respondente en instellings ("sites") toegepas.

Steekproefneming

Dit is nie altyd vir navorsers moontlik om die totale populasie te bestudeer nie, ook nie altyd koste- en tydeffektief nie. Tóg, indien 'n wetenskaplike steekproefneming gedoen word, kan meer akkurate inligting verkry word, omdat tyd, geld en insette aangewend kan word om beter instrumente te ontwerp en in-diepte data te verkry ten einde kwaliteitsnavorsing te doen (De Vos 2001:191). Om dié rede word 'n proporsie of 'n gedeelte van die bevolking bestudeer. Steekproefneming is "[the] process of selecting a subset of population, a group of people or elements in order to obtain information regarding a phenomenon in a way that

represents the entire population” (Basavanthappa 2007:188; Burns and Grove 2007:40; WHO 2001:71-72) (par.1.6.4). Vir hierdie studie is 'n nie-waarskynlikheidsteekproefneming gekies. Wanneer 'n nie-waarskynlike steekproefneming noukeurig uitgevoer is om die teikenpopulasie te reflekteer, nadat die kriteria vir insluiting van die teikenpopulasie goed deurdag en toegepas is, is die verteenwoordigheid van die steekproef en eksterne geldigheid van die bevindings geloofwaardig (LoBiondo-Wood and Harber 2002: 243). Hoewel die nie-waarskynlike steekproefneming minder veralgemeenbaar is en elke element van die bevolking nie 'n ewekansige geleentheid gehad het om in die studie ingesluit te wees nie (Basavanthappa 2007:562; Burns and Grove 2007: 337; Polit en Beck 2008:340). Nie-waarskynlikheidsteekproefneming word algemeen in verpleegstudies gebruik om seker te maak dat die meer hanteerbare, grootste steekproef, so ekonomies moontlik in 'n redelike tydperk gebruik kan word (Burns and Grove 2007:337; LoBiondo-Wood and Harber 2002: 243). Volgens Moody et al (1988) soos in (Burns and Grove 2001:374) was die meeste verpleegstudiekorrelasie en beskrywende studies wat nie-waarskynlikheidsteekproefneming gebruik het, wat vir die keuse van nie-waarskynlikheidsteekproefneming vir hierdie studie is, aangesien die beskrywende korrelasie-ontwerp gebruik was. Die navorser het ook nie beoog om bevindings te veralgemeen nie. Gevolglik was nie-waarskynlikheidsteekproefneming die beste keuse om die verpleegkundiges wat in die terminasie van swangerskapafdelings in staatsgesondheidsorgdienste in die Wes-Kaap werk, te betrek asook die Marie Stopes-klinieke in die Wes-Kaap. Die navorser het in die Wes-Kaap belanggestel aangesien sy by verpleegonderrig in die Wes-Kaap betrokke is en waarde-uitklaringswerkwinkels rakende TVS vir verpleegstudente aanbied. Die navorser het ook in reprodktiewe gesondheid gewerk en sy het ook die Manuele Vakuum Aspirasie (MVA) teoretiese kursus voltooi. Vervolgens 'n bespreking van die steekproefneming vir hierdie studie:

Doelbewuste-steekproefneming volgens Polit en Beck (2008:343) word gebaseer “on the belief that researchers knowledge about the population can be used to hand-pick sample members. Researchers might decide purposely to select subjects which are judged to be typical of the population or particularly knowledgeable about the issues under study. Burns and Grove (2005:352) beskryf doelbewuste-steekproefneming soos volg: “it involves the conscious selection by the researcher of certain subjects, elements, events, or incidents to include in the study”. Basavanthappa (2007:564) definieer doelbewuste-steekproefneming as: “a sampling procedure in which subjects are selected because they are identified as knowledgeable regarding the subject under investigation”.

Element

'n Element is die afdeling waaroor inligting ingesamel word en voorsien die basis van die analise. Mense as elemente, of sekere tipes en groepe mense, is 'n kenmerk van die opname-ontwerp (Babbie en Mouton 2006:173; Burns and Grove 2007:324). Dit is die lys van mense of instellings (WHO 2001:73). Na hierdie elemente of lede word verwys as afdelings/eenhede van analise wat vir hierdie studie ingesluit was, die verpleegkundiges (mense of data bronne) en instellings en afdelings waar terminasie van swangerskapkliënte hanteer word (Welman et al 2007:53).

Populasie

Volgens Babbie en Mouton (2006:171) is 'n populasie “the theoretically specified aggregation of study elements”. 'n Populasie is alle elemente (individue, objekte, gebeurtenisse, substansie of metings wat 'n waarneembare eienskap in gemeen het) wat aan die insluitingkriteria van die steekproef voldoen (Basavanthappa 2007:189; Burns and Grove 2007:549). Dit sluit in:

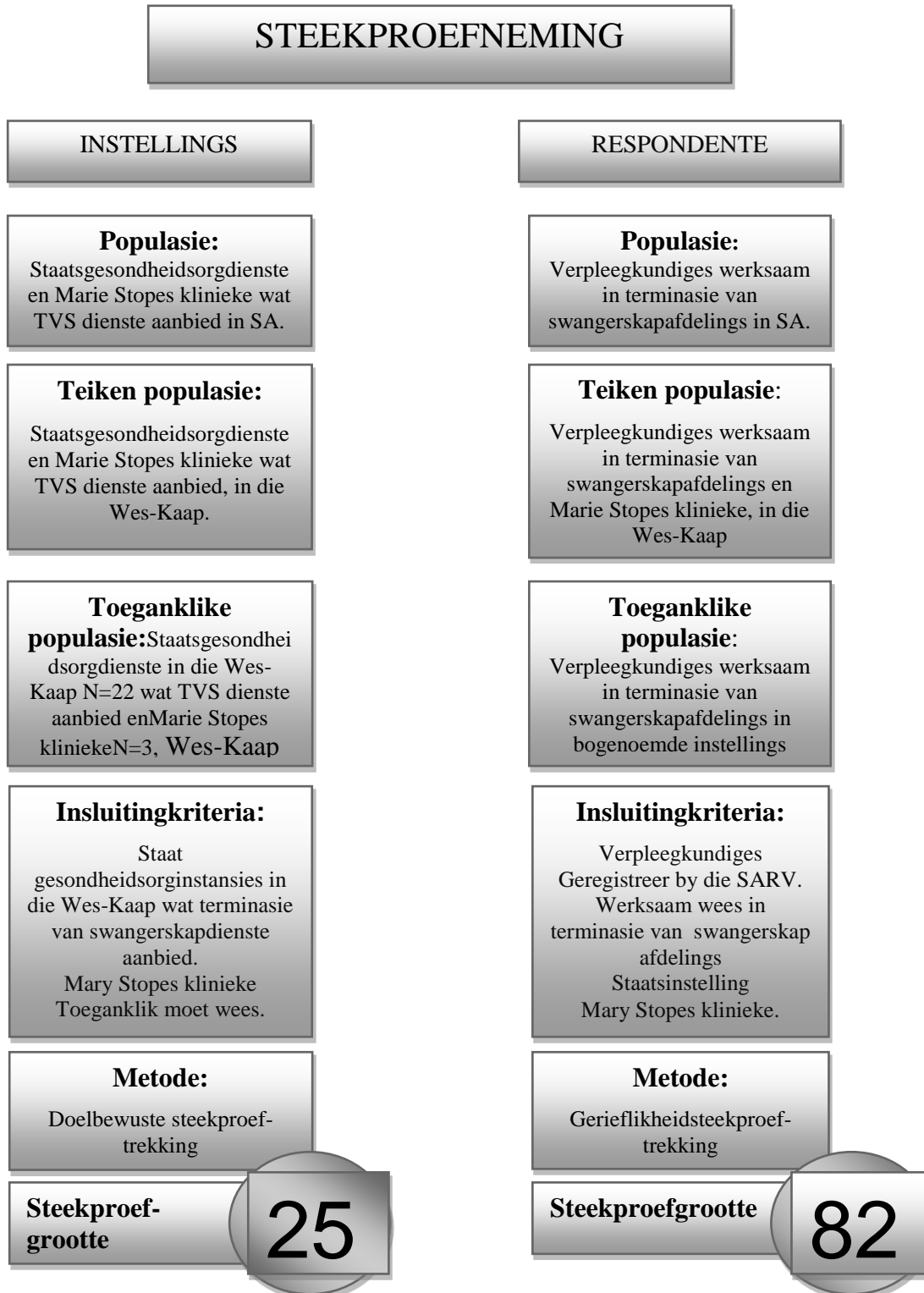
- Teikenpopulasie

Teikenpopulasie word gedefinieer as: “The total group of individual peoplemeeting the designated criteria of interest to the researcher or sampling criteria and to which the study findings will be generalized” (Basavanthappa 2007:563; Burns and Grove 2007:549). Babbie en Mouton (2006:174) verwys ook na die teikenpopulasie as die studie-populasie of bevolking, “ a study population is that aggregation of elements from which the sample is actually selected.

- Toeganklike populasie

Die toeganklike populasie is die gedeelte van die teikenpopulasie tot wie die navorser toegang het en wat by die aangewese kriteria inpas (Burns and Grove 2007:324; Polit and Beck 2008:338; Welman et al 2007:53).

Figuur 4.3 gee 'n oorsig oor die toepassing van die teorie tydens hierdie navorsing rondom steekproefneming.



Figuur 4.3: Steekproefneming

4.3.2.2 *Selektoring van instellings*

Die populasie waaruit instellings vir die huidige navorsing getrek kon word, was fasiliteite waar die verpleegkundiges wat by die terminasie van swangerskap betrokke is, werksaam was, naamlik staatsgesondheidsorgdienste in Suid-Afrika wat terminasie van swangerskapdienste aanbied asook die Suid-Afrikaanse Marie Stopes-klinieke.

Teikenpopulasie vir instellings was al die Staatsgesondheidsorgdienste in die Wes-Kaap wat terminasie van swangerskapdienste aanbied (42) asook die Marie Stopes-klinieke in die Wes-Kaap (3) (Tabel 4.1). Die insluitingskriteria vir gesondheidsorgdienste was:

- Dienste moet terminasie van swangerskapdienste verskaf.
- Toeganklik wees.
- Aangewys wees vir die verskaffing van terminasie van swangerskapdienste ingevolge Wet No 92 van 1996 soos gewysig, soos gestipuleer in paragrawe 2 tot 8 (Suid Afrika 2008:4-8).

Die toeganklike populasie van instellings was staatsgesondheidsorgdienste in die Wes-Kaap wat terminasie van swangerskapdienste aanbied (N=22) asook die Marie Stopes-klinieke in die Wes-Kaap (N=3) (Tabel 4.1) wat toestemming tot die studie verleen het.

Die metode van steekproefneming: 'n Nie-waarskynlike doelbewuste-steekproefneming is gevolg en al die staatsgesondheidsorgdienste wat terminasie van swangerskapdienste verskaf, asook al die Marie Stopes-klinieke in die Wes-Kaaps is gekies.

Voordele (Basavanthappa 2007:224):

- Steekproefneming is baie eenvoudig.
- Goedkoop en minder veldwerk word benodig.
- Waarborg die insluiting van relevante elemente in die steekproef, waarskynlikheidssteekproefneming kan dit nie waarborg nie.

Nadele (Basavanthappa 2007:224)

- Verseker nie verteenwoordiging van 'n steekproef nie.
- Minder geskik vir veralgemening as waarskynlikheidssteekproefneming.
- Vereis deeglike voorkennis van die populasie.

'n Uiteensetting van die teikenpopulasie (instellings) was van al die staatsgesondheidsorgdienste in die Wes-Kaap verkry wat terminasie van swangerskapdienste vanaf die Departement van Gesondheid in die Wes-Kaap aanbied (Jeftha 2011 Bylae 4). So ook van

die Marie Stopes-klinieke in die Wes-Kaap vanaf die programdirekteur van Marie Stopes, SA (Andy Raman 2011 Bylae 4).

Hierdie instellings se bestuurders (staatsgesondheidsorgdienste asook Marie Stopes-klinieke) is deur die navorser gekontak om toestemming vir die studie te verkry. Toestemming was van die Wes-Kaapse Departement van Gesondheid asook onderskeidelik Tygerberg- en Groote Schuur-hospitale sowel as vanaf die Marie Stopes - klinieke verkry om die studie in die Wes-Kaap te doen (Bylae 3). Die dienste wat toestemming verleen het, is in die navorsing gebruik (Tabel 4.1).

Die instelling-steekproefgrootte was soos volg: Die aantal instellings waar data ingesamel is, is 25 naamlik; 22 in die Wes-Kaapse staatsinstellings en al drie (3) die Marie Stopes-klinieke

Tabel 4.1: Steekproefneming van staatsgesondheidsorgfasiliteite wat terminasie van swangerskapdienste voorsien sowel as die Marie Stopes- klinieke in die Wes-Kaap (n=25)

Aangewese staatsgesondheidsorgfasiliteit	Aanvanklike steekproef Totaal	Totale aantal dienste gebruik na toestemming verkry is en diens-verskaffing in aanmerking geneem is.	Totaal
TERSIËRE HOSPITALE	2		2
Groote Schuur	1	Toestemming	1
Tygerberg	1	Toestemming	1
SEKONDÊRE HOSPITALE	7		6
GF Jooste	1	Toestemming	1
Helderberg	1	Toestemming	1
Somerset	1	Toestemming	1
Worcester	1	Toestemming	1
Paarl	1	Toestemming	1
Karl Bremer Sluit 'roving team sister' in.	1	Toestemming	1
Victoria	1	Geen toestemming	0
DISTRIKPROVINSIALE HOSPITALE	16		11
False Bay	1	Toestemming	1
Eerste River	1	Toestemming vanaf Dept. van Gesondheid, maar nie van instansie.	0
Wesfleur	1	Toestemming	1
Otto Du Plessis	1	Toestemming	1

Hermanus	1	Toestemming	1
Caledon	1	Toestemming	1
Montague Robertson en Swellendam	3	Toestemming (1 verpleegkundige vir al 3 hospitale)	3
Rade Kotze	1	Toestemming, geen persoon wat TVS doen, verwys na Vredendal.	0
Vredenburg	1	Toestemming vanaf Dept. van Gesondheid, maar nie van instansie.	0
Swartland	1	Toestemming vanaf Dept. van Gesondheid, maar nie van instansie.	0
Ceres	1	Toestemming	1
Clanwilliam	1	Toestemming, geen person van TVS doen, verwys na Vredendal.	0
Stellenbosch	1	Toestemming	1
Vredendal	1	Toestemming	1
GEMEENSKAP GESONDHEIDSENTRA	8		3
Michael Mapongwana CHC	1	Toestemming vanaf Dept. van Gesondheid, maar nie van instansie.	0
Kuasa CHC	1	Geen toestemming	0
Nolungili CHC	1	Geen toestemming	0
Mitchell's Plain CHC	1	Toestemming	1
Lady Michaelis CHC	1	Toestemming	1
TC Newman CHC	1	Toestemming	1
Lapa Munnik	1	Geen toestemming	0
2 Military Hospital	1	Geen toestemming	0
Hospitale waar terminasie van swangerskapdienste na Marie Stopes uitgekontraakteer is (Sentrale Karoo en Eden Distrikte).	6		0
Prince Albert George Knysna Ladismith Mossel Bay Oudtshoorn Riversdal Heidelberg Hospitaal Heidelberg Gemeenskapgesondheidsentrum		1ste en 2de trimester terminasie van swangerskap uitgekontraakteer na Marie Stopes op George.	0

PRIVAAT VERSKAFFER: MARIE STOPEs	3		3
<i>Wynberg</i>	1	Toestemming	1
<i>Kaapstad</i>	1	Toestemming	1
<i>George</i>	1	Toestemming	1
Totaal	42		25 (n=25)

4.3.2.3 *Selektering van respondente*

Die term *respondent* verwys na 'n persoon wat data vir analise voorsien as gevolg van 'n respons op 'n vraelys (Babbie en Mouton 2006:647). 'n Persoon wat 'n vraelys soos deur die navorser saamgestel, voltooi (Polit and Beck 2010:567). Die *respondente* vir die huidige studie was verpleegkundiges wat in terminasie van swangerskapafdelings in staatsgesondheidsorgdienste in die Wes-Kaap werk asook die verpleegkundige werksaam by Marie Stopes-klinieke in die Wes-Kaap. Hierdie verpleegkundiges is as professionele verpleegkundiges of vroedvroue by die SARV met of sonder die kwalifikasie om terminasie van swangerkskapprocedure uit te voer tot en met 12 weke gestasie, geregistreer, soos in paragraaf 1(c en d) gestipuleer, soos in Wet No 92 van 1996 verwys, soos gewysig (Suid-Afrika 2008:2). Hierdie verpleegkundiges moes ook op een of ander manier terminasie van swangerskapkliënte versorg het, voor, tydens en na 'n terminasie van swangerskap; insluitend die verpleegkundige wat die swangerskap tot en met 12 weke gestasie getermineer het - soos in paragraaf 2(2) gestipuleer, soos verwys in Wet No 92 van 1996 soos gewysig (Suid-Afrika 1996:5)

Die populasie waaruit *respondente* getrek kon word, was verpleegkundiges; naamlik al die verpleegkundiges wat by terminasie van swangerskap betrokke is in die betrokke afdelings in staatsgesondheidsorgdienste in Suid-Afrika asook verpleegkundiges wat by Suid-Afrikaanse Marie Stopes-klinieke werksaam is.

Die teikenpopulasie vir respondente was verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskapafdelings in staatsgesondheidsorgdienste in die Wes-Kaap asook verpleegkundiges in diens van Marie Stopes-klinieke in die Wes-Kaap is.

Die insluitingskriteria vir *respondente* (verpleegkundiges):

- Moes as professionele verpleegkundige of vroedvrou by die SARV met of sonder die kwalifikasie om terminasie van swangerkskapprocedure uit te voer tot en met 12 weke gestasie, geregistreer wees, soos in paragraaf 1(c en d), gestipuleer is soos verwys en gewysig in Wet No 92 van 1996 is (Suid-Afrika 2008:2).

- Moes terminasie van swangerskapkliënte op een of ander manier versorg hetsy voor, tydens, of nadat die swangerskappe getermineer is tot en met 12 weke gestasie soos gestipuleer in paragraaf 2(2) soos verwys in Wet No 92 van 1996 soos gewysig (Suid-Afrika 1996:5)

Die toeganklike populasie vir die selektering van respondente was die verpleegkundiges wat in terminasie van swangerskapafdelings werksaam is (by die instellings wat toestemming tot die studie verleen het) in staatsgesondheidsorgdienste in die Wes-Kaap asook verpleegkundiges wat by Marie Stopes-klinieke in die Wes-Kaap in diens is. Hulle was bereid om aan die navorsing deel te neem en het ingestem tot deelname aan die studie.

Die metode van steekproefneming het die volgende ingesluit: 'n Nie-waarskynlike gerieflikheidsteekproefnemingsmetode is vir die selektering van respondente vir hierdie studie gebruik. Gerieflikheidsteekproefneming volgens Burns and Grove (2007:337-338, 535) sluit in subjekte in die studie wat op die regte tyd op die regte plek is en beskikbaar is (Polit and Beck 2010:309,550), met toevoeging van beskikbare subjekte tot die verwagte steekproefgrootte bereik is (Welman et al 2007:69).

Voordele

- Goedkoop
- Beschikbaar
- Minder tydrowend.

(Burns and Grove 2007:337-338; Welman et al 2007:69-70)

Nadele

- Risiko van oorhelling (bias).
- Beheer oor steekproefinhoud is laag.
- Kanse dat die steekproef nie verteenwoordig is nie.
- Instellings.

(Burns and Grove 2007:337-338; Polit and Beck 2010:309; Welman et al 2007:69-70)

Die metode van steekproefneming het die volgende ingesluit: 'n nie-waarskynlike gerieflikheidsteekproefneming van verpleegkundiges wat in terminasie van swangerskapafdelings werk (sorg verskaf voor, tydens en na die terminasie van swangerskap asook verpleegkundiges wat terminasie van swangerskapprosedure uitvoer tot en met 12 weke gestasie) (par. 1.4). Vir die tydperk 24 Januarie tot 11 April 2011, is

verpleegkundiges wat beskikbaar was en in hierdie afdelings werk, geselekteer om te verseker dat deelnemers met gespesialiseerde kennis en ondervinding wat die meeste ooreenstem en verteenwoordigend van die populasie is en dit wat ondersoek was, ingesluit word (Basavanthappa 2007:564; Burns and Grove 2007:344; Polit and Beck 2008:343). Die bestuurders van die onderskeie instellings is deur die navorser gekontak om die aantal respondente wat swangerskappe termineer, per instelling te verkry (Tabel 4.2).

Die steekproefgrootte vir respondente was twee-en-tagtig (82). Tabelle 4.1 en 4.2 gee 'n uiteensetting van die steekproefneming van respondente.

Tabel 4.2: Steekproefneming van die verpleegkundiges wat terminasie van swangerskapdienste voorsien, sowel as die verpleegkundiges van die Marie Stopes-klinieke, Wes-Kaap (N=82)

Aangewese staatsgesondheidsorgfasiliteit	Aanvanklike aantal respondente	Aantal respondente wat vraelyste voltooi het	Wyse waarop vraelyste uitgegee is	% Terugvoer
TERSIËRE HOSPITALE				
Groote Schuur	10	9	Navorser	90
Tygerberg	27	18	Navorser	66.67
SEKONDÊRE HOSPITALE				
GF Jooste	5	4	Navorser	80
Helderberg	7	1	e-pos	14.29
Somerset	5	5	Navorser	100
Worcester	2	2	e-pos	100
Paarl	22	10	Navorser	45.45
Karl Bremer Sluit 'roving team sister' in.	8	7	Navorser	87.5
DISTRIK\PROVINSIALE HOSPITALE				
False Bay	1	1	e-pos	100
Wesfleur	2	2	e-pos	100
Otto Du Plessis	14	6	e-pos	42.86
Hermanus	1	1	e-pos	100
Caledon	2	0	e-pos	0
Montague Robertson en Swellendam	1	1	Pos	100
Ceres	2	0	e-pos	0

Stellenbosch	5	1	e-pos	20
Vredendal	10	2	Navorser	20
GEMEENSKAP GESONDHEIDSENTRA				
Mitchell's Plain CHC	2	1	Navorser	50
Lady Michaelis CHC	1	1	Navorser	100
TC Newman CHC	7	6	e-pos	85.71
PRIVAAT VERSKAFFER: MARIE STOPES				
<i>Wynberg</i>	2	2	Navorser	100
<i>Kaapstad</i>	2	1	Navorser	50
<i>George</i>	2	1	e-pos	50
Totaal	140	82		58.57

4.4 DATA-INSAMELING

Data-insameling vir hierdie studie het gedurende 24 Januarie tot 11 April 2011, by 21 staatsgesondheidsorgdienste en 3 Marie Stopes-klinieke plaasgevind wat vir terminasie van swangerskapdienste (n=25) in die Wes-Kaap beskikbaar is. 'n Self-ontwerpte, selfvoltooiingsvraelys, is gebruik. Die vraelys het oop- en geslote vrae ingesluit waarvolgens respondente feite, kennis, idees, gedrag, voorkeure, probleme, gevoelens, houdings, opinies en persepsies kon weergee ten opsigte van terminasie van swangerskap en aspekte wat daarmee verband hou (Basavanhappa 2007:407; Burns and Grove 2007:382,551; Polit and Beck 2008:414).

4.4.1 Vraelys

Die Vraelys (par 1.6.5) (Bylae 2) was spesifiek ontwerp aan die hand van beskikbare literatuur (Hfst. 3) en aan die hand van King se Sisteembenadering as grondslag vir die Doelwitbereikingsteorie wat as rigtinggewende struktuur vir hierdie studie gedien het (sien ook Hoofstuk 2).

Daar is op 'n vraelys as 'n data-insamelingsinstrument besluit aangesien dit:

- 'n relatief goedkoop data-insamelingsmetode is
- nie tydrowend is nie
- anonimiteit bevorder, aangesien respondente geensins identifiseer kan word nie
- 'n respondent toelaat om die vraelys sonder beïnvloeding deur ander te voltooi (Polit and Beck 2008:423-424)

- vrae word op dieselfde manier aan alle respondente gevra wat die kans van oorhelling verlaag (skewing)
- vrae kan ontwerp word om inligting in te samel van die respondente wat oor houdings, gebeurtenisse, opinies en kennis handel
- kan gebruik word vir 'n groot steekproef (Basavanthappa 2007:331-332; Burns and Grove 2005: 398-399; Burns and Grove 2007:382; Schneider, Whitehead, Elliot, Lo Biondo-Wood & Harber 2007:198).

Die vraelys was in Engels aan respondente voorgelê, aangesien dit een van die drie amptelike tale in die Wes-Kaap is (Western Cape Language Policy). Die vraelys is deur die verpleegkundiges voltooi. Hierdie verpleegkundiges se algemene kommunikasietaal in staatgesondheidsorgdienste en Marie Stopes-klinieke, is Engels .

Die vrae was so saamgestel dat die respondente dit makliker kon beantwoord. Die vraelys was ook so saamgestel dat dit die vergelyking tussen veranderlikes en data-analise vergemaklik het. Geslote vrae was in die vraelys ingesluit. Hierdie vrae het uit 'n vasgestelde aantal response bestaan; in die formaat van

- Digotome vrae waar “ja” en “nee”, religieuse keuses moes aangedui word.
- Likertskale, waar items van 'n 4-punt skaal vergesel is.
- Semantiese differensiële skale, waar twee teenoorgestelde byvoeglike naamwoorde op 'n 7- punt skaal houdings van respondent jeens 'n bepaalde onderwerp meet (Burns and Grove 2007:389).
- Veelvuldige keuse, wat meer as twee alternatiewe bevat.
- Verduidelikende vrae, waar 'n reeks stellings rakende 'n onderwerp waaruit 'n keuse gemaak moes word (Basavanthappa 2007:415; Burns en Grove 2007:382; Schneider et al 2007:196), daargestel was.

Die geslote vrae is saamgestel voor die vraelys uitgegee is en nie tydens die voltooiing deur die respondente nie. Die gestruktureerde vrae het 'n lys antwoorde bevat waaruit die respondent 'n keuse of keuses moes maak. Die respondente was dus tot alternatiewe beperk (Babbie and Mouton 2006: 233; Basavanthappa 2007:416).

Oop vrae was ook in die vraelys ingesluit, vrae wat ongestruktureerd was, waar respondente vrae in hul eie woorde kon beantwoord (Basavanthappa 2007:415; Burns and Grove 2007:382; Schneider et al 2007:196). Hierdie oop vrae het bygedra tot 'n meer volledige weergawe van die respondente se gevoelens en sienings (Basavanthappa 2007: 416). Respondente kon sy of haar eie antwoord op die vraag verskaf (Babbie en Mouton

2006:233). Hierdie kwalitatiewe data is gekodeer en in kwalitatiewe formaat bespreek (Hfst 5).

4.4.1.1 Samestelling van die instrument

Die selfvotooiingsvraelys bestaan uit drie afdelings met 'n totaal van 325 items (Tabel 4.3).

Afdeling 1: Die persoonlike sisteem

Hierdie gedeelte van die vraelys handel oor data wat die verpleegkundige se biografie, kulturele- en godsdiens-agtergrond, persoonlike ontwikkeling, werkservaring in terminasie van swangerskapafdelings, stres, persepsie en houding jeens terminasie van swangerskap insluit (vrae 1.1-1.25). Hierdie afdeling het uit 174 items bestaan en sluit Digotome, veelvuldige keuse en oop vrae asook Likertskale in. Hierdie data was veral van belang om 'n beskrywende profiel te verskaf van die verpleegkundige se houding en persepsie jeens terminasie van swangerskap.

Afdeling 2: Interpersoonlike sisteem

Hierdie gedeelte van die vraelys fokus op die verpleegkundige se ervaring en persepsie van interaksie met die kliënt, personeel, belangrike ander en die fetus. Dit sluit ook haar siening en ervaring van haar verpleegsorg (transaksies) in (vrae 2.1-2.7). So ook haar waardering vir menselebens. Hierdie afdeling bestaan uit 77 items en sluit Likertskale sowel as semantiese differensiasie-skale in.

Afdeling 3: Sosiale sisteem

Hierdie gedeelte van die vraelys fokus op die verpleegkundige se persepsie van die sosiale sisteem wat die werkgewer (gesondheidsorgdiens met bestaande beleid en organisatoriese strukture) en die Wetgewende gesag en wetgewing as sulks insluit (vrae 3.1-3.7). Hierdie afdeling het uit 59 items bestaan. Hierdie afdeling was van belang om te bepaal hoe die verpleegkundige die gesondheidsorgfasiliteit ervaar asook die wetgewing waarbinne terminasie van swangerskap uitgevoer word, naamlik die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, No 92 van 1996, soos gewysig (Suid-Afrika 1996). Hierdie afdeling sluit digotome en oop vrae in sowel as Likertskale. 'n Oop vraag oor die verpleegkundige se siening van haar rol in die terminasie van swangerskapafdeling (Tabel 4.3) was ook ingesluit.

Tabel4.3: Totale aantal items en vraagnommers van die vraelys

Afdelings	Vrae	Vraag nommers	Totale items	Tipe vraag
1) Persoonlike sisteem en ontwikkeling	Biografiese gegewens	1.1-1.5	7	Digotome,veelvuldige keuse, oop, Likertskaal(4 punt)
	Opleiding en area van werkverrigting	1.6-1.14	43	Digotome,veelvuldige keuse, oop, Likertskaal(4 punt)
	Persoonlike ondervinding t.o.v. TVS	1.15	21	Likertskaal (4 punt)-houding
	Verhouding met kliënte	1.16	8	Likertskaal (4 punt)-houding
	Gevoel rakende tipe werk in TVS afdeling en TVS	1.17-1.18	17	Semantiese differensiële skale(10 punt)
	Persepsie van die kliënte	1.19	10	Likertskaal (4 punt)-houding
	Gevoelens en simptome rakende werk in die TVS afdeling	1.20	16	Likertskaal (4 (kategorieë opsies)-frekwensie
	Streshantering aktiwiteite\maatstawe	1.21	16	Likertskaal (4 punt)-houding
	Houding teenoor kliënte	1.21	9	Likertskaal (4 punt)-houding
	Gevoelens rakende die self	1.22	9	Likertskaal (4 punt)-houding
	Gevoelens rakende 'kommitment' t.o.v verpleegsterskode.	1.24	11	Likertskaal (4 punt)-houding
	Gevoelens rakende TVS	1.25	7	Likertskaal (4 punt)-houding
2) Interpersoonlike sisteem	Ondersteuningsisteme beskikbaar vir verpleegkundige	2.1	16	Likertskaal (4 punt)-houding
	Kliënt berading	2.2	11	Likertskaal (4 punt)-houding
	Beradingstegnieke	2.3	8	Likertskaal (4 punt)-houding
	Kommunikasietegnieke	2.4	8	Likertskaal (4 punt)-houding
	Persone wat ondersteuning verleen	2.5	7	Likertskaal (5 kategorieë opsies)-frekwensie
	Kliënthantering	2.6	16	Likertskaal (4 punt)-houding
	Fetus	2.7	11	Likertskaal (4 punt)-houding
3) Sosiale Sisteem	TVS-WETGEWING	3.1	15	
	Stellings rakende instansie waar die verpleegkundige werksaam is.	3.2	14	Likertskaal (4 punt)-houding
	Ondersteuning beskikbaar vir verpleegkundiges.	3.3	21	Likertskaal (4 punt)-houding

	Verwagte bestuursondersteuning	3.3.2	1	Oop
	Etiese riglyne van die SARV	3.4	8	Likertskaal (4 punt)-houding
	SARV se stellings t.o.v. verpleging en TVS	3.5	7	Likertskaal (4 punt)-houding
	Betrokkenheid by wetlike en aangeleenthede en ondersteuning van bestuur	3.6	6	Digitome en Likert- skaal (4 kategorië opsies)-frekwensie
	Verpleegkundige se rol in die TVS afdeling	3.7	1	Oop
TOTAAL			325	

4.4.1.2 Rasionaal vir die gebruik van vraelys

'n Vraelys was as data-insamelingsinstrument vir hierdie studie gekies, om die volgende redes:

- *Anonimiteit*, was 'n belangrike oorweging tydens die keuse van 'n data-insamelingsinstrument vir hierdie studie. 'n Vraelys bevorder anonimiteit wat veral van belang is met terminasie van swangerskap. Dit is 'n sensitiewe onderwerp wat persoonlike gevoelens en oortuigings aanraak. Die navorsingsontwerp van hierdie studie is kwantitatief, wat nomoteties van aard is, met ander woorde fokus op veralgemening. Terwyl kwalitatiewe navorsingsontwerp meer ideografies is en op 'n spesifieke geval of gebeurtenis fokus. Hierdie nomotetiese aard van die kwantitatiewe navorsingsontwerp dra by tot die handhawing van anonimiteit (Babbie and Mouton 2006:272). Die respondente kon geensins geïdentifiseer word nie, aangesien die navorser kodes op die vraelyste aangebring het nadat data ingesamel was. Anonimiteit van die respondent het ook teweeggebring dat die respondente eerliker antwoorde kon weergee, as sou onderhoude gebruik word, waar die sosiale aanvaarbare response 'n effek kon hê (Burns and Grove 2007:212, Marshall, Gould & Roberts 1994:569). Verpleegkundiges kon ook persoonlike menings sonder vrees vir viktimisasie weergee omdat hulle juis nie geïdentifiseer kon word nie.
- Respondente was toegelaat om die vraelys sonder enige invloed van ander te voltooi (Polit en Beck 2008:423-424).
- Vrae was op dieselfde manier aan alle respondente gevra wat die kans van oorhelling (skewing) van response positief of negatief verminder het.
- Vrae kon ontwerp word om inligting van respondente in te samel wat oor houdings, gebeurtenisse, opinies en kennis handel (Burns and Grove 2007: 382).
- Vraelyste is 'n relatief goedkoop data-insamelingsinstrument.

- Minder tydrowend as byvoorbeeld onderhoude.

4.4.1.3 Voortoetsing van die instrument

Volgens Polit and Beck (2008:380) is voortoetsing van 'n nuut ontwikkelde instrument belangrik sodat dit geëvalueer en verbeter/verfyn (Burns en Grove 2007:38) kan word. Hierdie proses assesser die kwaliteit van die instrument in geheel (geldigheid en betroubaarheid) en die vermoë van die individuele item om tussen respondente te onderskei (variasie in itemrespons) (Schneider et al 2007:219). Die administratiewe proses van die instrument word ook gestandardiseer (Schneider et al 2007:219). Hierdie voortoetsing word op 'n kleiner aantal respondente gedoen wat met die steekproef vergelyk kan word, maar is nie deel van die steekproef nie. Die uitslag van die voortoetsing word dan geïnkorporeer wanneer die instrument verbeter word (WGO 2001:178).

Volgens Polit and Beck (2008:380) en LoBiondo-Wood and Harber (2002:199) is die doel van 'n voortoetsing om:

- Te bepaal hoe lank dit neem om die vraelys te voltooi.
- Afdelings van die vraelys wat moeilik leesbaar en onduidelik is en tot verkeerde interpretasie kan lei, te identifiseer.
- Onsensitiewe vrae te identifiseer.
- Te bepaal of die volgorde van die vrae sinvol is.
- Die behoefte vir opleiding van die veldwerkers te identifiseer.
- Die geldigheid en betroubaarheid van die instrument te bepaal.

Tydens voortoetsing is die data-insamelingsinstrument getoets voordat daar aktief met die navorsing begin was. Korreksies was aangebring waar probleme ondervind was; soos byvoorbeeld met instruksies, bewoording en die duidelikheid van die vrae in die vraelys (Basavanhappa 2007:437-441). Elke persoon wat die vraelys voltooi het, moes ook 'n beraamingsdokument (Bylae 2b) rakende die vraelys voltooi sodat veranderinge aan die vraelys gedoen kon word waar nodig. Taalkundige veranderinge was ook aangebring. Die voortoets van die instrument is gedoen deur dit aan die volgende persone vir voltooiing voor te lê (Tabel 4.4):

Tabel 4.4: Persone betrek by voortoetsing van die instrument

Kategorieë van persone wat instrument gedurende voortoetsing voltooi het	Getal vraelyste versprei
Berader, wat soms studente vir TOP verwys	1
Vroedvrou	1
Gemeenskapsverpleegkunde lektor	1
Finale jaar verpleegstudente (4 jaar kursus)	2
Statistikus om die items op die vraelys te bestudeer vir die statistiese ontleding later	1
Geregistreerde verpleegkundige wat 'n reprodktiewe gesondheidsorg- spesialis is	1
TOTAAL	7

4.4.1.4 Data-insamelingsplan

Die data-insamelingsplan wat die prosedures vir data-insameling uiteengesit het, is deur die navorser vir hierdie studie ontwikkel (Burns and Grove 2005: 421; Polit and Beck 2008:38). Data-insameling het tussen 24 Januarie tot 11 April 2011 geskied. Die volgende stappe is gevolg:

5. Toestemming vir die studie was van die Wes-Kaapse Departement van Gesondheid verkry asook onderskeidelik Tygerberg- en Groote Schuur- Hospitale sowel as vanaf die Marie Stopes-klinieke om die studie in die Wes-Kaap uit te voer (Bylae 3).
6. Toestemming vir data-insameling is van die persoon in beheer van elke instansie verkry.
7. Daarna is die verpleegdiensbestuurders van die betrokke instansies gekontak wat toe aan die navorser verduidelik het watter metode van verspreiding van die data-insamelingsinstrument die betrokke terminasie van swangerskapafdeling sou pas, hetsy deur die navorser, e-pos of pos. Die navorser het toe die vraelyste volgens hierdie aanwysings versprei (Tabel 4.5). Die wyse waarop die vraelys versprei was, het hoofsaaklik op die betrokke instansie se versoek berus sodat verpleegsorg van kliënte nie beïnvloed was nie.
8. Verspreiding van die vraelyste het as volg plaasgevind (tabel 4.5):

- *Deur die navorser self*

Die navorser het persoonlik die vraelyste by die instansies afgelewer waar persoonlike aflewering per hand verkies was. Vraelyste was by die instansies vir voltooiing gelaat en daar was op 'n datum vir die afhaal daarvan ooreengekom. Vraelyste was nie onmiddellik deur respondente voltooi nie. By sommige instansies werk die respondente skofte. Respondente moes ook gedurende

aandienstye na kliënte omsien. 'n Baie belangrike aspek vir hierdie studie was die belang van pasiëntesorg, dat dit te alle tye bo die belang van data-insameling (par. 3.7.1.1.3) gestel sou word. Gevolglik was daar nie voldoende tyd om die vraelyste tydens werksure te voltooi nie. Dit het meegebring dat respondente die vraelyste tydens etenstye of na werksure moes voltooi om te verhoed dat die navorsing inbreuk op pasiëntsorg maak voor, tydens en na die terminasie van 'n swangerskap. Respondente kon dus self kies waar en wanneer hul die vraelyste wou voltooi om sodoende nie kliëntesorg te benadeel nie. Die navorser het self vraelyste by 11 instansies afgelewer, 'n Totaal van 94 vraelyste was so afgelewer en 60 vraelyste was terugontvang (Tabel 4.5).

- *Per e-pos*

Vraelyste is na elf (11) instansies per e-pos aangestuur soos versoek. Hierdie vraelyste is dan of per e-pos, faks of interne pos terug gestuur na die navorser. 'n Totaal van 45 vraelyste is aangestuur en 'n totaal van 21 vraelyste is terug ontvang (Tabel 4.5).

- *Per pos*

Een vraelys was per pos gestuur soos aangevra was. Dit is na voltooiing aan die navorser per faksimilee teruggestuur (Tabel 4.5).

Tabel 4.5: Verspreiding van vraelyste

Metode van verspreiding van vraelyste	Aantal Instansies	Aantal vraelyste versprei	Aantal vraelyste ontvang	% response
Per pos	1	1	1	100
Per e-pos	11	45	21	46.67
Navorser self	11	94	60	63.83
TOTAAL	23	140	82	58.57

4.5 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID

Dit is belangrik vir navorsers om al die aspekte van betroubaarheid en geldigheid te ondersoek om te verseker dat moontlike foute wat in die studie kan intree, tot die minimum beperk sal word. Dít maak die bevindings van die studie meer geloofwaardig. Geldigheid en betroubaarheid is dus baie belangrike aspekte in die navorsingsproses. Sou dit nie daar wees nie, kan die gevolgtrekkings wat op bevindings berus, nie met vertroue in die praktyk

veralgemeen of toegepas word nie (LoBiondo-Wood en Haber 2002:329, Schneider et al 2007:207).

4.5.1 Geldigheid

Die geldigheid van 'n instrument word weerspieël deur die mate waartoe dit meet wat dit veronderstel is om te meet. Die mate van die geldigheid van 'n instrument word eerder bepaal as wat geldigheid as 'n entiteit bepaal word (Burns and Grove 2007:365; De Vos 2000:83; LoBiondo-Wood and Haber 2002:314; Schneider et al 2007:213). Met betrekking tot die huidige navorsing behels dit die verpleegkundige\respondent se persepsie van terminasie van swangerskap en haar persepsie van haar houding en gedrag teenoor kliënte wat versoek dat haar/hulle swangerskappe getermineer word - aan die hand van King se konseptuele sisteme en doewitbereikingsteorie. Geldigheid spreek die toepaslikheid, betekenisvolheid en bruikbaarheid van die spesifieke inferensies wat van die instrument se uitslag (scores) gemaak is, aan, nie die scores self nie (Burns and Grove 2005:376,377) .

Die tipes geldighede wat vir hierdie studie getoets was, was inhoud -, sig - en konstruktgeldigheid.

4.5.1.1 Inhoudsgeldigheid

Inhoudsgeldigheid as 'n maatstaf sluit al die belangrike relevante elemente van die konstrukt wat gemeet word, in. Bewyse van inhoud, relevant tot inhoudsgeldigheid, word van die literatuur verkry, relevante bevolkings- en die inhouds- kundiges in die veld van die navorsingsonderwerp (Babbie en Mouton 2006:641; Burns and Grove 2005: 737,732; De Vos 2001:84; Schneider et al 2007:214). Dit is belangrik dat wanneer 'n instrument ontwerp word, die items in die instrument verteenwoordigend is van die verskynsels of veranderlikes wat die navorser beplan om te meet (LoBiondo-Wood en Haber 2002:314).

Inhoudsgeldigheid vir hierdie studie was as volg verseker:

- 'n Literatuurstudie wat nasionale en internasionale bronne soos boeke, artikels, ander teorieë en navorsingstudies insluit (Hfst.3) (Burns en Grove 2005: 737,732).
- Die instrument was aan kundiges voorgelê om te bepaal of die items meet wat dit veronderstel is om te meet (par. 4.4.1.3) (De Vos 2000:84; Burns en Grove 2005:378).
- Gedurende die voortoetsing het respondente\kundiges skriftelike en verbale terugvoer gegee ten opsigte van die inhoud van die vrae na voltooiing van die post-voortoetsing-vraelys (Bylae 2b) (par. 4.4.1.3) (Polit and Beck 2008:380).

4.5.1.2 *Siggeldigheid*

Siggeldigheid verwys na die kwaliteit van empiriese aanwysings wat as redelike maatstaf gebruik word om 'n veranderlike empiries te meet. Dit verwys daarna of die instrument op die oog af blyk te meet wat dit veronderstel is om te meet; dat dit vir die persoon wat die vraelys voltooi, nie verwarrend is nie; dat die persoon besef wat dit is wat die instrument poog om te meet (Babbie and Mouton 2006:642; Burns and Grove 2005:377,737; Polit and Beck 2010:554). De Vos (1998:167) is van opinie dat indien daar iets met die siggeldigheid van 'n instrument skeel, dit tot weerstand by respondente kan lei om die instrument na behore te voltooi.

Tydens die huidige studie is die instrument vir siggeldigheid aan kundiges (Tabel 4.4) tydens en na die voortoetsing van die instrument voorgelê. Daar is ook aandag gegee aan estetiese voorkoms, verstaanbaarheid van instruksies, tyd vir voltooiing van die instrument toegestaan en die ingewikkeldheid rakende voltooiing van die instrument (De Vos 2000:84; LoBiondo-Wood and Haber 2002:315). Gedurende voortoetsing is probleme rakende items uitgeskakel deur middel van 'n post-voortoetsingsvraelys (Bylae 2b) wat die respondente\kundiges moes voltooi het. Dubbelsinnige, misleidende en onduidelike items is sodoende uitgeskakel en die toepaslikheid van items is bepaal. Die nodige veranderings om siggeldigheid te verbeter, is aangebring. Respondente het gehoop dat die inligting van hierdie studie wel verpleegkundiges sal help om hul verwagte rol in 'n terminasie van swangerskapafdeling beter te verstaan om sodoende gehalte verpleegsorg te verseker.

4.5.1.3 *Konstruktigheid*

Navorsing kan nie onderneem word sonder die gebruik van konstrakte nie. Wanneer navorsers 'n studie doen met spesifieke uitkomst, mense...is hier die "stand-ins" van algemene konstrakte. Konstruktigheid behels dus die ooreenstemming van die instrument met hoër orde konstrakte wat die instrument veronderstel is om te verteenwoordig (Polit and Beck 2008:299). Dit behels dus die geldigheid van die instrument in terme van onderliggende teorie (De Vos 2000:85; Schneider et al 2007:214). Volgens Polit and Beck (2008:299-301) behels konstruktigheid "careful attention to what we call things (i.e., construct labels) so that appropriate construct inferences can be made" King se Sisteembenadering en Doelwitbereikingsteorie is as rigtinggewende konstrukt in Hoofstuk twee bespreek. Die volgende konsepte vanuit King se Konseptuele sisteem is vir hierdie studie aangesny, naamlik:

- Konsepte wat verband hou met die persoonlike sisteem (par.2.5.1) is: persepsie, self, liggaamshouding, groei en ontwikkeling, tyd en ruimte (George 2002:244; King 1981:10; King 1992:20; Pearson, Vaughan, Fitzgerald 1996: 150).
- Konsepte wat verband hou met die interpersoonlike sisteem (par. 2.5.2) is: rol, interaksie, kommunikasie, transaksie en stres. Hierdie konsepte vorm dan ook die basis van die doelwitbereikingsteorie (George 2002:246; King 1981:59; King 1992: 20; Pearson et al 1996:150-151).
- Die konsepte wat verband hou met die sosiale sisteem (par.2.5.3) is: organisasie, mag, outoriteit, status, besluitneming en rol, en word vervolgens bespreek (George 2002:247; King1981:113-115; King 1992:20; Pearson et al 1996:151).

4.5.2 Betroubaarheid

Betroubaarheid van 'n instrument word beskou as die "extent to which the instrument yields the same results on repeated measures..... concerned with consistency, accuracy, precision, stability, equivalence and homogeneity" (LoBiondo-Wood and Haber 2002:319; Schneider et al 2007:209). Volgens Burns and Grove (2007:364-365) verwys betroubaarheid van 'n instrument na "consistency of measures obtained in the use of a particular instrument and is an indication of the extent of random error in the measurement method". 'n Instrument is dus betroubaar as die instrument na herhaaldelike toetsing dieselfde resultate weergee. Betroubaarheid beklemtoon dus hoe goed die instrument meet en nie wat dit meet nie (De Vos 2000:85-86.). Betroubaarheid van 'n instrument is belangrik, want geldigheid kan nie verseker word in die afwesigheid van betroubaarheid nie. Daar is ook tydens die huidige navorsing na kombinasies van items gesoek wat die hoogste Chronbach alfa's verskaf vir groepe items wat sekere konstrunkte of veranderlikes meet. Dit is dan ook hierdie kombinasies met die hoogste koëffisiënt alfa wat in Hoofstuk 5 bespreek word.

Die drie belangrikste kenmerke van betroubaarheid word as volg bespreek naamlik, stabiliteit, ekwivalensie (gelykheid) en homogeniteit (Basavanthappa 2007:436).

Stabiliteit

Stabiliteit in 'n navorsingsinstrument verwys na die instrument se vermoë om dieselfde resultate met herhaalde toetse weer te gee (Basavanthappa 2007: 436; Burns en Grove 2007:555; Schneider et al 2007:210). Stabiliteit word gemeet deur aan respondente dieselfde instrument op twee verskillende geleenthede te gee, binne 'n relatiewe kort tydperk en dan die response te vergelyk vir eenvormigheid. In hierdie studie is dit nie moontlik nie, want al die verpleegkundiges is nie elke dag aan diens nie. Die navorser het wel van verpleegstudente gebruik gemaak om stabiliteit van die instrument te meet deur die vraelys

op twee verskillende geleenthede aan hulle te oorhandig en het dan die response vir eenvormigheid vergelyk. Voortoetsing van die instrument (par. 4.4.1.3) het ook plaasgevind. Dit is ook van belang om te beseft dat stabiliteit ook eers werklik bepaal sal kan word indien die instrument herhaaldelik gebruik word.

Homogeniteit

Homogeniteit van 'n instrument beteken dat al die items in die instrument dieselfde konsepte of karaktertrekke meet (Basavanthappa 2007:436; Schneider et al 2007:212). Cronbach's alfa koëffisiënt is die toets wat die algemeenste gebruik word om interne konsistensie by vraelyste te bepaal (Burns en Grove 2007:542). Dit is nie so suksesvol met oopvraagvraelyste nie. In hierdie vraelys was daar geslote- sowel as oop vrae, hierdie oop vrae is gekwantifiseer. Gevolglik is daar na kombinasies van items gesoek wat die hoogste Chronbach alfa's (*'n statistiese prosedure is op die skaalitems gebruik om die interne betroubaarheid van skale te bepaal, as die Chronbach alpha onder 0.70 is, moet die navorser besluit of data ontleed gaan word, omdat dit onaanvaarbaar laag is; 'n waarde van 0.70 is aanvaarbaar. 'n Chronbach alpha koëffisiënt waarde van 0.80 tot 0.90 is 'n aanduiding dat die metingspeil betroubaar is (Burns en Grove 2007:403-404)*) het en is daar op hierdie beskrywings van die konstruksie gefokus.

Gelykheid (ekwivalensie)

Gelykheid in 'n instrument beteken dieselfde resultate word gekry wanneer gelyke of parallelle instrumente of prosedures gebruik word (Basavanthappa 2007:436; Schneider et al 2007:213). Gelykheid word selde in kliniese navorsing gebruik en was ook nie van toepassing op hierdie studie nie; aangesien 'n vraelys as data-insamelingsinstrument gebruik was en daar nie van observasie as data-insamelingstegniek gebruik gemaak was nie (Burns and Grove 2005:374-375)

Bestroubaarheid was, ter opsomming, as volg vir hierdie studie verseker:

- Voortoetsing van die instrument het plaasgevind (par. 4.4.1.3).
- Items was so eenvoudig as moontlik geformuleer en na die voortoetsing het herstrukturering van die vrae plaasgevind. Die navorser is van mening dat duidelik geformuleerde items nie oop is vir 'n verskeidenheid interpretasies nie en dus "herhaaldelik" dieselfde respons behoort te ontlok.
- Toepaslike beskrywende en inferensiële statistiese tegnieke is verseker (par.4.6), deurdat 'n statistikus gekonsulteer is voor, tydens en na data-insameling en tydens data-analise.

4.6 DATA-ANALISE

Data-analise word in detail in paragrawe 5.3.2 (statisties) en 5.3.3 (kwalitatief) bespreek. Op hierdie punt is dit nodig om te vermeld:

Kwantitatiewe data is op 'n Excel-werkblad aangebring en na die statistikus verwys. Data was met behulp van 'n statistikus Dr. S. Ellis ontleed (Departement van Statistiesedienste, Noordwes Universiteit) (Sien Bylae 4). Die vraelys was ontwerp om verwerkings met die rekenaar te vergemaklik. Die SPSS-program was gebruik, naamlik; SPSS Inc. (2009). PASW Statistics 18, Release Version 18.0.0. Copyright© by SPSS, Inc., Chicago, IL(www.spss.com). Al die vlakke van meting is in die vraelys verteenwoordig en die invloed wat die vlakke van meting op die beskikbaarheid en keuse van statistiese prosedures het, is gehandhaaf. Bevinding is dus nie gemanipuleer of gefabriseer nie. Beide beskrywende en inferensiële statistiese verwerkings van data is gedoen.

4.7 ETIESE OORWEGINGS

Wanneer navorsing in enige dissipline waar mense (respondente) betrokke is, gedoen word, is daar etiese beginsels waaraan voldoen moet word. Dit is belangrik dat die regte van hierdie mense (respondente) beskerm word (Polit and Hungler 2008:167). Die belangrikste oorweging van gesondheidsverwante navorsing is tog die positiewe verandering van die kwaliteit van lewe van die respondent, maar dit is belangrik dat die navorsing eties aanvaarbaar is; met ander woorde dit moet doen wat *goed* en *reg* is (Van der Wal soos in Pera en Van Tonder 2005:147) en die mense (respondente) moet teen fisieke en geestelike ongemak beskerm word (LoBiondo-Wood and Haber 2002:266). Verpleegnavorsing moet dus streef na eerlikheid, opregtheid, vaardigheid en ywerigheid (Burns en Grove 2005:176).

Die verteenwoordigende vier basiese etiese beginsels waaraan aandag gegee is, is:

- Respek vir outonomie
- Welwillendheid en nie-kwaadwilligheid
- geregtigheid

4.7.1 Respondente

Respondente is die persone wat data voorsien vir analise as gevolg van 'n respons op 'n vraelys (Babbie and Mouton 2006:647; Polit and Beck 2010:567).

4.7.1.1 Die beginsel van respek vir outonomie

Die beginsel van respek vir menslikheid fokus op outonome reg van die mens, die reg tot selfdeterminasie, die waarheid en ingeligte toestemming. Die reg tot selfdeterminasie was gerespekteer, respondente kon die keuse maak of hul aan die studie wil deelneem of nie, en

was nie verplig om deel te neem nie. Die reg tot ingeligte toestemming verseker dat respondente op enige stadium kan onttrek sou hulle dit so verkies (Burns and Grove 2007:212-221; LoBiondo-Wood and Haber 2002:270-277; Polit and Beck 2008:171-172; Van der Walt soos in Pera en Van Tonder 2005:152). Ten einde aan die beginsel van outonomie te voldoen, moet aandag gegee word aan privaatheid, ingeligte toestemming, anonimiteit, en eerlikheid, waarheid en vertroulikheid.

Reg tot privaatheid

Die respondent het die reg tot anonimiteit en vertroulikheid op die basis van die reg tot privaatheid. Die respondent het die reg tot anonimiteit en die reg om aan te neem dat die data wat ingesamel word, vertroulik is. Anonimiteit en vertroulikheid word as volg bespreek soos van toepassing vir hierdie studie.

Anonimiteit

Anonimiteit (par.4.4.1.2) verwys na die beskerming van die privaatheid van respondente, waar nie eens die navorser die respondent met die inligting wat ingesamel is kan verbind nie en die inligting wat verskaf is, word ook deur formele vertroulikheidsprosedures beskerm (Burns and Grove 2007:212; LoBiondo-Wood and Haber 2002:489; Van der Wal soos in Pera en Van Tonder 2005:154; Polit and Beck 2008:191). Die navorser het die vraelyste na die onderskeie gesondheidsorgdienste geneem, gepos of per e-pos aangestuur soos vooraf gereël. Die respondente was verseker dat geen name\identiteit van die respondente of die gesondheidsorgdienste bekend gemaak sal word nie. Geen respondent kon verbind word met enige voltooide vraelys nie. Sou die respondente wel ingeligte toestemming onderteken het, wat nie die geval was vir hierdie studie nie, was daar die moontlikheid dat die respondente anonimiteit kon betwyfel het.

Vertroulikheid

Vertroulikheid is die navorser se hantering van private inligting wat deur die respondent weergegee is, wat nie aan ander bekend gemaak of op enige ander manier beskikbaar gestel word nie behalwe vir hierdie spesifieke studie, tensy die respondent toestemming verleen (Burns and Grove 2007:212; LoBiondo-Wood and Haber 2002:490; Van der Wal soos in Pera en Van Tonder 2005:154; Polit and Beck 2008:180).

Vertroulikheid was as volg in hierdie studie verseker:

- Die respondente het geen toegang tot voltooide vraelyste gehad nie, koeverte wat geseël kon word, was saam met die vraelyste verskaf, sodat dit onmiddellik na voltooiing verseël kon word.
- Die respondente was ingelig oor hul reg tot weerhouding van inligting en dat hulle die voltooiing van die vraelys kan staak op enige oomblik indien hulle dit nie wil voltooi nie, sonder enige negatiewe gevolge.
- Name van die respondente sal nie bekend gemaak word in die navorsingsverslag nie.
- Die respondente was ingelig dat die data wat ingesamel is, net vir die doel gebruik sal word waarvoor die navorsing goedgekeur is.
- Die voltooide vraelyste sal in 'n geslote area bewaar word. Net die navorser en statistikus het toegang tot die voltooide vraelyste. Die navorser sal dit vernietig sodra die navorsingsverslag aanvaar is.
- Die resondente kon in 'n private area die vraelys voltooi.

Volgens Polit and Beck (2008:174) was respondente se reg tot privaatheid ook verder eerbiedig deur respondente regverdig en volgens gelyke regte te behandel, voor, tydens en na deelname aan die studie ten spyte van die inligting wat reeds bekend was oor hul benadering van terminasie van swangerskap. Die navorser het ook die doel, doelwitte en belang van die studie aan die respondente verduidelik. Ingeligte toestemming was ook verkry om vrywillig aan die studie deel te neem.

Ingeligte toestemming

Ingeligte toestemming is wanneer 'n voornemende respondent toestem om vrywillig aan 'n studie deel te neem nadat sy voldoende inligting rakende die studie ingesamel het (Burns and Grove 2007:543; Pera en Van Tonder 2005: 47; Schneier et al 2007:83-84).

Die navorser het toestemming verkry om die studie vanaf die volgende instansies en persone uit te voer:

Elke respondent was aangaande die doel ingelig, belangrikheid en voordele van die studie en hoe lank dit sal neem om die vraelys te voltooi, deur middel van die inligtingsbrief wat aan die vraelys aangeheg was. Om anonimiteit te verseker, is die respondente gevra om nie die instansie waar hulle werksaam is, se naam op die vraelys neer te skryf nie asook nie hul name daarop aan te bring nie. Die navorser se kontakbesonderhede was te alle tye beskikbaar. Die geleentheid om van die studie op enige tydstip te onttrek, was beskikbaar asook vrywillige toestemming (Burns en Grove 2007: 216-217).

Die respondente was ingelig ten opsigte van die aard van die studie, die respondent se reg om deelname te weier, die navorser se verantwoordelikheid, die moontlike risiko's en voordele en dat inligting na die voltooiing van die studie beskikbaar sal wees.

Ingeligte toestemming was dus verkry.

4.7.1.2 Die beginsel van welwillendheid en nie-kwaadwilligheid

Volgens die beginsel van welwillendheid berus die onus op die navorser om kwaadwillige optrede te vermy, voorkom of te minimaliseer en op te tree tot voordeel van die respondente. Navorsers mag nie net bewus wees van fisieke kwaadwillige optrede nie, maar ook van sielkundige kwaadwillige optrede, wat kan voorkom waar daar van respondente verwag word om vrae oor persoonlike sieninge te antwoord (Burns and Grove 2007:214-216; LoBiondo-Wood and Haber 2002:271-272; Polit and Beck 2008:170). Die navorser het as volg gepoog om die beginsels van welwillendheid toe te pas:

- Daar was geen risiko van fisieke skade ten opsigte van die respondente nie, hulle moes net 'n vraelys in privaatheid waar dit hulle pas, voltooi (“not to inflict evil or harm” (Pera soos in Pera en Van Tonder 2005:33)).
- Aanvaarbaarheid van die instrument (vraelys) is ook as volg in 'n aangehegte inligtingsbrief by elke vraelys verseker, wat die etiese aanvaarbaarheid van die instrument verseker het, deur die volgende aspekte te verduidelik:
 - Die doel van die studie.
 - Die tipe instrument.
 - Inligting rakende voltooiing van die instrument.
 - Versekering van die handhawing van anonimiteit en vertroulikheid.
 - Vrywillige toestemming is verkry deur die keuse om die vraelys te voltooi al dan nie.
 - Besikbaarheid van die navorser ten alle tye is aangedui asook haar kontakbesonderhede.
- Die navorser het probeer om sielkundige skade te vermy deur vrae versigtig te stel, kontaknommers was beskikbaar gestel sou daar verdere vrae of bekommernisse wees (“to prevent evil or harm” (Pera soos in Pera en Van Tonder 2005:33)).
- Respondente was verseker dat geen inligting wat deur hulle oorgedra word teen hulle gehou sou word of hulle sou benadeel nie en weer verseker van hul reg tot privaatheid wat vertroulikheid en anonimiteit insluit, om hulself te beskerm (“remove and prevent evil and harm” (Pera soos in Pera en Van Tonder 2005:33)).

- Die risiko\voordeel-ratio is volgens die optimale voordeel ten alle tye vir die respondente en minimale risiko ten alle tye bepaal (Burns and Grove 2007:227-228; LoBiondo-Wood and Haber 2002:281-282; Polit and Beck 2008:174-175). Dit was moontlik gemaak deur die verkryging van ingeligte toestemming (par.4.7.1.1) en die regverdige seleksie (par. 4.3.2) en behandeling van respondente. Die bydrae van hierdie studie tot verpleging was nie-terapeuties van aard nie, direkte sorg was nie gelewer nie (Burns en grove 2007: 227-228), maar daar is gepoog om verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskapafdelings se omstandighede te verbeter en so indirek verpleegsorg te verbeter (par.1.9) om uiteindelik 'n bydrae te lewer tot die uitbreiding oftewel die groei van verpleegkennis.

Die navorser het deur bogenoemde aspekte toe te pas, probeer om dit wat *goed* is, te bevorder (Pera soos in Pera en Van Tonder 2005:33).

4.7.1.3 Die beginsel van geregtigheid

Volgens die beginsel van geregtigheid het die respondente die reg tot regverdige behandeling en privaatheid. Privaatheid kan alleen verseker word, wanneer anonimiteit en vertroulikheid verseker is en ingeligte toestemming verskaf is (Van der Wal soos in Pera en Van Tonder 2005:154). Respondente het die reg tot regverdige nie-diskriminerende seleksie, nie-bevooroordeelde houding wanneer hulle weier om deel te neem of van die studie te onttrek, toegang tot navorser op enige tydstip van die studie vir inligting, toegang tot toepaslike professionele bystand as daar psigiese skade van enige aard is en respekvolle optrede te alle tye en ontladingsessies indien nodig (Burns and Grove 2007: 213214; LoBiondo-Wood and Haber 2002:272-275; Polit and Beck 2008:173-174). Die respondente se reg tot privaatheid word as volg vir hierdie studie bespreek.

4.7.2 Instellings waar die navorsing uitgevoer was

Volgens Van der Wal soos in Pera en Van Tonder (2005:154) is dit belangrik dat die instelling waar die navorsing uitgevoer word, soos 'n persoon hanteer word; "*It is imperative that the institution be treated as a person by the researcher.*" Dit was dus van belang dat die volgende aspekte in aanmerking geneem was ten tye van die uitvoer van die navorsing by die onderskeie instellings.

Ingeligte-toestemming en toestemming

Toestemming om die studie uit te voer was van die onderskeie instellings (Bylae 3) verkry, vir goedkeuring om die vraelyste aan die respondente vir data-insameling te versprei.

- Die navorsings- en etiese komitee van die Departement Gesondheidstudies van UNISA (Bylae 3).

- Die Wes-Kaapse Departement van Gesondheid (Bylae 3).
- Die Mediese Superintendente van onderskeidelik, Groote Schuur- en Tygerberg Hospitale (Bylae 3).
- Die programdirekteur van Marie Stopes, SA (Andy Raman 2011) (Bylae 3).

Anonimiteit

Die gesondheidsorgdienste se anonimiteit is verseker deur nie die betrokke gesondheidsorgdienste se name bekend te maak nie, soos ooreengekom tydens die verkryging van toestemming om die studie uit te voer by die onderskeie instellings (par. 4.7.2). Kodes is aan elke instelling toegeken.

4.7.3 Wetenskaplike integriteit van die navorser

Die wetenskaplike integriteit van die navorser verwys na die bevoegdheid van die navorser in die uitvoering van die navorsing. Die vertrouwe wat in 'n navorser geplaas kan word, word op opleiding, kwalifikasies en ondervinding gebaseer (Polit en Beck 2010:567). Al die etiese aspekte rakende die respondent en die instellings soos aangedui in paragrawe 4.7.1 en 4.7.2 van hierdie studie, bevestig die wetenskaplike integriteit van die navorser.

Bevoegdheid

Navorsingsintegriteit, bevoegdheid en eerlikheid van die navorser is relevant tot die hele navorsingsproses (Schneider et al 2007:91). Met verwysing na bevoegdheid en nalatigheid, beteken dit dat die navorsing wat onderneem word, binne die bevoegdheid van die navorser en navorsingspan moet val. Hierdie bevoegdheid verwys na professionele gesondheidsorg, bevoegdheid en navorsingsbevoegdheid. Dit is van belang dat die navorsingsonderwerp relevant en belangrik is en moet 'n bydrae kan lewer tot die breër samelewing soos in paragrawe 1.7 en 6.4.1 bespreek (Van der Wal soos in Pera en Van Tonder 2005:158).

Vir hierdie studie het die Navorsings- en etiese komitee van die Departement Gesondheidsstudies van die Universiteit van Suid-Afrika, die navorsingsvoorstel aanvaar. Die navorser moes dus self die bevoegdheid vir hierdie studie ontwikkel. 'n Studieleier en medestudieleier is aangestel om leiding te verskaf en die navorser moes self haar bevoegdheid verbeter deur te voldoen aan dit wat die studieleiers voorstel.

Wetenskaplike eerlikheid

Die wetenskaplike eerlikheid van die navorser is ten alle tye van belang (Schneider et al 2007:91). Dit is belangrik dat navorsingswangedrag en oneerlikheid voorkom moet word. Volgens Burns and Grove (2007:197); Polit and Hungler (2008:188) en Schneider et al (2007:91-92) sluit navorsingswangedrag in, oneerlike praktyke soos opmaking (fabrication),

namaking (falsification), vervalsing (forging) van data, oneerlike manipulasie van die studie-ontwerp en metodes, protokol ignorering, waninterpretasie van bevindings en plagiaat.

Volgens Babbie en Mouton (2006:526) is dit belangrik dat navorsers te alle tye streef na objektiwiteit en integriteit tydens die uitvoer van navorsing. Die navorser het te alle tye die volgende aspekte nagestreef:

- Volg die beste moontlike tegniese standaarde in die navorsing.
- Die beperkings van die studie moet aangetoon word. Die bevindings moet eerlik bespreek word.
- Data en observasies mag nie verander word nie.
- Bekendmaking van metodologie en tegnieke van analise is ten alle tye van belang.

Die navorser was te alle tye eerlik in die beplanning en uitvoering van die navorsing. Vervalsing en verandering van die inligting het nie plaasgevind nie. Die data-analise en interpretasie is deur 'n statistikus en kundiges in die veld van kwantitatiewe navorsing gedoen. Daar was dus konsensus rakende die finale navorsingsverslag.

4.8 OPSOMMING

In hierdie hoofstuk is die kwantitatiewe navorsingsparadigma met betrekking tot hierdie studie bespreek. Die bespreking in hierdie hoofstuk is rondom die navorsingsontwerp, instrument, steekproefneming, voortoetsing van die instrument, geldigheid en betroubaarheid sowel as die onderliggende etiese aspekte gestruktureer.

In hoofstuk 5 sal die uitkoms van die studie bespreek word.

HOOFSTUK 5: ONTLEDING EN INTERPRETASIE VAN DIE DATA

5.1 INLEIDING

In Hoofstuk 4 is die kwantitatiewe navorsingsparadigma as navorsingsontwerp vir hierdie studie bespreek. In hierdie hoofstuk word die data-analise gerapporteer.

Die data-analiseproses in die kwantitatiewe paradigma bestaan uit verskillende stadiums soos, die voorbereiding van data vir analise; beskrywing van die steekproef; bepaling van die betroubaarheid van die instrument; ondersoekende analise van die data; analise deur die hipoteses gerig; navorsingsvrae en –doelwitte en ‘n post-hoc analise (Burns and Grove 2007: 402-405). Data-analiseprosedures sluit onder andere statistiese toetsing in en die resultate van hierdie beskrywende en inferensiële statistieke word dan toegepas (LoBiondo-Wood en Harber 2002:47). Die doel van analise is: “To reduce data to an intelligible and interpretable form so that the relations of research problems can be studied, tested and conclusions drawn” (De Vos 2000:203). Die primêre doel van statistieke is om nummeriese data te evalueer, op te som en om die resultate met moontlike verwagtings te vergelyk. Die keuse van data-analisetegnieke vir hierdie studie is hoofsaaklik deur die navorsingsdoelwitte en -vrae, data-insamelingsinstrument en die steekproef gerig (Burns en Grove 2007:42; De Vos 2000:203). Kwantitatiewe data-analise behels dus die statistiese analise van die data volgens die vlakke waarop data gemeet is, naamlik op nominale-, ordinale-, interval- of ratio-vlak (Welman, Kruger, Mitchell 2007:138-140, 242).

Die resultate wat van die data-analise verkry word, vereis betekenisvolle interpretasie wat gevolgtrekking, oorweging van die implikasies vir verpleging, ondersoek van die beduidenheid van die bevindings, veralgemening van die bevindings en die voorstel van verdere navorsing behels (Burns en Grove 2007:42). Hierdie stap van die navorsing volg in Hoofstuk 6.

5.2 OORSIG OOR DATA-INSAMELING

Hierdie studie is kwantitatief van aard met ‘n baie klein kwalitatiewe data-komponent. Die kwalitatiewe-komponent sluit die oopvrae in die vraelys in. Die kwantitatiewe en kwalitatiewe data is deur verskillende metodes ontleed soos in paragrawe 5.3.2 en 5.3.3 beskryf.

Vir die huidige studie is ‘n nie-waarskynlike gerieflikheidssteekproefneming van verpleegkundiges (N=82) getrek wat in terminasie van swangerskapafdelings diens lewer. Hulle versorg kliënte voor, tydens en nadat swangerskappe tot en met 12 weke gestasie

getermineer is. Data was tussen 24 Januarie en 11 April 2011 (par. 4.4) ingesamel. Die self-ontwerpte en selfvoltooiingsvraelys was volgens King se Sisteembenadering en haar Doelwitbereikingsteorie gestruktureer. Tabel 5.1A (sien ook Tabel 4.3) gee 'n oorsig oor die inhoud en struktuur van die vraelys.

Tabel 5.1A: (Tabel 4.3) Totale aantal items en vraagnommers van die vraelys

Afdelings	Vrae	Vraag nommers	Totale items	Tipe vraag	
1) Persoonlike sisteem en ontwikkeling	Biografiese gegewens	1.1-1.5	7	Digotome,veelvuldige keuse, oop, Likertskaal(4 punt)	
	Opleiding en area van werkverrigting	1.6-1.14	43	Digotome,veelvuldige keuse, oop, Likertskaal(4 punt)	
		Persoonlike ondervinding t.o.v. TVS	1.15	21	Likertskaal (4 punt)-houding
	Verhouding met kliënte	1.16	8	Likertskaal (4 punt)-houding	
	Gevoel rakende tipe werk in TVS afdeling en TVS	1.17-1.18	17	Semantiese differensieskale(10 punt)	
	Persepsie van die kliënte	1.19	10	Likertskaal (4 punt)-houding	
	Gevoelens en simptome rakende werk in die TVS-afdeling	1.20	16	Likertskaal (4 (kategorieë opsies)-frekwensie	
	Streshantering aktiwiteite\maatstawe	1.21	16	Likertskaal (4 punt)-houding	
	Houding teenoor kliënte	1.21	9	Likertskaal (4 punt)-houding	
	Gevoelens rakende die self	1.22	9	Likertskaal (4 punt)-houding	
	Gevoelens rakende commitment t.o.v verpleegsterskode.	1.24	11	Likertskaal (4 punt)-houding	
	Gevoelens rakende TVS	1.25	7	Likertskaal (4 punt)-houding	
	2) Interpersoonlike sisteem	Ondersteuningsisteme beskikbaar vir verpleegkundige	2.1	16	Likertskaal (4 punt)-houding
		Kliënt berading	2.2	11	Likertskaal (4 punt)-houding

	Beradinstegnieke	2.3	8	Likertskaal (4 punt)- houding
	Kommunikasietegnieke	2.4	8	Likertskaal (4 punt)- houding
	Persone wat ondersteuning verleen	2.5	7	Likertskaal (5 kategorieë opsies)-frekwensie
	Kliënthantering	2.6	16	Likertskaal (4 punt)- houding
	Fetus	2.7	11	Likertskaal (4 punt)- houding
3) Sosiale Sisteem	TVS-WETGEWING	3.1	15	
	Stellings rakende instansie waar die verpleegkundige werksaam is.	3.2	14	Likertskaal (4 punt)- houding
	Ondersteuning beskikbaar vir verpleegkundiges.	3.3	21	Likertskaal (4 punt)- houding
	Verwagte bestuursondersteuning	3.3.2	1	Oop
	Etiese riglyne van die SARV	3.4	8	Likertskaal (4 punt)- houding
	SARV se stellings t.o.v. verpleging en TVS	3.5	7	Likertskaal (4 punt)- houding
	Betrokkenheid by wetlike en aangeleenthede en ondersteuning van bestuur	3.6	6	Digotome en Likertskaal (4 kategorieë opsies)- frekwensie
	Verpleegkundige se rol in die TVS- afdeling	3.7	1	Oop
TOTAAL			325	

5.3 OMVANG VAN DATA-ANALISE

Die kwantitatiewe data is op 'n Excel-werkblad aangebring en na die statistikus verwys. Data was met behulp van 'n statistikus ontleed, sien besonderhede in Bylae 4. Die vraelys was ontwerp om verwerking met die rekenaar te vergemaklik. Die SPSS-program was gebruik naamlik; SPSS Inc. (2009). PASW Statistics 18, Release Version 18.0.0. Copyright© by SPSS, Inc., Chicago, IL (www.spss.com).

5.3.1 Vlakke van meting

Meting is die toekenning van getalle aan objekte of gebeure volgens sekere reëls. Die metings- vlak word bepaal deur die aard van die objek of gebeure wat gemeet word (Burns and Grove 2007: 545; Schneider et al 2007:227). Die volgende vlakke van meting het die

analiseproses gerig naamlik: Vier vlakke van metings, soos volg bespreek, kan op die basis van die volgende kenmerke of getalle naamlik onderskeidbaarheid, rangorde, gelyke intervale en absolute grootte (Welman et al 2007:138) onderskei word.

- *Nominale meting*: Is die laagste vlak van meting en individue word in die geval van hierdie studie slegs in afsonderlike klasse verdeel soos die frekwensies en gemiddelde frekwensies van religieuse affiliasie, geslag, ras en etnisiteit (par.5.5.1.2, 5.5.1.3, 5.5.1.4). Die getalle wat aangeheg word, dien net as etikette om die klasse te onderskei (Burns and Grove 2007:363,547; Schneider et al 2007:227; Welman et al 2007:138).
- *Ordinale meting*: Rangorde van data vind plaas, maar die intervale tussen data is nie noodwendig eweredig of gelyk nie, soos byvoorbeeld hanteringsvlakke (Burns and Grove 2007:363-364,548; Schneider et al 2007:228; Welman et al 2007:139). Soos met al die Likertskaalitems, is daar orde tussen SBN, SNS, SS, en SBS in hierdie studie.
- *Intervalskaal*: Bevat al die inligting van die vorige twee skale. Dit onderskei in klasse, ken ook 'n bepaalde volgorde aan klasse toe, maar dit gee ook die numeriese afstand tussen die intervale op die skaal soos byvoorbeeld temperatuurskale (Burns and Grove 2007:364,544; Schneider et al 2007:228; Welman et al 2007:139). Voorbeelde hier is van saamgestelde veranderlikes, soos waar vrae bymekaar gevoeg was wat met respondente se gevoelens ten opsigte van groepsberading of hul gevoelens ten opsigte van ondersteuning beskikbaar vanaf bestuur (Tabel 5.1B).
- *Ratioskaal*: Hierdie skaal bevat al die eienskappe van die vorige skale. Dit is ook die hoogste vlak van meting en besit 'n absolute en vasgestelde nul-punt. Daar is dus 'n vaste verhouding tussen twee skaalpunte. Enige rekenkundige bewerking is toelaatbaar omdat telling op hierdie skaal absolute waarde besit (Burns and Grove 2007:364,552; Schneider et al 2007:228-229; Welman et al 2007:140). Vir hierdie studie is die ouderdom soos in paragraaf 5.5.1.1 bespreek.

5.3.2 Statistiese berekenings

Statistiese prosedures word gebruik om organisasie en betekenis aan numeriese data (Burns and Grove 2007:402; De Vos 2000:203; Schneider et al 2007:226) te verskaf. Beskrywende statistiek was gebruik om orde aan data te verskaf en om data op te som (Burns and Grove 2007:413; Schneider et al 2007:226). Inferensiële statistieke laat die navorser toe om populasie-parameters te beraam, hipoteses te toets en om objektiewe besluite oor die uitkoms van die studie gebaseer op die ingesamelde data (Burns en Grove 2007:408,542; Polit en Beck 2008:583; Schneider et al 2007:245) te neem. Inferensiële

statistieke was in die data-analise gebruik, byvoorbeeld: Parametriese toetse wat die beraming van ten minste een parameter insluit, meting op ten minste 'n intervalskaal en die gevolgtrekking van sekere veranderlikes wat bestudeer word. Die wiskundige berekenings is meer gesofistikeerd en in diepte as die nie-parametriese toetse (Burns en Grove 2007:548; Polit and Beck 2008:612; Schneider et al 2007:241-242). Nie-parametriese toetse word gebruik wanneer dit nominaal of ordinaal is en wanneer normale verspreiding nie aangeneem kan word nie, veral as die steekproef klein is (Burns and Grove 2007:547; Polit and Beck 2008:612; Schneider et al 2007:242).

Statistiese berekenings wat tydens hierdie studie uitgevoer is, sluit in:

- Frekwensieverdelings was gebruik om data te organiseer en data is voorgestel in die vorms van histogramme, frekwensietabelle en sirkeldiagramme (Burns and Grove 2007:413; De Vos 2000:204-209; Schneider et al 2007:229-2230; Welman et al 2007: 229).
- Persentasie verspreidings is gebruik om huidige data met ander studies (Burns en Grove 2007:414) te vergelyk.
- Spearman se rho dui die aard van die verband tussen twee stellingegewens aan, wanneer data op ordinale-vlak is of wanneer data nie-normaal verdeel is. Die waardes van hierdie statistiek strek van -1,0 tot +1,0. Hierdie getal dui die rigting en sterkte van die korrelasie aan. Hoe nader die korrelasie aan +1 of -1 is, hoe sterker is die korrelasie. As die korrelasie 0 of naby aan 0 is, is daar geen assosiasie tussen die twee veranderlikes nie. Die korrelasie is positief as die een veranderlike vermeerder, dan vermeerder die ander ook. Die korrelasie is negatief as die een veranderlike vermeerder, verminder die ander (Polit en Beck 2008:602; Spearman Rho 2011:1-3; Welman et al 2007:229-230). Wanneer die korrelasiematriks ondersoek word, is dit belangrik dat die navorser net gewig moet plaas op die r -waardes met 'n p -waarde van 0,05 en kleiner, daarna kan die hoogste r -waardes gesoek word (Burns and Grove 2001:531). Dit is van belang om die leser daaraan te herinner dat die definisie van beskrywende korrelasie-navorsing voorsiening daarvoor maak om op 'n vry wyse na assosiasies tydens beskrywende korrelasie navorsing (Burns and Grove 2007:248-251; Burns and Grove 2001:256-257) (par.1.63, 4.3.1.3) te soek.
- Toets vir statistiese beduidenheid van die verband tussen twee kategorieë veranderlikes; Chi-kwadraat was gebruik om totale verspreidings te vergelyk, die afleidings is betekenisvol en statisties beduidend en nie onbenullig nie. Gewoonlik kan die data in twee verskillende kategorieë gedeel word. Die toetse word gewoonlik

op die 5% peil: $p < 0.05$ uitgevoer. Hoe kleiner p , hoe meer beduidend is die gegewens (Burns and Grove 2007:420; De Vos 2000:233-234; Welman et al 2007:236-237).

- Phi-waardes is gebruik om die sterkte van die verbande in digotomiese- en nominale-data te beskryf. Die Phi-waardes wissel van -1 tot +1. Die resultate dui die sterkte van die verband tussen die twee veranderlikes aan, wat uit Chi-kwadraat toets verkry was (Burns and Grove 2007:549; Burns and Grove 2001:572-573).
- Cronbach se Alpha-prosedure is gebruik op die skaalitems om die interne betroubaarheid van skale te bepaal (Welman et al 2007:147). As die Chronbach-Alpha onder 0.70 is, moet die navorser besluit of data ontleed gaan word, omdat dit onaanvaarbaar laag is. 'n Waarde van 0.70 is aanvaarbaar vir nuut-ontwerpte instrumente. 'n Chronbach-Alpha koëffisiëntwaarde van 0.80 tot 0.90 is 'n aanduiding dat die metingspeil betroubaar is. Weens die diversiteite van konstruksie wat gemeet word, kan waardes van Alpha van laer as 0.7 in sommige gevalle as aanvaarbaar beskou word (Field 2005:668). Die t -Toets kan gebruik word om toets-her-toets betroubaarheid te verkry (Burns en Grove 2007:403-404). Volgens Goerge en Mallery (2003:231) soos in Chronbach's Alpha (2011:1), voorsien die volgende skale:
 - $>.9$ Uitstekend (excellent) (Chronbach Alpha van 0.80 tot 0.90 is 'n aanduiding dat die metingspeil betroubaar is (Burns en Grove 2007:403-404).
 - $>.8$ Goed
 - $>.7$ Aanvaarbaar (as die Chronbach-Alpha onder 0.70 is, is dit onaanvaarbaar laag, maar waarde van 0.70 is aanvaarbaar (Burns en Grove 2007:403-404).
 - $>.6$ Bevraagteken
 - $>.5$ Swak
 - $<.5$ Onaanvaarbaar

Dit is ook belangrik wanneer daar van Likertskale gebruik gemaak word, soos in hierdie studie, om Chronbach se Alpha te bereken en te rapporteer om interne konsistentheid of betroubaarheid vir skale en subskale te verseker. Die analise van die data kan dan vanaf die skale of subskale gerapporteer word en nie vanaf die individuele items nie. Hierdie metode vir die rapportering is in hierdie studie gevolg ten opsigte van Chronbach se Alpha (Chronbach's Alpha 2011:2). Die aantal items in Likertformaat is belangrik vir betroubaarheid, hoe meer items hoe meer betroubaar, hoe minder items hoe minder betroubaar (Statsoft 2012). Die waarde van die Chronbach se Alpha kan vermeerder word deur die aantal items te

vermeerder of om die interkorrelasies te verhoog deur sterker interkorrelasie-items te vermeerder (Burns and Grove 2001:444). Dit is die navorser se mening dat die uitskakeling van items om 'n verhoogde Cronbach- Alfa te verkry, nie die inhoudsgeldigheid van die konstrakte verminder het nie. Inteendeel, die oorblywende items het telkens steeds die konstrukt wat dit veronderstel was om te verteenwoordig, beskryf.

- *t*-Toets vir beduidenheid van verskille in 2 gemiddeldes van saamgestelde tellings (soos respondente se gevoelens rakende hul werk in die TVS-afdeling) vir twee demografiese groepe (mans en vroue), toets met ander woorde die verskille tussen 2 groepe se gemiddeldes (means) (Burns and Grove 2007:428; Polit and Beck 2008:593; Welman et al 2007:237).
- ANOVA (Analise van variansie) toets die verskille tussen meer as 2 groepe se gemiddeldes. ANOVA is meer buigbaar as die *t*-toets, dit kan gebruik word om die data van twee of meer groepe (Burns and Grove 2007:430; Polit and Beck 2008:596) te ondersoek. As daar meer as twee groepe is, is dit onmoontlik om die afleiding van die ANOVA-resultate te maak waar die beduidende verskil is, daarom word 'n post-hoc toets gedoen soos Tukey se Honestly Significantly Different toets (HSD) waarmee al die gemiddeldes binne die data vergelyk kan word (Burns and Grove 2007:430; Burns and Grove 2001: 586).

5.3.3 Kwalitatiewe data-analise

In hierdie afdeling sal die analise van oopvrae bespreek word.

Inhoudsanalise kan as kwantitatiewe analise van kwalitatiewe data beskryf word. Die basiese tegniek behels die tel van die frekwensies en volgorde van sekere woorde, frases of konsepte. Sodoende word sleutelwoorde en temas geïdentifiseer. Inhoudsanalise kan onder andere van massa-media materiaal gedoen word, ongestruktureerde onderhoude en oopvrae soos in die geval van hierdie studie (Welman et al 2007:221). Die relatiewe insidensie (frekwensie) van die temas en die manier waarop die temas voorkom, is ook in die vorm van tabelle en figure (Welman et al 2007:222) aangedui.

Die kwalitatiewe dataresponse vir hierdie studie, vanuit die oopvrae verkry, is eers deurgelees om 'n geheelbeeld te vorm. Nie-relevante inligting is verwyder. Die relevante-data is op 'n Excel werkblad verbatim aangebring. Hierdie proses het as volg verloop.

- Die relevante-data is op 'n Excel-werkblad verbatim aangebring.
- Temas wat verband met mekaar hou, is gegroep en beskryf.
- Sentrale gedagtes is as hooftemas geïdentifiseer.

- Subtemas is geïdentifiseer.
- Unieke en ongeklassifiseerde temas is geïdentifiseer.
- Verwantskap tussen hoof- en subtemas is aangedui.
- Hierdie temas is dan in frekwensie-tabelle en -figure aangedui asook beskryf.

5.4 ORIËTERING TOT DATA-ANALISE

Die volgende aspekte wat verband hou met die data-analise en die kwaliteit van die data, moet op gelet word.

5.4.1 Responskoers

Sommige respondente het nagelaat om van die afdelings van die vraelys te voltooi of het dit net gedeeltelik voltooi. Die redes mag wees dat inligting wat gegee moes word, sensitief en van persoonlike aard was. Alhoewel die toestemmingsbrief wat die vraelys voorafgegaan het, respondente daaraan herinner het dat hulle hulself daarvan kon weerhou om afdelings wat hul voel hul privaatheid skend, te voltooi, en dat hulle op enige stadium van die studie kon onttrek, sou hulle so voel (Bylae 2), het die navorser nie verwag dat soveel van die items onbeantwoord sou bly nie. Statistiese prosedures is net uitgevoer op die aantal response wat per item of groep items verkry is en nie volgens die totale steekproef nie. Die terugkeer van vraelyste wat uitgestuur is, was ook problematies. Die terugkeerkoers vir hierdie studie was 58.57 % (140 vraelyste was uitgegee en 82 was terugontvang (Tabel 4.5). Sou die responskoers laer as 50% gewees het, kon verteenwoordigheid van die steekproef betwyfel word (Burns and Grove 2007:382; Welman et al 2007:153-154). Hierdie toedrag van sake is na die navorser se mening simptome van 'n gebrek aan belangstelling in die navorsingsareas onder verpleegkundiges. Dit is immers die morele plig van elke verpleegkundige om by te dra tot die uitbreiding van die kennis van die verpleegprofessie en die wetenskaplike dissipline wat die professie onderlê (Van der Wal soos in Pera en Van Tonder 149:2005). Tog blyk dit dat hierdie aspekte nie van belang is vir die verpleegkundiges in hierdie studie is nie, dat verpleegkundiges bloot 'n taak vir persoonlike doeleindes verrig (om onder andere, 'n salaris te verdien). Soos aangedui uit die literatuur in Hoofstuk 3 (paragraaf 3.5), beleef verpleegkundiges sekere ervarings en het hul onder meer sekere behoeftes. Dit is juis daarom dat dit so belangrik is dat verpleegkundiges wat in terminasie van swangerskafdelings diens lewer, wanneer hul die geleendheid gebied word om aan navorsing deel te neem, hulle daarvan gebruik sal maak .

5.4.2 Terme en simbole

Terme en simbole vir hierdie studie:

N = Aantal gevalle in 'n populasie

f = Frekwensie

Σf = Som van frekwensies

%= Persentasie afgerond tot die naaste heelgetal vir hierdie studie.

n = Totale aantal gevalle of meting in 'n steekproef

α = Chronbach se Alpha- koëffisiënt

ρ = Spearman se Rho

TVS= Terminasie van swangerskap

MVA= Manuele Vakuüm-Aspirasie-tegniek

5.4.3 Likertformaat

Die grootste gedeelte van die vraelys het uit afdelings in 4-punt Likertformaat bestaan, waar die repondente die mate waartoe hul saamstem al dan nie, moes aandui. Vir die doel van analise en bespreking is die volgende afkortings gebruik: Stem beslis nie saam nie (SBN), Stem nie saam nie (SNS), Stem saam (SS) en Stem beslis saam (SBS).

5.4.4 Berekenings

Die volgende items uit die vraelys is deur die statistikus (sien besonderhede in Byale 4) vir ontleding en die bepaling van moontlike korrelasies saamgegroepeer. Die aanbieding van die data is ook hiervolgens gedoen.

Tabel 5.1B: Gegroepeerde items van die instrument

ITEMS GROEPEER	INTERPERSOONLIKE SISTEEM	SOSIALE SISTEEM
GROEPSBERADING	<p>Sien Tabel 5.39</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berading beskikbaar in TVS-afdeling. • TVS-voorsieners deel ervaring in die TVS-afdeling, • Groepsonderrig ("peer learning") is vir die hantering van probleme beskikbaar. • By my werksplek het ons (verpleegpersoneel) gereelde besprekings oor die werk wat ons doen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sien Tabel 5.48 • Personeel word aangemoedig om ontladingsessies by te woon. • Berading is beskikbaar.
ROTASIE NA ANDER AFDELINGS\ "TIME		<ul style="list-style-type: none"> • Sien Tabel 5.48 • By my werksplek, keuse van

OUT”		<p>rotasie na ander afdelings.</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Time out” is as veiligheidsmaatreël in die afdeling vir emosionele welstand ingebou.
ONDERSTEUNING VAN BESTUUR	<p>Sien Tabel 5.39</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daar is geen ondersteuning van afdelingsbestuurder beskikbaar nie. • Inligting rakende die werk word op ‘n daaglikse basis met die afdelingsbestuurder bespreek. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sien Tabel 5.48 • My afdelingsbestuurder praat met my op ‘n daaglikse basis oor my welstand en gevoelens. • Positiewe pro-keuse gesondheidsorgvoorsieners inisiatief word bevorder. • Die afdelingsbestuurder bevorder samewerking en spanwerk. • Om die afdelingsbestuurder vir ondersteuning te vra, is ‘n teken van swakheid. • Bestuur gee om vir my as ‘n lid van die TVS-afdeling. • Die afdelingsbestuurder versoek terugvoer op ‘n daaglikse basis ten opsigte van ons program en werkslading. • My afdelingsbestuurder besef die belangrikheid van sy/haar ondersteuning van die personeellede. • “Time-out” van die afdeling is in die veiligheidsmaatreëls vir ons emosionele welstand ingebou. • Deelnemende bestuur word in hierdie afdeling toegelaat. • Bestuur intimideer personeel in die eenheid waar ek werksaam is.
POSITIEWE PRO-KEUSE HOUDINGS		<ul style="list-style-type: none"> • (Sien Tabel 5.48) • Positiewe houdings en gedrag ten opsigte van TVS –diensvoorsiening word bevorder. • Goeie TVS-praktyke en dienslewering word erken en beloon.

5.5 PERSOONLIKE SISTEEM

Soos voorheen aangetoon, verteenwoordig die persoonlike sisteem die respondent as verpleegkundige in die huidige navorsing en die individue se belewenis van terminasie van swangerskap (George 2002:244; King 1981:10; Pearson Vaughn, Fitzgerald 1996:150). Data met betrekking tot die persoonlike sisteem sluit in: biografiese, kulturele en godsdienstige agtergrond, persoonlike ontwikkeling, werkervaring in terminasie van swangerskapafdelings, stres, persepsie en houding jeens terminasie van swangerskap (vrae1.1-1.25).

5.5.1 Analise van biografiese-data

Die biografiese-data vir hierdie studie sluit in, die ouderdom, geslag, en etnisiteit van respondente asook aspekte wat verband hou met, aantal kinders, godsdiens, verpleegkwalifikasies, indiensopleiding, werksarea en plasing in die afdeling.

5.5.1.1 Ouderdom

Tabel 5.1 toon dat die gemiddelde ouderdom van respondente 41.7 jaar is. Die jongste respondent was twee en twintig (22) jaar oud en die oudste respondent was 62 jaar oud met 'n standaardafwyking (SD) van 12.203. Die meeste respondente naamlik 48,1% (f=38; n=79) was tussen die ouderdomme 40 jaar en 49 jaar en die minderheid respondente naamlik 2,5% (f=2) was tussen 60 jaar en 69 jaar oud. Dit is van belang om te meld dat daar nie onlangse studies gedoen is rakende die verband tussens verpleegkundiges se ouderdom en hul houding jeens terminasie van swangerskap nie. Na verskeie literatuursoektogte is die volgende inligting verkry. Volgens 'n artikel deur Lipp (2008b:1686) geskryf, word daar in hierdie artikel verwys na 'n 30 jaar oue Amerikaanse studie waar daar moontlik 'n verband kan wees tussen ouderdom en die verpleegkundige se houding jeens TVS. Volgens Fehring (2005:131) toon 'n Amerikaanse studie dat die meerderheid verpleegstudente tussen die ouderdom van 24-29 nie positief aangaande TVS was nie. Volgens Schams (1994: 172) was daar nie 'n beduidende verskil tussen die ouer en jonger verpleegkundiges aangaande die wettiging van TVS in Taiwan nie. Die jonger verpleegkundiges het wel meer finansiële ondersteuning van die regering vir TVS versoek. Volgens Marais (1997:7) is daar geen verband tussen verpleegkundiges en dokters se houdings jeens terminasie van swangerskap en hulle ouderdom nie, maar volgens Berger (1979:233) is dit eerder 'n kombinasie van godsdiens en ouderdom wat verpleegkundiges se houding jeens terminasie van swangerskap beïnvloed. (par.3.5.1).

Tabel 5.1: Ouderdom van respondente (n=79)

Ouderdom	f	%
20-29	10	12.7
30-39	14	17.7
40-49	38	48.1
50-59	15	19
60-69	2	2.5
Totaal	79	100

5.5.1.2 *Religieuse affiliasie (n=79)*

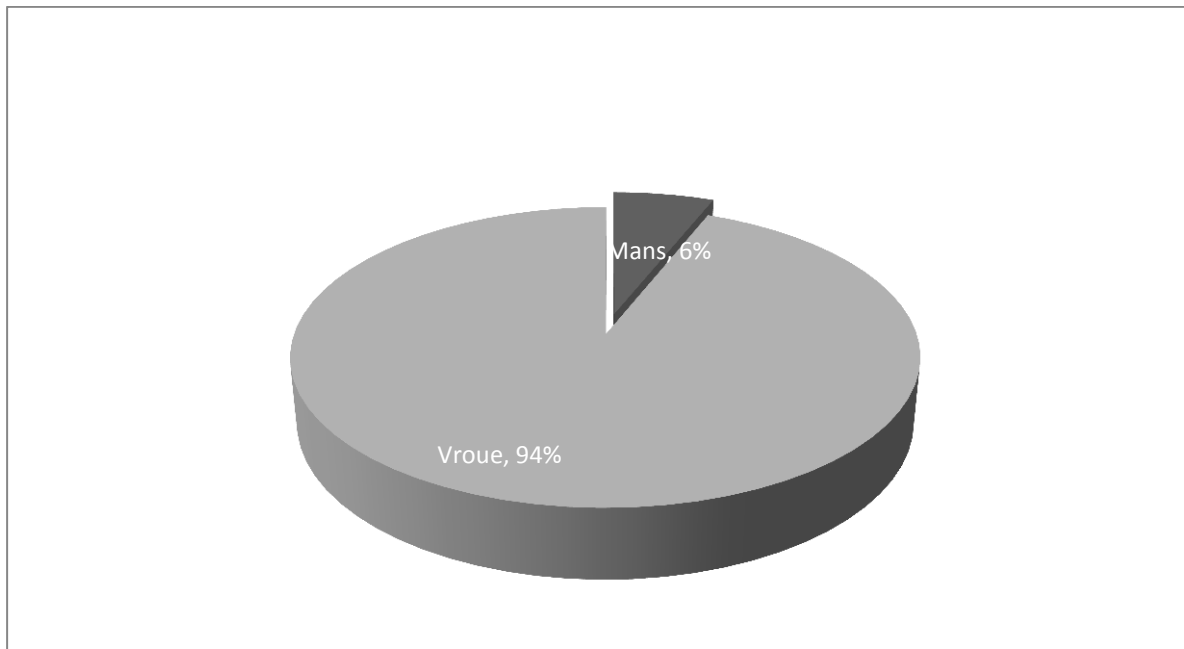
Hierdie afdeling van die vraelys is deur 79 respondente voltooi (Tabel 5.2). Die meeste respondente het aan die Christelike geloof behoort, naamlik 62 (78%). Dit blyk uit die literatuurhoofstuk van hierdie studie (Hfst.3) dat verpleegkundiges voel hulle vryheid van keuse word ingeperk, omdat hulle godsdienis nie noodwendig terminasie van swangerskap ondersteun nie. Die godsdienis wat hulle beoefen, mag dalk hul persepsie van terminasie van swangerskap beïnvloed (Cignacco 2002:2; Harrison et al 2000:426; Marshall et al 1994:571-575; Mokgethi, Ehlers en Van der Merwe 2006:38; Roman en Bester1999:528; Swenson, Swanson en Oakley 1994:220; Zahed, Nabulsi en Tamim 2002:884) (par.3.5.1.1). Vir hierdie studie blyk dit dat die meeste respondente aan die Christelike geloof behoort waarby Katolieke geloof ingesluit kan word ($f=9$, 11%) wat 'n totaal van 71 (90%) respondente aandui wat aan die Christelike geloof behoort. Dit beteken dat verpleegkundiges se geloof vir hierdie studie moontlik hul persepsie van terminasie van swangerskap kan beïnvloed. Volgens die statistikus, is dit nie sinvol om 'n korrelasie tussen die respondente se geloof en hul persepsie van terminasie van swangerskap te doen nie, aangesien 90% van die respondente die Christelike geloof aangedui het. Dit is wel bevind dat die gevoelens van die respondent ten opsigte van haar werk in die TVS-afdeling statisties afhanklik van haar geloof is ($X^2=13.251$: $p<0.05$, $df=6$) (Tabel 5.5.1.8.10).

Tabel 5.2: Religieuse affiliasie (n=79)

Religieuse affiliasie	<i>f</i>	%
Buddisme	2	3
Katoliek	9	11
Christen	62	78
Hindu	2	3
Moslem	3	4
Joods	0	0
Ander: interdenominaal	1	1
TOTAAL	n=79	100

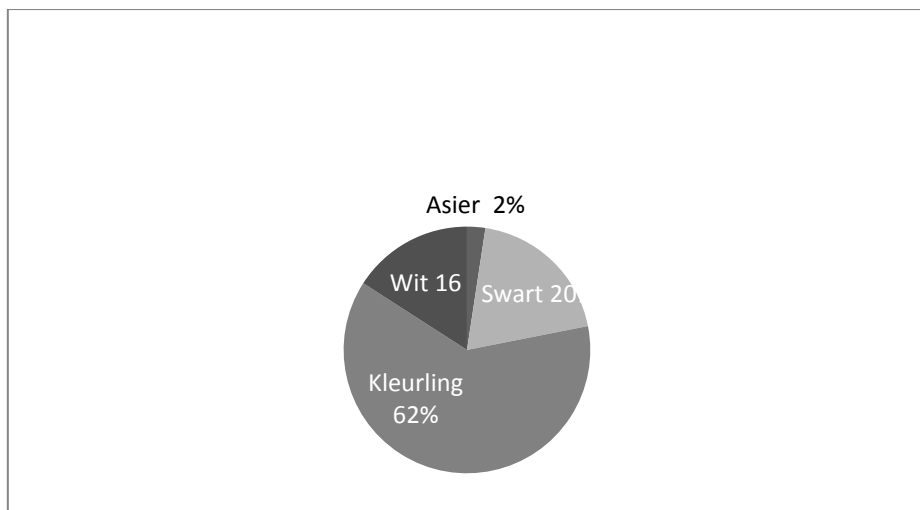
5.5.1.3 Geslag van respondente (n=80)

Soos aangetoon in figuur 5.1 was die meeste van die respondente vroue, 75 (94%, n=80) en 5 (6%; n=80) mans (verlore waardes n=2). Volgens SANC Geographical Distribution (2010) is daar in die Wes-Kaap 13 909 geregistreerde vroulike verpleegkundiges en 717 geregistreerde manlike verpleegkundiges. Die uitslag van hierdie studie stem dus ooreen met hierdie totale, aangesien mans ook aan die minderheid in hierdie studie was.

**Figuur 5.1: Geslag van respondente n=80**

5.5.1.4 Ras en nasionaliteit van respondente (N=82)

Al die respondente (N=82) het hierdie afdeling voltooi. Figuur 5.2 toon aan dat 51 (62%) van die respondente Kleurlinge was, 16 (20%) was Swart, 13 (15.9%) Wit en 2 (2.4%) Asiërs. Volgens die 2001-Sensusopname is die totale bevolkingsyfer vir Kleurlinge in die Wes-Kaap, 2438976 (54%), Swarttes 1207429, Asiërs 45028 en Blankes 832902. Die totale bevolking is 4524264 (Provincial Population statistics 2011). Kleurlinge vorm dus die grootste populasie- eenheid van die Wes-Kaap wat met die studiebevindings ooreenstem.

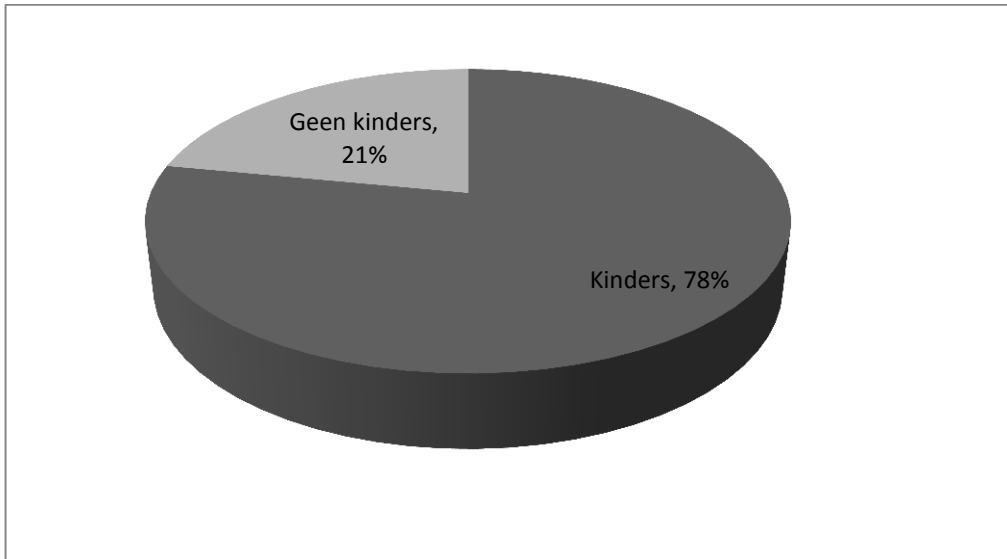


Figuur 5.2: Ras en nasionaliteit van repondente N=82

5.5.1.5 Kinders (n=81)

Aantal kinders

'n Totaal van 81 respondente het hierdie afdeling voltooi. Volgens Figuur 5.3, het die meeste van die respondente 64 (78%; n=81) kinders en 17 (21%, n=81) van die respondente het geen kinders nie.



Figuur 5.3: Aantal kinders (n=81)

Invloed van kinders op persepsie rakende TVS

In antwoord op die vraag of kinders die gevoelens of persepsies van die respondente rakende TVS beïnvloed het, het die respondente as volg gereageer: die meeste 28 (41 %; n=68) het geantwoord “glad nie”, 22 (32 %; n=68) “tot ‘n mate”, 16 (24%, n=68) “ten sterkste” en 2 (3%, n=68) “absoluut”.

Op die oopvraag oor, op watter wyse beïnvloed kinders die respondente se persepsie\houding jeens TVS, as hulle “ten sterkste” of “absoluut” geantwoord het, het 21 (n=21) van die respondente hul menings as volg weergegee; Tabel 5.3. Hierdie was kwalitatiewe data wat geanaliseer was soos uiteengesit in paragraaf 5.3.3.

Tabel 5.3: Redes waarom kinders houdings jeens TVS beïnvloed (n=21)

Rede waarom kinders houdings jeens TVS beïnvloed.	f
Godsdienstige redes	7
Begrip vir die kliënt se omstandighede	4
Laaste uitweg as ander opsies reeds oorweeg is	2
Die vrou se reg.	1
Ander	7
TOTAAL	21

Die meerderheid (f=7) van die respondente wat hierdie oopvraag beantwoord het, het godsdienstige redes aangevoer as rede hoekom kinders hul gevoelens\persepsies rakende TVS beïnvloed. Met frases soos dat TVS “killing a baby” beteken; “I regard even a fetus as a child, abortion is like committing murder”; “according to my religion and personal opinion I am

against abortion”; “children are gifts from God and a lot of women like to have children, but can’t”; dat ‘n kind ‘n “blessing” is en dat sy (respondent) skuldig voel as sy met TVS werk.

Twee van die 21 respondente het gevoel dat lewe waardevol is en dat daar ander opsies is, soos aanneming en dat TVS die laaste uitweg is. Vier respondente het laat blyk dat hulle die klënt se omstandighede beter verstaan “having raised children on my own, makes me more understanding when a woman is not "ready" for a child”; “because there are situations that will compel you e.g. child being raped, mentally challenged, who have to start college or a new job” ‘n Ander klënt het laat blyk dat as jy jou eie kinders het, daar ‘n kans is dat hulle ‘n TVS kan verkies: “when you have children, you cannot say that you will never let your child abort” en dat TVS ‘n onselfsugtige daad van die moeder is om nie eendag die kind skade te berokken nie.

5.5.1.6 Verpleegkwalifikasie (n=78)

Tabel 5.4 toon aan dat 78 respondente hierdie afdeling voltooi het, waarvan 35 (45%; n=78) by die Suid-Afrikaanse Verpleegstersraad (SARV) in Algemene Verpleegkunde en Verloskunde gereistreer was, Psigiatrie en Gemeenskapsverpleegkunde, 23 respondente (33%, n=78) was geregistreer in Algemene verpleegkunde en Verloskunde en 17 (22%, n=78) was geregistreer in Algemene Verpleegkunde soos uiteengesit in die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, No 92 van 1996 soos gewysig (Suid-Afrika 2005:2). Volgens die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap (Wet no. 92 van 1996) soos gewysig, (Wet no. 1 van 2008) mag slegs verpleegkundiges wat die voorgeskrewe kursus voltooi het, soos gestipuleer in paragraaf 1(c en d), ‘n terminasie van swangerskap uitvoer tot en met 12 weke gestasietydperk soos gestipuleer in die Wet, paragraaf 35(2) (Suid -Afrika 1996:4). Hiervolgens moet die verpleegkundige ten minste as Algemene Verpleegkundige geregistreer wees om in terminasie van swangerskapafdelings diens te lewer.

Tabel 5.4: Verpleegkwalifikasie

Verpleegkwalifikasie	f	%
Agemene Verpleegkunde	17	22
Algemene Verpleegkunde en Verloskunde	26	33
Algemene Verpleegkunde en Verloskunde, Psigiatrie en Gemeenskapsverpleegkunde	35	45
Verloskunde	0	0
TOTAAL	n=78	100

5.5.1.7 Opleiding en indiensopleiding rakende TVS

Afdelings 1.7 -1.8, 1.10, 1.14 van die vraelys het items ingesluit oor opleiding en indiensopleiding rakende TVS (sien vraelys Bylae 2).

5.5.1.7.1 TVS Manuele Vakuüm-Aspirasiekursus (MVA)

Die belang van hierdie MVA kursus is dat net geregistreerde verpleegkundiges in Suid-Afrika wat die voorgeskrewe opleidingskursus (Manuele Vakuüm Aspirasie kursus (MVA)) voltooi het, 'n terminasie van swangerskap tot en met 12 weke gestasie kan uitvoer. Daarna kan dit net deur 'n geneesheer wat die voorgeskrewe kursus voltooi het, uitgevoer word (Suid Afrika 1996:5) (par.1.2 en 3.5.4.1). Geen verpleegkundige sal 'n TVS kan uitvoer sonder erkende voltooiing van die MVA-kursus nie.

Bywoning van TVS Manuele Vakuüm- Aspirasiekursus (MVA)

Tabel 5.5 toon aan dat 75 respondente hierdie afdeling voltooi het waarvan 12 (16%) van die respondente die MVA-kursus bygewoon het en 63 (84%) nie die kursus bygewoon het nie.

Tabel 5.5: TVS Manuele Vakuüm-Aspirasiekursus (MVA) (n=75)

Kursus bywoning	f	%
Kursus bygewoon	12	16
Kursus nie bygewoon nie	63	84
TOTAAL	n=75	100

Van die 63 respondente wat nie die MVA-kursus bygewoon het nie, het slegs 55 op die oopvraag oor waarom hulle nie die MVA-kursus bygewoon het nie, gerespondeer. Van hierdie 55 respondente het 17 (31%, n=55) aangedui dat hulle nie die kursus bygewoon het nie omdat hulle nie gevra is of van die kursus geweet het nie; 13 (24%, n=55) van die respondente het nie aansoek gedoen nie of wou nie die kursus bywoon nie; 3 (5%, n=55) respondente het aangedui dat hulle weens godsdienstige beginsels nie die kursus bygewoon het nie. Twee (2) (4%, n=55) respondente het nie die kursus kon bywoon het nie, aangesien die kursus nie aangebied was nie of gekanselleer was. Geen terminasie van swangerskap-verpleegkundige-verskaffer is vir die afgelope vier jaar in die Wes-Kaap nie opgelei nie (Burzelman en Joubert 2010). Die kursus was egter in 2010 beskikbaar, maar nie aangebied ten tye van data-insameling nie (par.3.5.4).

Tabel 5.6: Redes vir nie-bywoning van MVA-kursus (n=55)

Redes waarom nie MVA kursus bygewoon het nie.	f	%
Moet nog vir opleiding gaan.	2	4
Kursus nie aangebied\gekanselleer.	2	4
Nie aansoek gedoen, wil nie die kursus bywoon nie.	13	24
Nie gevra om die kursus by te woon nie, weet nie van die kursus.	17	31
Teen godsdienstige beginsels.	3	5
Werk nagdiens.	1	2
Kursus vir teaterpersoneel.	1	2
Mediese praktisyns doen MVA.	2	4
Nooit gestuur vir die kursus, tekort aan personeel.	1	2
Ander	12	22
TOTAAL	55	100

Dit was belangrik om deur middel van 'n oopvraag die respondente se redes vir die bywoning van die MVA-kursus te bepaal. So kon persoonlike redes vir bywoning van die MVA-kursus in meer detail aangedui word. Al 12 respondente wat die MVA-kursus bygewoon het, het die oopvraag oor waarom hulle die MVA-kursus bygewoon het, beantwoord en het soos in Tabel 5.7. aangetoon, gerespondeer. Die response was as volg: kennis te verbreed; prosedure vaardighede aan te leer (f=4, 33%); om vroue holisties te behandel (f=3, 25%); 'n respondent het die volgende aangedui: "I worked in this field for 9 years. Felt I have reached emotional intelligence to treat women in totality"; help om agterstraatse terminasies van swangerskappe te verminder (f=1, 8%); 'n respondent het aangedui: " I was interested in the TOP course because I wanted to see the number of back street abortions limited"; gevra om MVA-kursus by te woon (f=2, 17%); diens te lewer, (f=1, 8%) en "iemand moet die werk doen a.g.v. die Wetgewing" (f=1, 8%). 'n Respondent het aangedui: "by law somebody must do the work and I was the lucky one, and all the clients were send to me for referral".

Uit die navorsing blyk dit dat die meeste respondente wat die MVA- kursus bygewoon het, dit gedoen het om 'n beter diens (meer holisties) aan die kliënt te lewer asook om te groei en te ontwikkel (3.5.4).

Tabel 5.7: Redes waarom MVA-kursus bygewoon is (n=12)

Redes waarom MVA-kursus bygewoon is	f	%
Kennis te verbreed; prosedure vaardighede aan te leer	4	33
Om vroue holisties te behandel; te help;	3	25
Agterstraatse terminasies van swangerskappe te verminder	1	8
Gevra om MVA-kursus by te woon	2	17
Diens te lewer	1	8
Iemand moet die werk doen a.g.v. die Wetgewing	1	8
TOTAAL	12	100

Motivering vir bywoning van die MVA-kursus

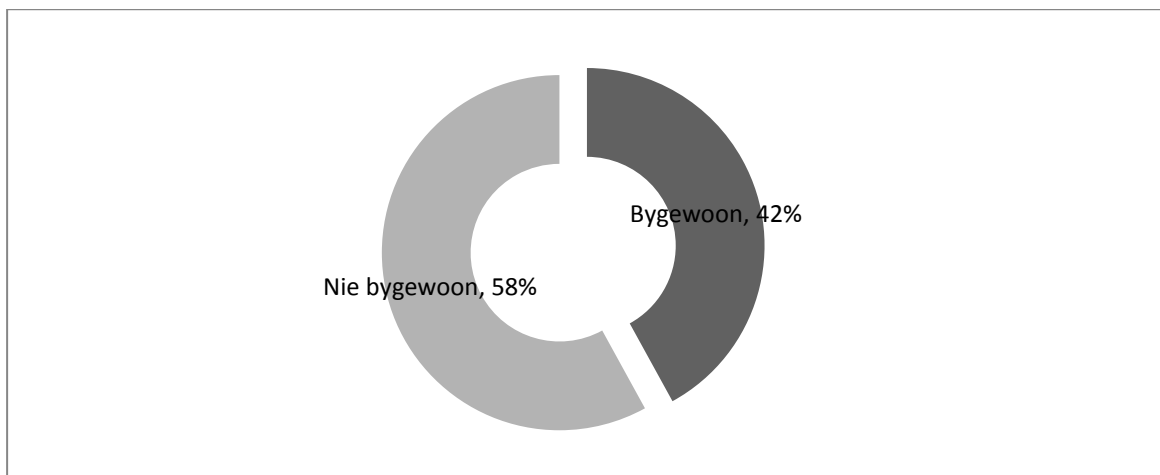
Hierdie afdeling het die respondente se motivering vir die bywoning van die MVA- kursus ondersoek. Dit het uit 4 items bestaan waar die respondente die mate waartoe hulle saamstem of nie saamstem nie moes aandui, rakende hul motivering vir die bywoning van die MVA- kursus, in Likertformaat. Soos in Tabel 5.8 aangetoon, het nie al twaalf van die verwagte respondente die items in hierdie afdeling beantwoord nie. Respondente het nie met die volgende items saamgestem nie: my werknemerskontrak vereis dat ek die kursus doen, (f=4, 50%; n=8). Dit is van belang dat ook 4 (50%, n=8) respondente aangedui het dat hul wel saamstem dat hul werknemerskontrak vereis dat hul wel die kursus moes doen. Hierdie aspek kan toegeskryf word aan die aspek dat sommige van die respondente by Marie Stopes-klinieke werk, waar hul TVS- prosedures moet uitvoer: “Ek was onder druk van bestuur om die kursus te doen”, (f=6, 66%; n=9) en “Ek moes die kursus doen om my werk te behou”, (f=7, 78%; n=9). Die respondente het met die volgende item saamgestem: “Ek wil kliënte in nood help”, (f=7, 70%; n=10). Die afleiding kan gemaak word dat die rede vir die bywoning van die MVA-kursus was dat die respondente kliënte in nood wil help.

Tabel 5.8: Motivering vir die bywoning van MVA-kursus

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	F	%	F	%	f	%	f	%	n	%
My werknemerskontrak vereis dat ek die kursus doen.	2	25	2	25	2	25	2	25	8	100
Ek wil kliënte in nood help.	2	20	1	10	0	0	7	70	10	100
Ek was onder druk van bestuur om die kursus te doen.	4	44	2	22	1	11	2	22	9	100
Ek moes die kursus doen om my werk te behou.	5	56	2	22	1	11	1	11	9	100
Beskrywende statistiek			Aantal		Minimum		Maksimum		Mean	Standaard afwyking
Motivering vir die bywoning van MVA- kursus.			10		1.00		4.00		2.1667	1.14665

5.5.1.7.2 Waarde-uitklaringswerkswinkels

Figuur 5.4 toon aan dat 52 respondente op die vraag of waarde-uitklaringswerkswinkels bygewoon was al dan nie, gerespondeer het. Dit word in Figuur 5.4 weerspieël dat 22 respondente (42%, n=52) die waarde-uitklaringswerkswinkels bygewoon het en 30 respondente (58%, n=52) nie die waarde-uitklaringswerkswinkels bygewoon het nie.



Figuur 5.4: Bywoning van waarde-uitklaringswerkswinkel (n=52)

Redes vir nie-bywoning van waarde-uitklaringswerkswinkels

Op die oopvraag waarom die respondente nie die waarde-uitklaringswerkswinkels bygewoon het nie, het slegs 30 van die 52 respondente wat aangedui het dat hulle nie die waarde-uitklaringswerkswinkel bygewoon het nie, op die oopvraag gerespondeer. Die volgende redes is soos aangedui in Tabel 5.9 weergegee: waarde-uitklaringswerkswinkels was nie beskikbaar of was nie aangebied nie (32%, n=12); respondente was nie genomineer om die werkswinkel by te woon nie (16%, n=6,); het nie daarvan geweet nie (16%, n=6); stel nie belang nie (16%, n=6). Ander (11%, n=3) aspekte wat gemeld is sluit in: bygewoon tydens na-basiese opleiding (f=1); nuwe aanstelling (f=1) en godsdienste laat dit nie toe nie (f=1). Waarde-uitklaringswerkswinkels, soos deur die meeste respondente aangedui, is nie bygewoon nie. Dit is kommerwekkend, want waarde-uitklaringswerkswinkels (par. 1.4) is belangrik waar persoonlike waardes en geloofstelsels van die behoeftes van die kliënt onderskei word. Waarde-uitklaring minimaliseer veroordelende houdings jeens kliënte en verskaf ook aan verpleegkundiges sekere persoonlike hanteringsmeganismes (Engelbrecht et al 2000:11; Harries, Stinson and Orner 2009; Harrison et al 2004:429; Marais 1997: 6-7; Mayers et al 2005:24) (par.3.5.4). Dit is van belang dat waarde-uitklaringswerkswinkels op 'n gereelde basis plaasvind.

Tabel 5.9: Redes waarom waarde-uitklaringswerkswinkels nie bygewoon is nie

Rede waarom kliënte nie die waarde-uitklaringswerkswinkel bygewoon het nie	f	%
Nie aangebied. (werkswinkel drie keer gekanselleer as gevolg van getalle of fasiliteerder beskikbaarheid n=1)	12	32
Nie genomineer	4	16
Nie geweet	6	16
Stel nie belang	5	16
Ander: Bygewoon tydens na-basiese opleiding (f=1)	3	11
Nuwe aanstelling (f=1)		
Godsdienste laat dit nie toe nie (f=1)		
TOTAAL	30	100

Waarde-uitklaring en TVS

Die afdeling waar respondente moes aandui of die bywoning van die waarde-uitklaringswerkswinkel die hantering van TVS vergemaklik het (sien Tabel 5.10), het 6 (33%, n=18) van die respondente aangedui "geensins" en 2 (11%, n=2) het "volkome saamgestem" dat die waarde-uitklaringswerkswinkels gehelp het om die hantering van TVS te vergemaklik. Net 18 respondente het hierdie afdeling voltooi. Dus het net 18 respondente

van die 22 respondente wat in paragraaf 5.5.1.7.2 aangedui het dat hulle wel die waarde-uitklarings-werkswinkels bygewoon het, gerespondeer.

Tabel 5.10: Waarde-uitklaringswerkswinkels vergemaklik die hantering van TVS (n=18)

Waarde-uitklaringswerkswinkel vergemaklik die hantering Van TVS	f	%
Geensins	6	33
Tot 'n mate	3	17
Ten sterkste	7	39
Volkome	2	11
TOTAAL	18	100

Tabel 5.10 toon aan dat 9 (50%, n=18) respondente aangedui het dat hulle volkome of ten sterkste saamstem dat waarde-uitklaringswerkswinkels die hantering van TVS vergemaklik. Tog, op die oopvraag tot watter mate die waarde-uitklaringswerkswinkels bygedra het om die hantering van TVS te vergemaklik, Tabel 5.11, (na herhaalde kontrolering) het 21 (n=21) respondente se response die volgende aspekte aangeraak. Respondente het gevoel dat die waarde-uitklaringswerkswinkels respek vir die kliënt se omstandighede daarstel naamlik, haar gevoelens en die trauma waardeur sy gaan, meer verstaanbaar gemaak het en dat holistiese hantering van die kliënt beklemtoon word. Dit is belangrik dat die diens wat gelewer word, kliëntgesentreerd is, kliënte se regte in ag geneem moet word en dat elke persoon vir haarself besluit. Respondente het gevoel dat hulle hul persoonlike gevoelens kon uitklaar om sodoende dan die kliënt te kan help. Beradingstegnieke is aangeleer, inligting oor post-TVS kontrasepsie is verkry en dat hulle oor die algemeen die TVS-sisteem beter verstaan het.

Tabel 5.10 toon aan dat 9 (50%, n=18) respondente aangedui het dat waarde-uitklaringswerkswinkels tot 'n mate of geensins bygedra het om die hantering van TVS te vergemaklik nie. Die respons op die oopvraag waarom die waarde-uitklaringswerkswinkel nie bygedra het om die hantering van TVS te vergemaklik nie, Tabel 5.11, het respondente 9 (n=9) soos volg gereageer: Gevoelens en waardes kan nie net verander word nie, dat dit teen Christelike beginsels indruis. Van die respondente het ook gevoel dat die kliënt 'n reg het, maar dat daar geen ondersteuning vir die verpleegpersoneel is nie, dat dit net oor die kliënt gaan, maar geen aandag aan die verpleegpersoneel gegee word nie. Tabel 5.11 toon die 21 (n=21) respondente aan wat aangedui het dat waarde-uitklaringswerkswinkels gehelp het om die hantering van TVS te vergemaklik en 9 (n=9) respondente wat aangedui het dat dit nie die

hantering van TVS vergemaklik het nie. In hierdie oopvraag het die respondente 21(n=21) aangedui, Tabel 5.11, waarom die waarde-uitklaringswerkswinkels die hantering van TVS vergemaklik het. Tabel 5.11 toon ook aan dat 9 (n=9) respondente redes aangedui het waarom die waarde-uitklaringswerkswinkels nie die hantering van TVS vergemaklik het nie. Hierdie uitslag is in ooreenstemming met die gegewens in Tabel 5.10, waar 9 (n=9) respondente aangedui het dat die waarde-uitklaringswerkswinkel geensins of tot 'n mate die hantering van TVS nie vergemaklik het nie. Dit is dus meer kommerwekkend dat die meeste respondente (Tabel 5.9) aangedui het dat die waarde-uitklaringswerkswinkels nie aangebied word nie en tog blyk dit dat dit omstandighede vir die respondente vergemaklik en sodoende kliëntesorg verbeter.

Tabel 5.11: Waarde-uitklaringswerkswinkels se invloed op die hantering van TVS

Redes waarom die werksinkel die hantering van TVS vergemaklik het (n=21)			Redes waarom die werksinkel nie die hantering van TVS vergemaklik het nie (n=9)		
	f	%		f	%
Persoonlike waardes is uitgeklaar	2	10	Was reeds oortuig dat TVS belangrik is	1	10
Kliëntesorg verbeter, meer holisties sorg lewer, meer begrip	11	52	Moeilik om gevoelens en waardes te verander, bly by Christelike waardes	6	67
Vaardighede soos berading aangeleer en nie bevooroordeelend op te tree nie	2	10	Geen ondersteuning vir verpleegpersoneel, fokus is net op die kliënt	2	22
Inligting rakende kliënteregte en die sisteem	5	2			
Meer oop ten opsigte van TVS	1	5			
TOTAAL	21	100	TOTAAL	9	100

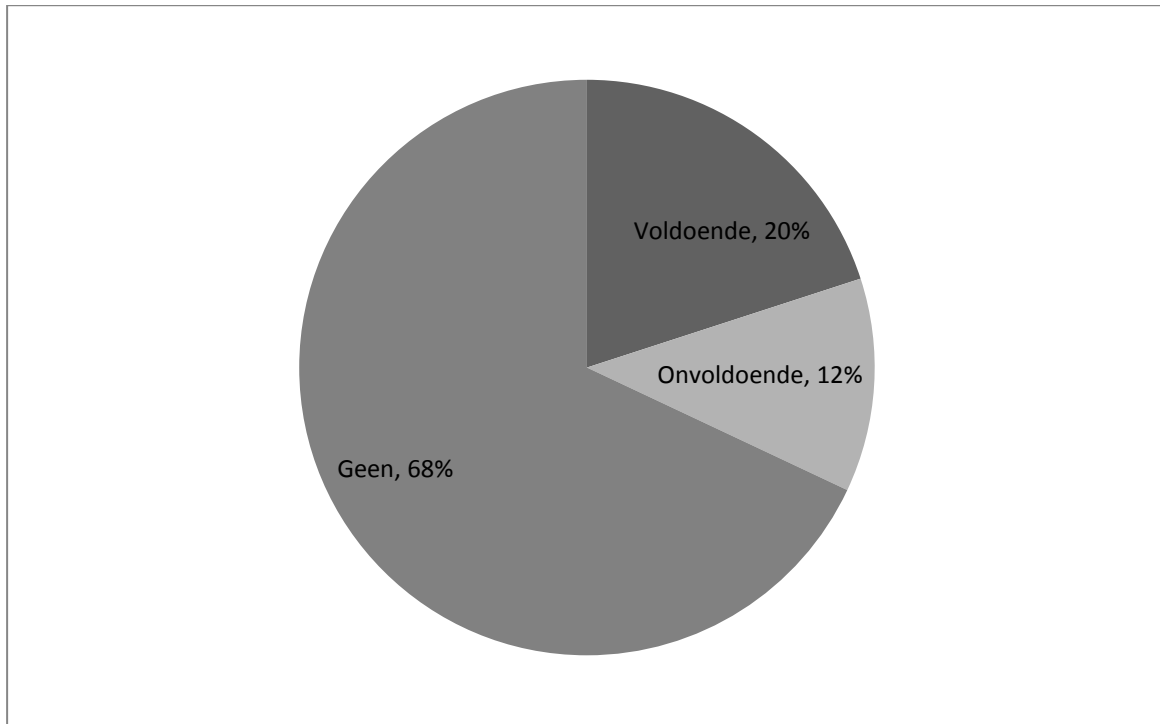
5.5.1.7.3 Opleiding rakende berading

Hierdie afdeling van die vraelys het items aangaande die opleiding van verpleegkundiges wat swangerskappe moet termineer, met betrekking tot berading aangedui. Die response was as volg:

Opleiding met betrekking tot berading

Soos aangetoon in Figuur 5.5 het 50 (68%, n=74) van die respondente aangedui dat hulle geen opleiding rakende berading ontvang het alvorens hulle in die TVS-afdelings geplaas is nie, 15 (20%, n=74) van die respondente het aangedui dat hulle voldoende beradingsopleiding ontvang het en 9 (12%, n=74) het aangedui dat hulle onvoldoende beradingsopleiding ontvang het. Die meeste repondente het aangedui dat hul nie opleiding

ten opsigte van berading ontvang het alvorens hulle in die TVS-afdeling geplaas is nie. Volgens Webb (1985:47); Mayers et al (2005:24) en Poggenpoel et al (1998:6) is opleiding in berading belangrik, omdat vaardige beradingstegniese kliëntesorg verbeter (White 1999:482) (par.3.54).



Figuur 5.5: Opleiding met betrekking tot berading (n=74)

5.5.1.7.4 Indiensopleiding in die algemeen

Tabel 5.12 toon aan dat die meeste respondente 36 (44%; N=82) aangedui het dat indiensopleiding ten opsigte van TVS nooit in die afdeling aangebied word nie; 18 (22%; N=82) dat indiensopleiding wel aangebied word en 28 (34%; N=82) het aangedui dat dit sporadies aangebied word, met ander woorde nie op 'n gereelde basis nie. Uit die literatuurstudie (Hfst.3) kan die afleiding gemaak word dat daar 'n leemte is wat opleiding en voortgesette indiensopleiding van verpleegkundiges betref wat in terminasie-afdelings diens lewer.

Tabel 5.12: Die mate waartoe indiensopleiding in TVS - afdelings aangebied word (N=82)

Frekwensie van die mate waartoe indiensopleiding in die TVS-afdelings aangebied word	f	%
Nooit	36	50
Sporadies	28	39
Deurlopend	18	11
TOTAAL	82	100

Tabel 5.13 vervat inligting oor die frekwensie van indiensopleiding. Die meeste respondente het "ander" aangedui waar hulle nie noodwendig nummeries aangedui het hoe dikwels indiensopleiding voorkom nie. Respondente het die frekwensie van indiensopleiding in Tabel 5.13 soos volg aangetoon, 33 (57%; n=58), maandeliks; 8 (14%; n=58), ses maandeliks 8 (14%; n=58) en jaarliks 9 (16%; n=58).

Dit is van belang dat van die 82 respondente wat op die item gereageer het, in verhouding tot indiensopleiding met betrekking tot TVS in die afdeling aangebied word" (Tabel 5.12), het net 58 respondente op die item ten opsigte van die frekwensie van indiensopleiding (Tabel 5.13) gerespondeer. Soos in Tabel 5.12 aangedui, het net 46 (50%, n=82) respondente aangedui dat indiensopleiding deurlopend of sporadies voorkom. Tog, in Tabel 5.13 het 58 respondente die frekwensie van indiensopleiding aangetoon, maar van die 33 respondente wat "ander" aangetoon het, het nie al die respondente redes verskaf nie, wat dit moeilik maak om die frekwensie van indiensopleiding in verhouding tot indiensopleiding met betrekking tot TVS in die afdeling aangebied word.

Tabel 5.13: Frekwensie van TVS- indiensopleiding in die afdeling (n=58)

Frekwensie van indiensopleiding	f	%
Maandeliks	8	14
Ses Maandeliks	8	14
Jaarliks	9	16
Ander :	33	57
<ul style="list-style-type: none"> • Wanneer nodig =2 • Geen vir die afgelope drie jaar=1 • Gereeld=1 • Nooit=1 • Nog nie=1 		
TOTAAL	58	100

Soos in Tabel 5.14 aangetoon, het die minste respondente: 25 (43%; n=58) aangedui dat hulle indiensopleidingsessies bywoon en die meeste respondente: 33 (57%; n=58) het aangedui dat hulle nie indiensopleidingsessies bywoon nie.

Tabel 5.14: Respondente - bywoning van TVS-indiensopleiding (n=58)

Bywoning van indiensopleidingsessies	f	%
Ja	25	44
Nee	33	56
TOTAAL	58	100

Op die oopvraag waarom die respondente nie die indiensopleidingsessies bygewoon het nie, soos aangetoon in Tabel 5.15, het die respondente (n=33) soos volg gereageer: Die meeste, 18 (55%; n=33) het aangedui dat geen indiensopleidingsessies aangebied word nie; 6 (18%; n=33) het aangedui dat dit moeilik is om indiensopleidingsessies weens logistieke probleme soos vervoer en 'n tekort aan personeel by te woon; 4 (12%; n=33) respondente het gevoel hulle het nie nodig om dit by te woon nie; 3 (9%; n=33) stel nie belang nie en 2(6%; n=33) het aangedui dat indiensopleidingsessies selde aangebied word.

Tabel 5.15: Redes waarom indiensopleidingsessies nie bygewoon word nie (n=33)

Redes	f	%
Geen indiensopleiding word aangebied nie	18	55
Nie nodig om dit by te woon nie.	4	12
Logistieke probleme soos transport, Personeel tekort ens	6	18
Selde aangebied	2	6
Stel nie belang	3	9
TOTAAL	33	100

Tabel 5.16 toon elf (11) verskillende onderwerpe wat tydens indiensopleidingsessies gedek kan word. Respondente kon meer as een item deur middel van 'n respons van "ja" of "nee" aantoon. Tabel 5.16 dui dus die frekwensie van die response van die respondente aan. Die meeste toon "Ja" op al die onderwerpe wat tydens indiensopleidingsessies bespreek word. Dit kan uit hierdie afdeling afgelei word dat al hierdie onderwerpe tydens indiensopleidingsessies aangebied word. 'n Opsomming van die onderwerpe wat die meeste response aangedui het, sluit in:

- Waarde-uitklaringswerkswinkels, die aanbied van waarde-uitklaringswerkswinkels is waardevol en moet op 'n gereelde basis plaasvind, want dit help met waarde-uitklaring en minimaliseer veroordelende houdings jeens kliënte. Dit help ook met vroedvroue se persoonlike hanteringsmeganismes tydens terminasie van swangerskap, (Engelbrecht et al 2000:11; Harrison et al 2004:429; Marais 1997: 6-7; Mayers et al 2005:24; WHO 2010).
- Opleidingsonderwerpe betreffende TVS-prosedure en kliëntesorg sluit MVA in, tog word geen MVA-kursus ten tye van hierdie studie in die Wes-Kaap (vir die afgelope 4 jaar) aangebied nie (Jeftha, Burzelman en Joubert 2010) en het daar nie nuut-opgeleide personeel bygekome nie; Kontrasepsie“update”; Dit is belangrik as voorkomingsmaatreël van TVS en moet beklemtoon word (WHO 2010); Beradingsvaardighede; Dit is 'n noodsaaklikheid vir verpleegkundiges wat in TVS-afdelings werksaam is (Mayers et al 2005:24; Poggenpoel et al 1998:6; Webb 1985:47; WHO 2010). Maar, soos in Figuur 5.5 aangedui, het die respondente meesal geen opleiding met betrekking tot berading ontvang voordat hulle in die TVS-afdelings geplaas was nie; TVS-gesondheidsvoorsiener-ondersteuning (caring for the care giver); inligting en besprekings wat emosionele aspekte akkommodeer wanneer verpleegkundiges bystaan met TVS-prosedures, is belangrik (Mayers et al 2005:24). “Update” rakende TVS-protokol en -beleid; kliënt-beraming en voorbereiding; hantering van komplikasies van prosedure; houding as 'n veranderlike rakende die kwaliteit van sorgmatriks.
- Inligting rakende die KOBWet en Menseregte; menseregte-opleiding kan verpleegkundiges help om vroue se reprodktiewe keuses en regte beter te verstaan (Potgieter en Andrews 2004:29) en geslagsrolle (Webb 1985:47).
- Instansie se etiese kode, inligting oor wetgewing, professionele etiese kodes en sosio-politiese aspekte asook die evaluasie van menslike lewe (Cignacco:2002; Harrison et al 2004:429; Mayers et al 2005:24).

Dit blyk dat meeste response van die respondente aandui dat al hierdie indiensopleidingsonderwerpe aangebied word, maar tog toon Tabel 5.14 aan dat die meeste respondente nie indiensopleidingsessies bywoon nie.

Tabel 5.16: Response rakende indiensopleidingsonderwerpe

Onderwerpe wat tydens indiensopleidingsessies bespreek word.	Ja		Nee		Totaal	
	f	%	f	%	n	%
Waarde-uitklaring	26	63.4	15	36.3	41	100
MVA	24	54.5	20	45.5	44	100
Kontrasepsie“update”	26	59.1	18	40.9	44	100
Beradingsvaardighede	28	62.2	17	37.8	45	100
TVS-gesondheidsvoorsiener ondersteuning (caring for the care giver)	23	52.3	21	47.7	44	100
“Update” rakende TVS-protokol en -beleid	27	61.4	17	38.6	44	100
Kliëntberaming en voorbereiding	30	68.2	14	31.8	44	100
Hantering van komplikasies van prosedure	24	55.8	19	44.2	43	100
Houding as 'n veranderlike rakende die kwaliteit van sorgmatriks	24	55.8	19	44.2	43	100
Inligting rakende die KOBS-Wet en Menseregte	23	53.5	20	46.5	43	100
Instansie se etiese kode	27	62.8	15	34.9	42	100

5.5.1.7.5 Ander opleiding aangaande TVS

Op die oopvraag, of daar enige ander opleiding is wat hierdie respondente met betrekking tot terminasie van swangerskap ondergaan het, het die respondente (n=64) soos volg gereageer: Die meeste respondente (f=35; 55%; n=64) het geen ander opleiding met betrekking tot terminasie van swangerskap bygewoon nie terwyl 29 (45%; n=64) ander opleiding bygewoon het wat kursusse en werksinkels insluit soos in Tabel 5.17. aangetoon, met mediese terminasie van swangerskap (f=2; 7%; n=29) (hierdie kursus en prosedure word tans in die Wes-Kaap geïmplimenteer, sien Bylae 4), sonaropleiding, berading, waarde-uitklaringswerksinkels, pynbeheer, gesinsbeplanning, pasiënt regte, en sosiale agtergrond van TVS. Van die respondente het aangedui (n=2) dat hulle van die inligting tydens basiese opleiding as verpleegkundige gekry het en nog nie weer daarna nie. Die afleiding kan gemaak word dat opleiding met betrekking tot TVS nie oor die algemeen bygewoon word nie.

Verskeie studies het aangetoon dat verpleegkundiges wel indiensopleidingsbehoefte het (par.3.5.4). Dit is toe ook bevind dat die bywoning van MVA-opleiding al dan nie, statisties afhanklik van haar gevoelens met betrekking tot TVS is ($\chi^2, 9.138$: $p < 0.05$, $df=1$) (par.5.5.1.8.11).

Tabel 5.17: Ander opleiding met betrekking tot TVS bygewoon (n=64)

Ander opleiding bygewoon.	f	%
Gesinsbeplanning (n=1)	1	2
Pynbeheer (n=2)	2	3
Waarde- uitklaringswerkwinkel met berading (n=10)	10	16
Sonar (n=2)	2	3
Mediese terminasie van swangerskap (n=2)	2	3
Inleidend (n=2)	2	3
Regte van die kliënt en sosiale agtergrond van TVS (n=3).	3	5
Ander sonder redes (n=5)	7	11
TVS ondersteuning (n=2)		
Geen (n=33)	35	55
(Net tydens formele opleiding n=2)		
TOTAAL	64	100

Indiensopleiding is 'n belangrike aspek wat aandag moet geniet sou daar verwag word dat verpleegkundiges wel selfaktualisering moet bereik. Volgens Cueller (2002:12) moet opleiding van dokters en verpleegkundiges verbeter word (par.3.5.4 en Tabel 5.16). Volgens die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging het die verpleegkundige die reg tot voldoende oriëntasie, doelgerigte indiensopleiding en aaneenlopende professionele onderrig (Nurses Rights 2010:1). Uit die voorafgaande statistiese analise met betrekking tot TVS-afdelings wat vir hierdie studie ingesluit was, blyk dit dat dit nog steeds 'n probleem is wat daadwerklik aangespreek moet word. Die probleme in die Wes-Kaap waar hierdie studie gedoen was, word in die statistiese analise van hierdie studie rakende opleiding en indiensopleiding van TVS-verpleegkundiges by die betrokke TVS- afdelings uitgebeeld. Dit is ook net die Departement van Gesondheid van die Wes-Kaap wat kursusse en indiensopleiding met betrekking tot TVS aanbied (Human Resource 2010:27,29). Opleiding hier het tans tot stilstand gekom as gevolg van herstrukturering. Professionele groei en ontwikkeling tot selfaktualisering vind dus nie regtig plaas nie – dít lei tot negatiewe groei. Dit is belangrik dat na verpleegkundige-behoefte ten opsigte van opleiding gekyk word. Daadwerklike planne moet daargestel word.

5.5.1.8 Werksverrigting en werksbevreëdiging in terminasie van swangerskapafdelings

Hierdie afdeling van die vraelys (Tabel 5.1A, Bylae 2) het items met betrekking tot verskillende werksafdelings ingesluit. Aspekte soos die volgende was aangespreek:

- voorplasing sinligting in die afdeling
- tydperk in afdeling werksaam
- werksbevreëdiging in daardie afdeling
- respondente – ervaring van werk
- begeerte om na ander afdeling oorgeplaas te word
- werksverrigtinge in die afdeling
- toekomsdoelwitte

5.5.1.8.1 Verskillende afdelings waar respondente diens lewer

Die respondente het meesal, soos in Tabel 5.18 aangedui, in 'n algemene ginekologiesaal gewerk en so by TVS-kliënte betrokke geraak. Van die 79 respondente wat hierdie items op die vraelys voltooi het, het 29 (35%; n=79) in 'n algemene ginekologiesesaal diens gelewer. Dit is juis hier (par. 3.5.1.2 en 3.5.2) waar verpleegkundiges aangedui het, dat daar TVS-omstandighede is waarby hulle nie betrokke wil raak nie (Marshall et al 1994:571-575). Daar is volgens Mc Creight (2005:439) min studies waar op verpleegkundiges se emosies gefokus word tydens werksaamhede in ginekologiese afdelings. Dit is kommerwekkend om te besef dat die respondente in hierdie studie meesal aangedui het dat hulle in ginekologiese afdelings werksaam is, wat moontlik dan gepaardgaande ongelukkigheid kan aandui met moontlike innerlike stres. Spesiale TVS-afdeling in (*werk in hierdie afdeling net met TVS*) Ginekologiese saal, 11 (14%, n=79); Terminasie van swangerskapafdeling, 9 (11%, n=79); Gemeenskapskliniek (*berading, verwysing of moontlike uitvoer van TVS prosedure*), 6 (8%, n=79); Gemeenskapsgesondheidsentrum (*moontlike uitvoer van TVS prosedure of berading of verwysing*), 6 (8%, n=79) en lewer diens in meer as een area : Spesiale TVS- afdeling in Ginekologiese saal en Algemene Ginekologiese saal, 1(1.3%, n=79); Terminasie van swangerskapafdeling en Gemeenskapskliniek, 1(1.3%, n=79); Spesiale TVS-afdeling in Ginekologiese saal en terminasie van swangerskapafdeling, 1(1.3%, n=79); Terminasie van swangerskapafdeling en teater, 1(1.3%, n=79); Spesiale TVS- afdeling in Ginekologiese saal en met afspraak en berading, 1(1.3%, n=79); Spesiale TVS- afdeling in Ginekologiesesaal, Gemeenskapsgesondheidsentrum en teater (help uit, voorbereiding en versorging van kliënte na-operatief, 1(1.3%, n=79).

Tabel 5.18: Verskillende afdelings waar verpleegkundiges met terminasie van swangerskap werk (n=79)

Afdelings waar respondente werksaam is	f	%
Spesiale TVS-afdeling in Ginekologiese saal	11	14
Algemene Ginekologiese saal	29	37
Terminasie van swangerskapafdeling	9	11
Gemeenskapskliniek	6	8
Gemeenskapsgesondheidsentrum	6	8
Ander:		
TeaterVoorgeboorte klinieke	2	3
Algemene hospitaal	1	1.3
Algemene saal waar post- natale pasiënte verpleeg word	1	1.3
Ander (sonder enige beskrywings)	1	1.3
	7	11
Wersaam in meer as een area:		
Spesiale TVS-afdeling in Ginekologiese saal en Algemene Ginekologiese saal	1	1.3
Terminasie van swangerskapafdeling en Gemeenskapskliniek	1	1.3
Spesiale TVS-afdeling in Ginekologiese saal en terminasie van swangerskapafdeling	1	1.3
Terminasie van swangerskapafdeling en teater	1	1.3
Spesiale TVS-afdeling in Ginekologiese saal en by afspraak en berading	1	1.3
Spesiale TVS-afdeling in Ginekologiesesaal, Gemeenskapsgesondheidsentrum en teater (help uit, voorbereiding en versorging van kliënte na-operatief	1	1.3
TOTAAL	79	100

5.5.1.8.2 Voorplasinginligting van respondente rakende TVS - afdeling

Hierdie afdeling verskaf inligting oor respondente vóór plasing in TVS-afdelings. Dit het uit 4 items bestaan waar die respondente moes aandui in watter mate hulle saamstem al dan nie ten opsigte van inligting wat hulle vóór plasing in die TVS-afdeling ontvang het.

Tussen 57 en 68 respondente het hierdie items beantwoord, soos in Tabel 5.19 aangedui. Die respondente het met die volgende items saamgestem: (f=48, 71%; n=68). Respondente het voor plasing in die afdeling geweet dat hulle met TVS-kliënte sou werk, en (f=35, 56%; n=63) het aangedui dat hulle voor plasing deur die afdelingshoof ingelig is dat hulle met TVS-kliënte sou werk. Respondente het nie met die volgende items saamgestem nie: 'Ek het eers nadat ek in die afdeling begin werk het, besef dat ek moontlik met TVS-kliënte kan werk' (f=38; n=65; 58%) en 'Ek het gedink spesiale toegewysde kollegas sal vir die TVS-

klïente sorg' (f=39; n=57; 68%). Met plasing in die afdeling was die meeste respondente dus daarvan bewus dat hulle by TVS- klïente gaan diens lewer.

Tabel 5.19: Inligting beskikbaar aan respondente voor plasing in die TVS-afdeling

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>n</i>	%
Voor plasing in die afdeling het ek geweet ek gaan met TVS-klïente werk.	11	16.2	9	13.2	34	50.0	14	21	68	100
Ek was voor plasing in die afdeling deur my afdelingshoof ingelig dat ek met TVS-klïente gaan werk.	16	25.4	12	19.0	24	38.1	11	17.5	63	100
Ek het eers nadat ek in die afdeling begin werk het, besef dat ek moontlik met TVS -klïente kan werk.	19	29.2	19	29.2	18	27.7	9	13.8	65	100
Ek het gedink spesiale toegewysde kollegas sal vir die TVS klïente sorg.	16	28.1	23	40.4	9	15.8	9	15.8	57	100

5.5.1.8.3 Tydperk werksaam in die afdeling (n=76)

Die meeste respondente het langer as 'n jaar in die afdeling waarin hulle geplaas was, ten tye van die opname gewerk. Die meeste, (f=22, 29%, n=76) respondente het tussen 5-10 jaar in die betrokke afdeling gewerk en (f=19, 25%, n=79) respondente het tussen 10 -15 jaar in die betrokke afdeling gewerk, (f=9, 12%, n=79) respondente het langer as 20 jaar in die betrokke afdeling gewerk (Tabel 5.20).

Tabel 5.20: Aantal jare werksaam in die afdeling (n=76)

Aantal jare	<i>f</i>	%
0-1	11	15
1-5	14	18
5-10	22	29
10-15	19	25
15-20	1	1
20+	9	12
TOTAAL	76	100

5.5.1.8.4 Werksbevrediging in die betrokke afdeling

Soos weerspieël in Tabel 5.21, geniet 24% (f=17; n=72) van die respondente die werk wat hulle in die betrokke afdeling verrig waar TVS-kliënte versorg word, volkome; 31% (f=22; n=72) geniet die werk ten sterkste; 30% (f=21; n=72) geniet die werk tot 'n mate en 17% (f=12; n=72) geniet glad nie die werk nie. Dit wil voorkom of die meeste van die respondente wel die werk wat hulle verrig, geniet.

Tabel 5.21: Die mate waartoe die respondente hul werk in die afdeling geniet (n=72)

Geniet die werk in die afdeling	f	%
Geensins	12	17
Tot 'n mate	21	30
Ten sterkste	22	31
Volkome	17	24
TOTAAL	72	100

In 'n oopvraag waarin respondente gevra is om te verduidelik hoekom hulle glad nie die werk geniet nie of tot 'n mate die werk in die afdeling geniet. Tabel 5.22A, weerspieël dat die meeste, (f=12, 41%, n=29) respondente nie die werk geniet nie omdat dit teen hul beginsels indruis; (f=6, 21%, n=29) respondente het aangedui dat hul emosionele trauma beleef en depressief raak byvoorbeeld, "having worked in labour ward for 20 years where I would run around when a baby is born flat (not breathing), it became difficult to watch a baby dying in front of me". Vyf respondente (f=5, 17%, n=29) het aangedui dat kliënte TVS as 'n kontraseptiewe metode gebruik. Die ander respondente het die volgende aangedui: geen ontladingsessies, geen emosionele ondersteuning, min ondersteuning van bestuur, nie gemaklike ondervinding nie byvoorbeeld, "it was not a pleasant experience to put a fetus in a bag for it to be burnt". 'n Repondent het ervaar dat kliënte ongeduldig raak as die proses te lank neem, weet nie altyd hoe om persone te hanteer nie en sien dit net as 'my werk' byvoorbeeld, "I only do it because it is expected of me to do it. I see it as part of my job".

Tabel 5.22A: Respondente se ervaring van die werk

Redes waarom respondente nie die werk in die afdeling geniet nie.	f	%
Geen ontloadingsessies, geen emosionele ondersteuning	1	3
Emosioneel getraumatiseerd, raak depressief	6	21
Min ondersteuning van bestuur	1	3
Teen beginsels	12	41
Kliënte gebruik TVS as kontrasepsie	5	17
Ander:	4	14
<ul style="list-style-type: none"> • Nie gemaklike ondervinding n=1 • Kliënte ongeduldig as proses te lank neem n=1 • Weet nie altyd hoe om persone te hanteer nie n=1 • Sien dit net as 'my werk' n=1 		
TOTAAL	29	100

In 'n oopvraag is aan die respondente gevra om te verduidelik waarom hulle die werk in die afdeling ten sterkste of volkome geniet. Van die 39 respondente wat die item kon voltooi (Tabel 5.21), het slegs 34 die item beantwoord. Tabel 5.22B toon aan dat (f=25, 74%; n=34) respondente gevoel het hulle beteken iets vir die kliënt en dat hulle 'n diens lewer; hulle geniet dit om met kliënte te werk, byvoorbeeld: "beteken iets vir dames in nood. Belangrik dat dames 'n ingeligte besluit neem aangesien hulle keuses van vandag hulle hele toekoms beïnvloed"; "it gives me satisfaction when one shows a sign of relief after assisting her with an abortion, and when it is done for valid reasons" en "everybody has a jocie (joy) in life. Mine is to give patient care no matter what they are admitted for. Never to be judgemental. Everybody has their reasons for what and why they are doing what one is doing. My duty is to look after the person admitted untill discharge". Ander redes wat die respondente aangevoer het, was; dat 'n diens gelewer word sodat daar nie meer ongewensde kinders gaan wees nie; werk onafhanklik, verhouding met kollegas goed en byvoorbeeld "is to educate patients on family planning to prevent unwanted pregnancy, HIV and STD"; geniet ginekologiese saal en chirurgie en werk nie net met TVS-kliënte nie (Tabel 5.18).

Tabel 5.22B: Respondente se ervaring van die werk

Redes waarom die respondente die werk in die afdeling geniet	f	%
Beteken iets vir die kliënt, lewer 'n diens, geniet dit om met kliënte te werk	25	74
Lewer 'n diens sodat daar nie meer ongewensde kinders gaan wees nie	1	3
Werk onafhanklik, verhouding met kollegas goed	1	3
Geniet ginekologiese saal en chirurgie	2	6
Ander sonder rede (n=3)	5	15
Werk nie net met TVS-kliënte (n=2)		
TOTAAL	34	100

5.5.1.8.5 Respondente se begeerte om in 'n ander afdeling te werk

Soos in Tabel 5.23 aangetoon, sal (f=9, 13.2%, n=68) van die respondente volkome in 'n ander afdeling wil werk; 13 (19.1%, n=68) sal ten sterkste in 'n ander afdeling wil werk en (f=18, 26.5%, n=68) tot 'n mate. Die respondente naamlik (f=28, 41.2%, n=68) sal nie in 'n ander afdeling wil werk nie. Die meeste respondente (f=40, 59%, n=68) sal dus in 'n ander afdeling wil werk.

Tabel 5.23: Die mate waartoe die respondente graag in 'n ander afdeling sal wil werk

Sal in 'n ander afdeling wil werk	f	%
Glad nie	28	41.2
Tot 'n mate	18	26.5
Ten sterkste	13	19.1
Volkome	9	13.2
TOTAAL	68	100.0

5.5.1.8.6 Respondente se werksbevreëdiging in die afdeling waarin hulle werk

Tabel 5.24 weerspieël dat (f=60, 83%, n=72) respondente hul werk in die afdeling geniet en (f=28, 41%, n=68) glad nie in 'n ander afdeling sal wil werk nie. Die meeste respondente geniet hul werk in die afdeling, maar Tabel 5.23 toon aan dat die meeste respondente graag in 'n ander afdeling sal wil werk. Werksbevreëdiging word dus ervaar. Tog is daar 'n behoefte om in ander afdelings te gaan werk.

Tabel 5.24: Respondente se werksbevrediging \werksverrigting in die afdeling

Geniet die werk in die afdeling	f	%
Geensins	12	17
Geniet die werk	60	83
TOTAAL	72	100

In 'n oopvraag is aan die respondente gevra dat, indien hulle volkome of ten sterkste geantwoord het, in watter afdeling hul graag sal wil werk. Daar was dus verwag dat daar 22 (sien Tabel 5.23) response sou wees. Slegs 17 het die items beantwoord. Tabel 5.25 toon aan dat die meeste respondente aangedui het dat hulle graag in voorgeboorte, kraam, of na-geboorte afdelings sal wil werk (f=5; 29%, n=17); mediese, chirurgiese, ortopediese afdelings (f=4; 24%, n=17) en die res sal graag in afdelings soos ongevalle, psigiatrie, ginekologie sonder TVS, ginekologie onkologie en gemeenskapsentrums diens wil lewer. Dit blyk uit die Tabel dat die keuses van die respondente met swangerskap en geboorte te make het en TVS uitsluit. Die afwesigheid van die keuse van TVS is die bepalende faktor vir hul keuse, maar die meeste keuses het steeds met aspekte van "verloskunde" en "ginekologie" te doen.

Tabel 5.25: Die afdeling waar die respondente graag sal wil werk (n=17)

Die afdeling waar die respondente graag sal wil werk.	f	%
Mediese, chirurgiese, ortopediese afdelings	4	24
Voorgeboorte, kraam, na-geboorte-afdelings	5	29
Ongevalle	1	9
Psigiatrie	1	9
Ginekologie sonder TVS n=1	2	12
Ginekologie en onkologie n=1		
Gemeenskapsentrums	4	24
TOTAAL	17	100

5.5.1.8.7 Respondente se toekomsdoelwitte in die afdeling

Tabel 5.26 toon aan dat die meeste van die respondente, (f=40, 60%, n=65) doelwitte vir die toekoms in die afdeling waarin hul tydens opname gewerk het, het en (f=25, 37%, n=65) het nie toekomsdoelwitte in die afdeling nie. Die meerderheid van die respondente het aangedui dat hulle vir hulself 'n toekoms in die afdeling sien. In 'n oopvraag aan positiewe respondente was gevra wat hul toekomsdoelwitte is.

Tabel 5.26: Toekomsdoelwitte van respondente in die afdeling

Toekomsdoelwitte	f	%
Ja	40	60
Nee	25	37
TOTAAL	65	100

Daar was dus verwag dat daar 40 (sien Tabel 5.26) response sou wees. Slegs 16 het op die oopvraag gerespondeer. Tabel 5.27 toon aan dat die meeste respondente (f=16, 42%, n=38) aangedui dat hulle gesondheidsorg wil bevorder, soos bv.: kontrasepsie, onbeplande swangerskappe en om tienerswangerskappe te voorkom, kliënte met besluitneming te help en diens van gehalte te lewer. Respondente (f=15, 40%, n=38), soos in Tabel 5.27 aangedui, het ook aangedui dat hul graag verdere opleiding in die volgende rigtings sal wil ondergaan bv.: trauma, teater, verloskunde, stoma, mediese, MVA, waarde-uitklaringswerkswinkels, berading en bestuur.

Tabel 5.27: Respondente se toekomsdoelwitte in die afdeling (n=38)

Respondente se toekomsdoelwitte in die afdeling	f	%
Gesondheidsorg te bevorder soos kontrasepsie, onbeplande swangerskappe asook tienerswangerskappe te voorkom, kliënte met besluitneming te help en dienslewering van gehalte	16	42
Ondersteunig vir kliënte na TVS daar te stel	1	3
Om afdelingshoof te wees, indiensopleiding te bevorder	3	8
Ondersteuning vir personeel wat in TVS –afdelings werk	1	3
TVS van ginekologie te verwyder en na gemeenskapsentrums te skuif	1	3
TVS deel word van omvattende gesondheid	1	3
Opleiding:	15	40
• Trauma =1		
• Teater n =2		
• Verloskunde n=1		
• Stoma n=1		
• Mediese TVS n=1		
• MVA n=3		
• Waarde-uitklaringswerkswinkel en berading n=2		
• Bestuur n=1		
• Studeer n=3		
TOTAAL	38	100

Uit hierdie resultate blyk dit dat respondente meesal die werk in die betrokke TVS-afdeling waar hulle diens lewer, geniet. Tog het die meeste aangetoon dat hul graag in 'n ander afdeling sal wil werk. Nieteenstaande laasgenoemde het respondente tog ook toekomsdoelwitte vir hulself en hul werkverrigting in die betrokke TVS-afdeling aangedui. Die respondente se persoonlike terminasie van swangerskap-ervaring, soos in die volgende paragraaf bespreek, mag moontlik meer duidelikheid gee met betrekking tot redes waarom hulle graag in ander afdelings diens sal wil lewer.

5.5.1.8.8 Respondente se persoonlike ervaring van terminasie van swangerskap

Hierdie afdeling het die respondente se persoonlike TVS-ervarings in hulle betrokke werksafdelings, ondersoek. Die 21 item-konstruksie was so ontwerp dat respondente negatief of positief daarop moes antwoord ten opsigte van hulle persoonlike TVS-belewenisse. Tussen 75 en 78 respondente het hierdie afdeling beantwoord, soos in Tabel 5.28 weerspieël word. Die aanvanklike Chronbach Alpha, was $\alpha=0.518$, wat swak is (par.5.3.2), nadat items 1,9,13,14,15,16,17,18,20 en 21 verwyder was, was $\alpha=0.935$; wat 'n uitstekende Chronbach Alpha is, wat aandui dat die interne konstandheid van die items uitstekend is. Die items wat verwyder is, bv. nommer 1: 'ek kan myself ten volle uitleef in my werk', het in die meeste gevalle 'n positiewe stem gekry. Items 9,13,14,15,16,17,18,20 en 21 se skale het in die teenoorgestelde rigting gemeet en die antwoorde het negatiewe persoonlike ervarings van TVS in die afdeling uitgebeeld. Die respondente was moontlik nie hierop bedag nie en dit kon die "probleem" veroorsaak het.'n Bespreking van die items wat 'n beter chronbach alpha aandui, lyk soos volg: 'ek is gelukkig met die werk wat ek doen' (f=61,78%, n=78); 'ek het my ware roeping gevind in die werk wat ek tans doen' (f=47, 61%, n=77); 'my huidige werk beeld my ware persoonlikheid uit' (f=50, 3%, n=78); 'my huidige werk verskaf ruimte vir persoonlike groei', (f=46, 59%, n=78); 'my werk laat my toe om kreatief te wees' (f=41, 56%, n=75); 'deur my werk kan ek die wêreld 'n beter plek maak' (f=51,68%, n=75); 'my werk motiveer my' (f=51, 66%, n=77); 'my werk bied my 'n gevoel van fisiese veiligheid en sekuriteit' (f=43, 57%, n=75); 'my werk is vir my 'n uitdaging' (f=49, 64%, n=76). Respondente was dit eens dat hul TVS-werkservarings negatief is (f=55, 72%. N=77). Dit inspireer en reflekteer nie hulle geloofsoortuigings nie (f=40, 51%, n=77).

Dit blyk dat die respondente die TVS-werksafdeling as positief ervaar. Dit kom voor asof die meeste respondente nie saamstem dat hul godsdiensoortuigings in hul werk gereflekteer word nie. Dit stem ooreen met Lindtröm, Jacobsson, Wolf & Lalos (2007:236) se bevindinge dat godsdienste nie enige implikasies het ten opsigte van verpleegkundiges se houding rakende terminasie van swangerskap nie (par. 3.5.1). Dit is teenstrydig met verskeie ander studies (par. 3.5.1) wat bevind het dat godsdienste belangrik is en dat verpleegkundiges se

vryheid van keuse ingeperk word wanneer hul godsdienbenadering nie noodwendig TVS ondersteun nie. Hul godsdienbenadering mag dalk hul persepsie rakende terminasie van swangerskap beïnvloed (Cignacco 2002:2; Harrison et al 2000:426; Marshall et al 1994:571-575; Mokgethi, Ehlers en Van der Merwe 2006:38; Roman en Bester 1999:528; Swenson, Swanson en Oakley 1994:220; Zahed, Nabulsi en Tamim 2002:884). Volgens Berger (1979:233) (par.3.5.1), is dit eerder 'n kombinasie van godsdien en ouderdom wat die houdings van verpleegkundiges jeens terminasie van swangerskap beïnvloed. Die meeste respondente (n=62, 78%) vir hierdie studie was tussen 20-49 jaar oud (par. 5.5.1.1).

Tabel 5.28: Respondente se persoonlike TVS-ervarings in werksafdelings

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	f	%	f	%	f	%	F		n	%
*Ek kan myself ten volle in my werk uitleef.	6	7.8	1 1	14. 3	3 9	50. 6	20	26	77	100
Ek is ongelukkig met die werk wat ek doen.	9	11. 5	8	10. 3	3 8	48. 7	23	29.5	78	100
Ek het my ware roeping gevind in die werk wat ek tans doen.	13	16. 9	1 7	22. 1	2 9	37. 7	18	23.4	77	100
My huidige werk beeld my ware persoonlikheid uit.	13	16. 7	1 5	19. 2	3 1	39. 7	19	24.4	78	100
My huidige werk verskaf ruimte vir persoonlike groei.	14	17. 9	1 8	23. 1	2 4	30. 8	22	28.2	78	100
My werk met TVS inspireer my.	31	40. 3	2 4	31. 2	1 5	19. 5	7	9.1	77	100
My werk laat my toe om kreatief te wees.	19	25. 3	1 5	20	3 1	41. 3	10	13.3	75	100
Deur my werk kan ek die wêreld 'n beter plek maak.	15	20	9	12	3 3	44	18	24	75	100
*Ek is nie gelukkig met die werk wat ek doen nie.	8	34. 2	1 9	31. 6	2 5	24. 1	27	10.1	79	100
My werk motiveer my.	11	14. 3	1 5	19. 5	3 5	45. 5	16	20.8	77	100
My werk bied my 'n gevoel van fisiese veiligheid en sekuriteit.	15	20	1 7	22. 7	3 0	40	13	17.3	75	100
My werk is vir my 'n uitdaging.	10	13. 2	1 7	22. 4	3 1	40. 8	18	23.7	76	100
*Ek vind <u>geen</u> betekenis of doel in die lewe met die werk wat ek doen nie.	29	37. 3	2 2	28. 6	1 9	24. 7	7	9.1	77	100

*Ek voel onervuld met die werk wat ek doen.	25	32.5	24	31.2	21	27.3	25	9.1	77	100
*Om my daaglikse taak te aanskou, is 'n pynlike en vervelige ondervinding.	27	35.1	26	33.8	19	24.7	4	5.2	76	100
*My huidige werk onderdruk my persoonlike groei.	20	26.3	31	40.8	19	25	5	6.6	75	100
*Ek word soms geforseer om teen my gewete op te tree.	16	20.8	25	32.5	24	31.2	11	14.3	76	100
*Ek voel skuldig oor die werk wat ek in die eenheid doen.	22	28.9	28	35.9	19	24.4	8	10.3	77	100
My geloof word in my daaglikse werk gereflekteer.	16	20.5	24	30.8	24	30.8	12	15.4	76	100
*Ek oorweeg dit om die profesie te verlaat as gevolg van die werk wat ek in hierdie afdeling doen.	32	41	32	41	52	6.4	7	9	76	100
*Ek voel dat ek my plig bo my oortuigings in hierdie afdeling stel.	10	13	20	26	33	42.9	2	15.6	75	100
Cronbach's Alpha		Aantal Items								
$\alpha = .518$		21								
$\alpha = .935$		11 (items 1,9,13,14,15,16,17,18,20, 21 is verwyder)								
Persoonlike TVS-ervarings in werksafdelings	Verhouding met kliënte in die afdelings en werksverrigting in die afdeling	Ondersteuning van persone	Ondersteuning in die TVS-afdeling				Gevoelens ten opsigte van werk in TVS-afdeling		Gevoelens ten opsigte van TVS	
Spearman se rho	.363**	.496**	.363**				.413**		.371**	
P waarde (p<0.05)	.001	.000	.002				.000		.001	
N	79	74	72				69		73	
**Beduidenheidspeil 0.01 level (2-tailed).										
*Beduidenheidspeil 0.05 level (2-tailed). p<0.05										

Tabel 5.28 dui op “ondervinding” maar vir hierdie studie word dit verkies om die woord “ervaring” te gebruik soos in Tabel 5.28 weerspieël, is daar statiese beduidende verband tussen respondente se persoonlike ervarings met betrekking tot TVS en die volgende aspekte; verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling (par. 5.5.1.8.9), ondersteuning in die TVS-afdeling (par. 5.6.1), gevoelens met betrekking tot hulle dienslewering in TVS-afdelings (par. 5.5.1.8.10) en gevoelens met betrekking tot TVS (par. 5.5.1.8.11).

Dit beteken dat, alhoewel daar nie oorsaak en gevolg getoets is nie, al die vermeldde aspekte moontlik bydraend tot 'n verhoogde persoonlike ervaring met betrekking tot TVS kan wees.

5.5.1.8.9 Respondente se verhouding met kliënte en werksverrigtinge in die afdeling

Hierdie afdeling het die respondente se verhoudings met kliënte in die afdeling en werksverrigting ondersoek. Dit het uit 8 items bestaan waar respondente positiewe of negatiewe stemming ten opsigte van verpleegkundige-versus-kliënt-verhouding moes aandui. Tussen 72 en 79 respondente het items in hierdie afdeling voltooi soos in Tabel 5.29 aangedui. Die aanvanklike Chronbach Alpha, al 8 items ingesluit, was $\alpha=.757$. Dit is aanvaarbaar (par.5.3.2). Die respondente was negatief teenoor die volgende stellings: ‘ek voel ongemaklik om met kliënte in hierdie afdeling te werk’ (f=62, 63%, n=78); ‘ek is geneig om ‘n versoek van ‘n TVS kliënt uit te stel’ (f=62, 75%, n=72); ‘ek is moeg daarvan om prosedures oor en oor aan kliënte te verduidelik’ (f=64, 83%, n=77); ‘ek is besig om meer geïrriteerd met kliënte in hierdie afdeling te raak’ (f=62, 79%, n=79); ‘ek is geneig om swak maniere teenoor kliënte wat TVS versoek, te openbaar’ (f=71, 91%, n=78); ‘die kliënte in die afdeling is emosioneel uitputtend’ (f=42, 55%, n=77) en ‘my persepsie van verpleging het ‘n negatiewe verandering ondergaan sedert ek in hierdie afdeling diens lewer’, (f=69, 87%, n=78)

Die afleiding kan gemaak word dat die meeste repondente hul verhouding met die kliënte as positief ervaar en hulle voel dat hulle emosionele ondersteuning aan die TVS- kliënte kan bied.

Tabel 5.29: Verhouding met kliënte en werksverrigting in die afdeling

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>n</i>	%	
Ek voel ongemaklik om met kliënte in hierdie afdeling te werk.	24	30.8	38	48.7	11	14.1	5	6.4	78	100	
Ek is geneig om 'n versoek van 'n TVS - kliënt uit te stel.	29	29.7	33	45.2	9	12.3	1	1.4	72	100	
Ek is moeg daarvan om prosedures oor en oor aan kliënte te verduidelik.	27	35.1	37	48.1	7	9.1	6	7.8	77	100	
Ek is besig om meer geïrriteerd met kliënte in hierdie afdeling te raak.	27	34.2	35	44.3	11	13.9	6	7.6	79	100	
Ek is geneig om onbeskof te wees met kliënte wat TVS versoek.	39	50	32	41.1	5	6.4	2	2.2	78	100	
Die kliënte in die afdeling is emosioneel uitputtend.	16	20.8	26	33.8	28	36.4	7	9.1	77	100	
Ek kan emosionele ondersteuning aan 'n kliënt verskaf wat 'n TVS ondergaan.	6	7.8	12	15.6	39	50.6	29	24.7	76	100	
My persepsie van verpleging het 'n negatiewe verandering ondergaan sedert ek in hierdie afdeling werk.	36	45.6	33	41.8	8	10.1	1	1.3	78	100	
Chronbach's Alpha	Aantal Items										
$\alpha=.757$	8										
$\alpha=.876$	7 (item 7 is verwyder)										
Verhouding met	TVS-ervarin	Ondervinding	Houding	Verbintenis	Persoonli	Beradings tegnieke	Kommu	KOBS	Ondersteuning	Etiese	Gevoelens

kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling	gs in werksafdelings	van gevoelens en simptome in TVS afdeling van stres	ten opsigte van kliënte	met betrekking tot die Verpleegsters Diens Gelofte	ke gevoelens ten opsigte van TVS		nikasietegnieke	-Wet	beskikbaar in die TVS afdeling	riglyne van die SARV	ten opsigte van TVS
Spearman se rho	.363**	.397**	.322*	-.591**	-.409**	.345**	.514**	.387**	.335**	.369**	.522**
P waarde (p≤ 0.05)	.001	.000	.005	.000	.000	.004	.000	.001	.004	.001	.000
N	79	74	76	76	77	68	68	75	72	74	73
**Beduidenheidspeil 0.01 level (2-tailed)											
*Beduidenheidspeil 0.05 level (2-tailed)											
p<0.05											

Soos in Tabel 5.29 aangetoon, is daar statiese beduidenheid tussen respondente se verhouding met kliënte asook werksverrigting in die afdeling en die volgende aspekte: persoonlike ervaring van TVS (par.5.5.1.8.8), ondervinding van gevoelens en simptome van stres in TVS-afdeling (par. 5.5.1.9.1), houding ten opsigte van kliënte (par. 5.5.1.10), verbintenis met betrekking tot Verpleegsters Diens Gelofte (par.5.5.1.12), persoonlike gevoelens ten opsigte van TVS (5.5.1.13), beradingstegnieke (par. 5.6.2.1.1), kommunikasietegnieke (par. 5.6.1.2), siening van die KOBWet (par. 5.7.1), ondersteuning in die TVS-afdeling beskikbaar (par.5.7.3) , etiese riglyne van die SARV (par. 5.7.4.1) en gevoelens met betrekking tot TVS (par. 5.5.1.8.11).

5.5.1.8.10 Respondente se gevoelens met betrekking tot hul werk in die TVS-afdeling

Hierdie afdeling het respondente se gevoelens rakende hul werk in die TVS-afdeling ondersoek. Dit het uit 7 items bestaan waar die respondente op 'n semantiese differensiële skaal moes aandui wat sy\haar gevoelens die beste verteenwoordig (Burns en Grove 2007:389). Tussen 64 en 66 respondente het die afdeling voltooi soos in Tabel 5.30.1 aangedui. Die Chronbach Alpha, ingesluit al 7 items was $\alpha=.938$, wat 'n uitstekende Chronbach Alpha is (par.5.3.2). Dit dui ook aan dat die interne konstandheid van die items uitstekend is en dat daar 'n noue verband tussen die items is. Tabel 5.30.2 weerspieël dat die respondente meesal die skale vanaf 6-10 ($\sum f=275$) aangedui het.

Tabel 5.30.1: Respondente se gevoelens met betrekking tot hul werk in die TVS afdeling

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	n	
Hopeloos	3	4	3	4	12	3	5	13	5	11	64	Hoopvol
%	4.7	6.3	4.7	6.3	18.8	4.7	7.8	20.3	7.8	17.2	100	
Alleen	9	0	0	5	9	6	6	10	5	15	65	Kameraadskap
%	13.8	0	0	7.7	13.8	9.2	9.2	15.4	7.7	23.1	100	
Bedroewend	7	1	3	4	12	9	8	6	7	8	65	Gelukkig
%	10.8	1.5	4.6	6.2	18.5	13.8	12.3	9.2	10.8	12.3	100	
Magteloos	11	1	0	3	11	5	2	11	6	15	65	Bemagtig
%	16.9	1.5	0	4.6	16.9	7.7	3.1	16.9	9.2	23.1	100	
Ontevrede	7	2	1	4	14	4	3	9	4	18	66	Tevrede
%	10.6	3	1.5	6.1	21.2	6.1	4.5	13.6	6.1	27.3	100	
Kwaadsprekend	10	1	3	0	11	3	7	6	7	17	65	Goed
%	15.4	1.5	4.6	0	16.9	4.6	10.8	9.2	10.8	26.2	100	
Verkeerd	13	1	1	3	8	4	6	7	8	15	66	Reg
	19.7	1.5	1.5	4.5	12.1	6.1	9.1	10.6	12.1	22.7	100	

Cronbach's Alpha

Aantal Items

A=.938

7

Dit wil voorkom asof die respondente se gevoelens met betrekking tot hul werk in die TVS-afdeling meer positief is soos in Tabel 5.30.2 weerspieël. Respondente kom hoopvol (f=38, 59%, n=64), gelukkig (f=38, 59%, n=65), bemagtig (f=39, 60%, n=65) en tevrede, (f=38, 58%, n=66) voor en ervaar die situasie as een van kameraadskap 42 (65%, n=65), wat goed, 40 (62%, n=65) en reg is 40 (61%, n=61).

Tabel 5.30.2: Indeling van respondente -response op die semantiese differensiële skaal, “1-5 laag” en “6-10 hoog”

	1-5 <i>f</i>	1-5 %		6-10 <i>f</i>	6-10 %	N	Mean	Gekorrigeerde Item-Totale korrelasie	Kwadratuur veelvuldige korrelasie	Cronbach's Alpha indien Item verwyder
Hopeloos	26	41	Hoopvol	38	59	64	37.9	.648	.523	.941
Alleen	23	35	Kameraadskaap	42	65	65	37.9	.710	.528	.936
Bedroewend	27	42	Gelukkig	38	59	65	38.4	.768	.714	.932
Magteloos	26	40	Bemagtig	39	60	65	38.1	.846	.790	.924
Ontevrede	28	42	Tevrede	38	58	68	38.0	.881	.846	.921
Kwaadsprekend	25	39	Goed	40	62	64	37.8	.875	.866	.921
Verkeerd	26	39	Reg	40	61	66	38.1	.859	.871	.923
TOTAAL	181	100	TOTAAL	275	100					

Soos in Tabel 5.31.4 aangetoon, is daar statistiese beduidende assosiasie tussen respondente se gevoelens met betrekking tot hul werk in die TVS-afdeling, hul persoonlike ervaring van TVS (par.5.5.1.8.8) en hul gevoelens ten opsigte van TVS (par.5.5.1.8.11).

Tabel 5.30.3: Inter-item korrelasies met betrekking tot respondente se gevoelens ten opsigte van hul werk in die TVS-afdeling

	Mean	Minimum	Maksimum	Range	Maksimum / Minimum	Variansie	Aantal items
Inter-Item Korrelasies	.682	.479	.898	.420	1.877	.014	7

5.5.1.8.11 Respondente se gevoelens met betrekking tot terminasie van swangerskap

Hierdie afdeling het die respondente se gevoelens betreffende terminasie van swangerskap ondersoek. Dit het uit 9 stelle items op 'n 10 punt semantiese differensiasie skaal bestaan waarop respondente moes aantoon wat hul gevoelens die beste verteenwoordig (Burns en

Grove 2007:389). Tussen 67 en 78 respondente het die afdeling voltooi soos in Tabel 5.31.1 aangetoon. Die Chronbach Alpha, ingesluit al 9 items was $\alpha=.973$, wat weereens uitstekend was (par.5.3.2).

Tabel 5. 31.2 weerspieël die respondente se gevoelens met betrekking tot terminasie van swangerskap. Die respondente het meesal die skale 1-5 ($\Sigma f=356$) aangedui wat aantoon dat hulle die terminasie van swangerskap as negatief ($f=49$, 63%, $n=78$); onverantwoordelik ($f=43$, 61%, $n=70$); moord ($f=46$, 68%, $n=68$) en as krimineel ($f=35$, 52%, $n=67$) beskou. Daar dien op gelet te word dat 32 (48%, $n=67$) respondente wetlik op die skale 6-10 aangedui het en dat die verskil tussen krimineel en wetlik dus net 4% was. Respondente het terminasie van swangerskap verder as 'n kitsoplossing ($f=47$; 68%, $n=69$); onmenslik ($f=47$, 69%, $n=68$); oneties ($f=43$, 63%, $n=68$); 'n skande ($f=47$, 69%, $n=68$) beskou en dat dit immoreel is ($f=46$, 69%, $n=67$). Dit wil dus voorkom asof respondente se gevoelens meesal meer negatief ten opsigte van terminasie van swangerskap is.

Tabel 5.31.1: Respondente se gevoelens ten opsigte van terminasie van swangerskap

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	n	
Sleg	27	3	5	3	11	4	5	3	4	6	78	Goed
%	38	4.2	7	4.2	15.5	5.6	7	4.2	5.6	8.5	100	
Onverantwoordelik	23	2	7	1	10	5	6	2	4	10	70	Verantwoordelik
%	32.9	2.9	10	1.4	14.3	7.1	8.6	2.9	5.7	14.3	100	
Moord	24	3	1	5	13	3	3	1	3	12	68	Lewegewend/ reddend
%	35.3	4.4	1.5	7.4	19.1	4.4	4.4	1.5	4.4	17.6	100	
Krimineel	15	5	3	1	11	1	4	2	2	23	67	Wetlik
%	22.4	7.5	4.5	1.5	16.4	1.5	6	3	3	34.3	100	
Kitsoplossing	20	7	6	3	11	2	1	1	5	13	69	Langtermyn oplossing
%	29	10.1	8.7	4.3	15.9	2.9	1.4	1.4	7.2	18.8	100	
Onmenslik	24	5	5	1	12	5	1	1	5	9	68	Menslik
%	35.3	7.4	7.4	1.5	17.6	7.4	1.5	1.5	7.4	13.2	100	
Oneties	19	4	5	1	14	3	3	2	3	13	68	Eties
%	27.9	5.9	7.4	1.5	20.6	4.4	4.4	2.9	4.4	19.1	100	
Skande	22	2	6	2	15	4	2	3	2	10	68	Trots

	31.9	2.9	8.7	2.9	21.7	5.8	2.9	4.3	2.9	14.5	100	
Immoreel	23	3	5	2	13	6	2	2	2	9	67	Moreel
	34.3	4.5	7.5	3	19.4	9	3	3	3	13.4	100	
Cronbach's Alpha	Aantal Items											
$\alpha=.973$	9											

Tabel 5.31.2: Indeling van respondent- response op die semantiese differensiële skaal, “1-5 laag” en “6-10 hoog”

	1-5	%		6-10	%	n	Mean	Skaal variansie as item verwyder is	Gekorrigeerde item-totale korrelasie	Kwadraat van veelvuldige korrelasie	Cronbach's Alpha as item verwyder is
Sleg	49	63	Goed	22	28	78	37.82	581.722	.883	.913	.970
Onverantwoordelik	43	61	Verantwoordelik	27	39	70	37.44	583.102	.829	.848	.972
Moord	46	68	Lewegewend/reddend	22	32	68	37.71	572.144	.905	.855	.969
Kriminieel	35	52	Wetlik	32	48	67	36.56	574.348	.791	.827	.974
Kitsoplossing	47	68	Langtermyn oplossing	22	32	69	37.65	567.511	.899	.838	.969
Onmenslik	47	69	Menslik	21	31	68	37.87	574.377	.873	.814	.970
Oneties	43	63	Eties	24	35	68	37.18	569.886	.893	.896	.969
Skande	47	69	Trots	21	31	68	37.68	573.501	.939	.930	.967
Immoreel	46	69	Moreel	21	31	67	37.77	573.063	.935	.925	.967
TOTAAL	356	100	TOTAAL	212	100						

Tabel 5.31.3: Inter-item korrelasies met betrekking tot respondente se gevoelens rakende TVS

	Mean	Minimum	Maksimum	Range	Maksimum / Minimum	Variansie	Aantal items
Inter-Item korrelasies	.804	.577	.946	.369	1.639	.006	9

Tabel 5.31.4: Korrelasies met betrekking tot respondent-gevoelens betreffende hul werk in die TVS- afdeling asook gevoelens met betrekking tot terminasie van swangerskap

		Persoonlik e ervaring van TVS	Verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling	Verbintenis met betrekking tot die Verpleegsters Diens Geloofte	Siening van die fetus	KOBS - Wet	Gevoelens betreffende werk in TVS afdeling	Gevoelens ten opsigte van TVS
Gevoelens met betrekking tot hul werk in TVS afdeling	Spearmanse rho	.413**						.464**
	P waarde (p < 0.05)	.000						.000
	n	69						68
Gevoelens ten opsigte van TVS	Spearmanse rho	.371**	.522**	-.390**	.361**	.387**	.464**	
	P waarde (p ≤ 0.05)	.001	.000	.001	.002	.001	.000	
	n	73	73	71	69	70	68	
**Beduidenheidspeil 0.01 level (2-tailed) *Beduidenheidspeil 0.05 level (2-tailed) p < 0.05								

Soos in Tabel 5.31.4 aangetoon, is daar statistiese beduidende assosiasie tussen respondente se gevoelens met betrekking tot TVS, verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling (par.5.5.1.8.9), hul verbintenis met betrekking tot die Verpleegsters Diens Geloofte (par.5.5.1.12), hul siening van die fetus (par. 5.6.3), die KOBS Wet (par. 5.7.1) en hul gevoelens betreffende hul werk in die TVS-afdeling (par.5.5.1.8.10).

5.5.1.8.12 Respondente se gevoelens met betrekking tot kliënte

Hierdie afdeling het die respondente se gevoelens met betrekking tot TVS-kliënte in die afdeling ondersoek. Daar was 10 items waardeur respondente moes aandui in hoe 'n mate hulle positief of negatief saamstem ten opsigte van hul verhouding met die kliënte in die werksafdeling. Dit was in Likert-formaat gemeet. Die aanvanklike Chronbach Alpha, al 10 items ingesluit, was $\alpha = .674$, wat bevestigende word en interne konstantheid kan ook

bevraagteken word (par.5.3.2). Dit was die beste Chronbach Alpha wat verkry was, met die uitskakeling van items. Geen items was dus uitgeskakel nie.

Tussen 73 en 76 respondente het hierdie items beantwoord, soos in Tabel 5.32 aangedui. Die respondente het nie saamgestem met die volgende stellings nie: die integriteit van die kliënt word nie raakgesien nie (f=55, 73%, n=75); die klënt met terminasie van swangerskap vir mediese redes word vinniger gehelp as die TVS op versoek-kliënte (f=53, 70%, n=76); die sorg van die kliënt is gebrekkig as gevolg van 'n gebrek aan tyd (f=42, 58%, n=77); die sorg van die kliënte is gebrekkig as gevolg van bevooroordeelende houdings jeens TVS, (f=50, 69%, n=72); die outonomie van TVS-kliënte word nie erken nie (f=53, 78%, n=73) en 'minder hoflikheid word aan kliënte getoon wat TVS verkies as toe ek in die afdeling begin werk het' (f=56, 77%, n=68).

Die respondente het met die volgende stellings saamgestem: ingeligte toestemming is 'n mite aangesien die kliënt reeds besluit het wanneer 'n TVS verkies word (f=55, 72%, n=74); professionele geheimhouding ten opsigte van die kliënte se diagnose word nagekom (f=65, 88%, n=75); die beginsels van gelykheid en eerlikheid ten opsigte van TVS-kliënte word gehandhaaf, (f=68, 82%, n=76) en kliënte verskaf ten volle ingeligte toestemming vir prosedures ten opsigte van TVS (f=70, 92%, n=73). Die afleiding kan uit hierdie afdeling gemaak word dat respondente voel kliënte ontvang wel professionele sorg, maar dat kliënte wel reeds 'n besluit geneem het met betrekking tot 'n terminasie wanneer hul by die TVS-afdeling aanmeld.

Tabel 5.32: Respondente se gevoelens ten opsigte van TVS-kliënte in die afdeling

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	F	%	f	%	f	%	f	%	n	%
1. Die integriteit van die kliënt word nie raakgesien nie.	22	29.3	33	44	18	24	2	2.7	75	100
2. Ingeligte toestemming is 'n mite aangesien die kliënt alreeds besluit het wanneer 'n TVS verkies word.	5	6.6	16	21.1	41	53.9	14	18.4	76	100
3. Die klënt met terminasie van swangerskap vir mediese redes word vinniger gehelp as die TVS op versoek-kliënte.	25	32.5	28	36.4	17	22.1	7	9.1	77	100
4. Die sorg van die kliënte is gebrekkig as gevolg van 'n gebrek aan tyd.	15	20.8	27	37.5	26	36.1	4	5.6	72	100

5. Die sorg van die kliënte is gebrekkig as gevolg van 'n bevooroordeelende houding jeens TVS.	16	21.9	34	46.6	19	26	4	5.5	73	100
6. Die outonomie van TVS-kliënte word nie erken nie.	20	29.4	33	48.5	11	16.2	4	5.9	68	100
7. Professionele geheimhouding ten opsigte van die kliënte se diagnose word nagekom.	2	2.7	7	9.5	33	44.6	32	43.2	74	100
8. Die beginsels van gelykheid en eerlikheid word gehandhaaf ten opsigte van TVS-kliënte.	3	4	4	5.3	42	56	26	34.7	75	100
9. Kliënte verskaf ten volle ingeligte toestemming vir prosedures wat verband hou met TVS.	1	1.3	5	6.6	39	51.3	31	40.8	76	100
10. Minder hofflikheid word aan kliënte getoon wat TVS verkies as toe ek in die afdeling begin werk het.	19	26	37	50.7	14	19.2	3	4.1	73	100
Cronbach's Alpha	Aantal Items									
$\alpha=0.674$	10									

5.5.1.9 Stres

Daar vind baie veranderinge in gesondheidsorg plaas wat die taak vir verpleegkundiges kan bemoeilik, veral ten opsigte van professionele selfbeeld (Arthur en Randle 2007:61). Dit blyk dat stres 'n alledaagse ervaring vir terminasie-verbode verpleegkundiges is. Veral indien dit nie met die verpleegkundige se persoonlike oortuigings en waardes ten opsigte van terminasies van swangerskappe ooreenstem nie. Hoë stresvlakke kan 'n individu se interaksievermoë en doelwitbereiking (totaal) belemmer (George 2002: 250; King 1981:147) (par 2.5.2 en 3.5.2).

5.5.1.9.1 Stresverwante gevoelens en simptome

Hierdie afdeling het die gevoelens en simptome van respondente wat op stres dui en soos dit deur respondente ervaar word, ondersoek. Dit het uit 16 items bestaan. Die Chronbach Alpha vir al die 16 items was $\alpha=0.911$, wat aandui dat die interne konstandheid van die items uitstekend is. Tussen 71 en 74 respondente het hierdie items voltooi, soos in Tabel 5.33 aangedui. Die respondente het glad nie gevoelens en simptome ten opsigte van die volgende ondervind nie: dringende behoefte om te huil, (f=38, 52%, n=73); dringende behoefte om die afdeling te verlaat (f=38, 53%, n=71); angstigheid (f=40, 56%, n=72);

gastro-intestinale tekens en simptome byvoorbeeld diarrhea en braking (f=55, 75%, n=73); onvermoë om te konsentreer (f=48, 65%, n=74); insomnia (f=42, 58%, n=73); spierspanning (f=40, 55%, n=73); migraine hoofpyne (f=44, 61%, n=73); toename in rookgewoonte (f=68, 95%, 72); toename in alkoholgebruik (f=68, 96%, 71); toename in die gebruik van susmiddels (tranquilizers) (f=69, 96%, n=71); beleving van nagmerries (f=53, 74%, n=72) en chroniese algemene liggaamspyne (f=45, 62%, n=73). Respondente het wel aangedui dat hul soms die volgende gevoelens en simptome ondervind naamlik; algemene prikkelbaarheid (f=45, 62%, n=73); moegheid (f=31, 43%, n=73). Depressie was as volg aangedui, 29 (40%, n=72) respondente ervaar soms depressie, 7 (10%, n=72) dikwels 2 (3%, n=72) die meeste van die tyd. Dus het die meeste van die respondente aangetoon dat hul wel depressie ervaar, en 34 (47%, n=72) het aangedui dat hulle glad nie depressie ervaar nie. Die verskil in die aantal respondente wat depressie ervaar en nie ervaar nie, is gering naamlik sowat 6% . Die afleiding kan gemaak word dat nie alle respondente die algemene gevoelens en simptome van stres ervaar nie. Soos in paragraaf 5.5.1.8.6 aangedui, Tabel 5.24, geniet 60 (83%, n=72) respondente hul dienslewering in die afdeling en 28 (41%, n=68) respondente sal glad nie in 'n ander afdeling wil werk nie. Daarenteen het 40 (60%, n=68) respondente aangedui dat hul graag in 'n ander afdeling sal wil werk en 12 (17%, n=72) het aangedui dat hul geensins die werk in die afdeling waar hul werksaam is, geniet nie. Dit wil dus voorkom asof die respondente gelukkig is waar hulle diens lewer. Dit is van belang vir hierdie studie om na die impak van stres op die verpleegkundige werksaam in die TVS-afdeling te kyk (par. 3.5.2). Min is bekend oor die potensiële sielkundige impak van TVS op die verpleegkundige (Lipp en Fothergill 2009:108). Volgens Wolkomir en Powers (2007:153-154) (par.3.5.2) is dit moeilik vir verpleegkundiges om die behoeftes van die self en die behoeftes van die werk te balanseer. Die afleiding wat uit hierdie afdeling gemaak kan word as gevolg van die geringe verskil in respondente wat depressie ervaar en diegene wat dit nie ervaar nie, mag dit moontlik maak dat dit ook moeilik vir verpleegkundiges\respondente is om die behoeftes van die self te identifiseer, dalk daarom die geringe verskil.

Tabel 5.33: Frekwensie van gevoelens en simptome beleef in TVS -afdeling

	Meeste van die tyd.		Dikwels		Soms		Glad nie		Totaal	
	f	%	f	%	f	%	f	%	n	%
1. Algemene prikkelbaarheid.	3	4.1	11	15.1	45	61.6	14	19.2	73	100
2. Depressie	2	2.8	7	9.7	29	40.3	34	47.2	72	100
3. Dringende behoefte om te huil.	0	0	2	2.7	33	45.2	38	52.1	73	100
4. Dringende behoefte om die afdeling te verlaat.	1	1.4	7	9.9	25	35.2	38	53.2	71	100
5. Moegheid.	2	2.7	13	17.8	31	42.5	27	37	73	100
6. Angstigheid	1	1.4	11	15.3	20	27.8	40	55.6	72	100
7. Gastrointestinale tekens en simptome bv. Diarrhea en braking.	2	2.7	3	4.1	13	13.3	55	75.3	73	100
8. Onvermoë om te konsentreer.	1	1.4	5	6.8	20	27	48	64.9	74	100
9. Insomnia	2	2.7	5	6.8	24	32.9	42	57.5	73	100
10. Spierspanning	2	2.7	4	5.5	27	37	40	54.8	73	100
11. Migraine hoofpyne.	0	0	3	4.2	25	34.7	44	61.1	73	100
12. Rook meer.	1	1.4	2	2.8	1	1.4	68	94.4	72	100
13. Gebruik meer alkohol.	1	1.4	1	1.4	1	1.4	68	95.8	71	100
14. Gebruik meer susmiddels (tranquilizers) ens.	0	0	2	2.8	1	1.4	69	95.8	71	100
15. Nagmerries	1	1.4	3	4.2	15	20.8	53	73.6	72	100
16. Chroniese algemene liggaamspyne.	1	1.4	4	5.5	23	31.5	45	61.6	73	100
Cronbach's Alpha	Aantal Items									
A=.911	16									

5.5.1.9.2 Streshanteringsaktiwiteite)meganismes van respondente

Hierdie afdeling het die TVS-afdelings (se) respondente se streshanteringsaktiwiteite)meganismes ondersoek. Dit het uit 16 items bestaan waartydens respondente positiewe of negatiewe streshanteringsmeganismes moes aandui. Dit was in Likertformaat gemeet. Die aanvanklike Chronbach Alpha, al 16 items ingesluit, was $\alpha=.872$, wat goed is (par.5.3.2). Nadat item 4 verwyder was, was $\alpha=.891$, wat 'n nog beter Cronbach Alpha is. Item 4 was die enigste item waar die skaal in die teenoorgestelde rigting as die ander skale gemeet het. Tussen 70 en 74 respondente het hierdie afdeling beantwoord, soos in Tabel 5.34 aangedui. Die respondente het nie saamgestem met die volgende stellings nie: 'ek volg 'n gereelde oefenprogram' (f=40, 55%, n=73); 'ek woon ondersteuningsgroepsvergaderings vir verpleegkundiges werksaam in TVS -afdelings by'

(f=56, 79%, n=70); 'ek het gereelde vergaderings met 'n sielkundige\berader' (f=64, 88%, n=72); 'ek het gereelde vergaderings met godsdienstige leiers vir ondersteuning' (f=59, 81%, n=72) en 'ek het 'n mentor in die instansie waar ek werk' (f=52, 72%, n=71). Met die volgende stellings het die respondente saamgestem: 'ek volg 'n gebalanseerde voedsame dieet' (f=62, 83%, n=72); 'ek maak seker dat ek voldoende rus' (f=61, 82%, n=74); 'ek handhaaf 'n goed georganiseerde leefstyl en werksomgewing' (f=67; 91%, n=74); 'ek bespreek my stressors met ander' (f=52, 70%, n=74); 'ek doen ontspanningsoefeninge op 'n gereelde basis' (f=39, 53%, n=73); 'ek bespreek my situasie met ander' (f=51, 71%, n=72); 'ek beoefen positiewe selfgesprekke' (f=49, 68%, n=71); 'ek bestuur my tyd goed' (f=64, 88%, n=72); 'ek kry genoeg sosiale ondersteuning' (f=46, 64%, n=71) en 'ek kry genoeg ondersteuning van kollegas' (f=47, 65%, n=71).

Die meeste respondente volg nie 'n gereelde oefenprogram nie, 40 (55%), maar 39 (53%) van die respondente het aangedui dat hulle ontspanningsoefeninge op 'n gereelde basis doen. Dit blyk dus dat die respondent wel pogings aanwend om stres te verlig. Die meeste respondente woon nie ondersteuningsgroepevergaderings vir verpleegkundiges werksaam in TVS-afdelings by nie (f=56, 79%, n=70). Die moontlike redes vir hierdie nie-bywoning mag moontlik wees dat ondersteuningsvergaderings nie beskikbaar is nie. Tabel 5.39, toon aan dat die respondente meesal aangetoon het dat berading vir die verskaffers van TVS nie beskikbaar in die afdeling is waar hul werksaam is nie (f=51, 67%, n=76). Het nie gereelde vergaderings met 'n sielkundige\berader nie (f=64, 88%, n=72), het nie gereelde vergaderings met godsdienstige leiers vir ondersteuning nie. Ondersteuning is nie altyd beskikbaar vir verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskapafdelings nie (Gmeiner en Van Wyk 2000:9; Marshall en Gold 1994:575; WHO 2010). Volgens Lipp en Fothergill (2009:113-114) is professionele en persoonlike ondersteuning 'n belangrike omgewingsinvloed om emosionele stres te verlig (par. 3.5.2.1). Spesiale aandag moet gegee word aan streshantering vir hierdie verpleegkundiges om hulle sodoende in staat te stel om permanente betrokkenheid by kliënte daar te stel (Makoala 2002:11; Mhlanga 2002:18) (par. 3.5.2.1). Die meeste, 52 (72%, n=71) respondente het aangedui dat hulle nie 'n mentor in die instansie het waar hulle werk nie, 'n mentor mag moontlik 'n ondersteunende rol speel. Respondente (f=47, 65%, n=71), het aangedui dat hul genoeg ondersteuning van kollegas verkry, maar volgens Mayer et al (2005:23) voldoen die ondersteuning wat kollegas verskaf, ook nie altyd aan al die vereistes nie. Respondente het ook aangedui dat hulle hul stressors en situasie met ander bespreek en dat hulle genoeg sosiale ondersteuning kry. Hulle beoefen positiewe selfsprek en bestuur hul tyd goed.

Tabel 5.34: Die mate waartoe die respondente stresshanteringsaktiwiteite/meganismes volg

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	f	%	f	%	f	%	f	%	n	%
1. Volg 'n gebalanseerde voedsame dieet.	5	6.9	7.9	9.7	48	66.7	12	16.7	72	100
2. Ek maak seker dat ek voldoende rus.	2	2.7	11	14.9	45	60.8	16	21.6	74	100
3. Ek volg 'n gereelde oefenprogram.	9	12.3	31	42.5	25	34.2	8	11	73	100
4. *Daar is werklik niks wat ek kan doen aan verbandhoudende stres nie as "to get out".	16	21.9	38	52.1	15	20.5	4	5.5	73	100
5. Ek handhaaf 'n goed georganiseerde leefstyl en werksomgewing.	0	0	7	9.5	50	67.6	17	23	74	100
6. Ek bespreek my stressors met ander.	7	9.5	15	20.3	43	58.1	9	12.2	74	100
7. Ek doen ontspanningsoefeninge op 'n gereelde basis.	5	6.8	29	39.7	30	41.1	9	12.3	73	100
8. Ek bespreek my situasie met ander.	5	6.9	16	22.2	43	59.7	8	11.1	72	100
9. Ek woon ondersteunings-groepsvergaderings by vir verpleegkundiges werksaam in TVS-afdelings.	32	45.1	24	33.8	11	15.5	3	4.2	70	100
10. Ek het gereelde vergaderings met 'n sielkundige berader.	30	41.1	34	46.6	5	6.8	3	4.1	72	100
11. Ek het gereelde vergaderings met godsdienstige leiers vir ondersteuning.	30	41.1	29	39.7	10	13.7	3	4.1	72	100
12. Ek het 'n mentor in die instansie waar ek werk.	24	33.3	28	38.9	15	20.8	4	5.6	71	100
13. Ek beoefen positiewe selfgesprek.	9	12.5	13	18.1	38	52.8	11	15.3	71	100
14. Ek bestuur my tyd goed.	2	2.7	6	8.2	49	67.1	15	20.5	72	100
15. Ek kry genoeg sosiale ondersteuning.	9	12.5	16	22.2	37	51.4	9	12.5	71	100
16. Ek kry genoeg ondersteuning van kollegas.	8	11.1	16	22.2	36	50	11	15.3	71	100
Cronbach's Alpha	Aantal Items									
$\alpha=.872$	16									
$\alpha=.891$	15 (item 4 verwyder)									

Soos in Tabel 5.34.1 aangetoon, is daar statiese beduidenheid tussen respondente se gevoelens en simptome soos in die TVS-afdeling beleef en hul verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling, ondersteuning van persone en ondersteuning in die TVS-afdeling beskikbaar vir verpleegkundiges.

Verder toon Tabel 5.34.1 dat daar statiese beduidenheid is tussen respondente se stresshanterings-aktiwiteite/meganismes en die volgende aspekte: persoonlike ervaring van

TVS (par. 5.5.1.8.8); sosiale ondersteuningsisteme beskikbaar (par.5.6.1.1; Tabel 5.1B); ondersteuning van persone (par.5.6.1.2); ondersteuning in die TVS-afdeling beskikbaar (par. 5.7.3); groepsberading - interpersoonlike sisteem (Tabel 5.1B); groepsberading - sosiale-sisteem (Tabel 5.1B); rotasie na ander afdelings (Tabel 5.1B 1); ondersteuning van bestuur (Tabel 5.1B) en pro-keuse (Tabel 5.1B). As Interpersoonlike Groepsberading (sien Tabel 5.1B sluit in berading in die afdeling beskikbaar, TVS-voorsieners deel ervarings, beskikbaarheid van groepsonderrig, besprekings aangaande die werk wat gedoen word, interpersoonlike-sisteem) gekorreleer word met streshanteringsmeganismes\aktiwiteit, is $r=0.880$, $p=0.000$. As groepsberading sosiaal (sien Tabel 5.1B en sluit in aangemoediging van personeel om ontladingsessies by te woon en berading beskikbaar, sosiale sisteem) gekorreleer word met streshanteringsmeganismes\aktiwiteit is, $r=0.578$, $p=0.000$, ($p<0.05$). Groepsberading as stres meganisme\aktiwiteit dra wel by tot die hantering van stres.

Tabel 5.34.1: Korrelasies van ervaring van stres en hanteringsaktiwiteitelemeganismes.

		Persoonli ke ervaring van TVS	Verhouding met kliënte in die afdeling en werkverrigt ing in die afdeling	Sosiale ondersteun ing sisteme beskikbaar	Ondersteun ing van persone	Ondersteun ing beskikbaar in die TVS afdeling	Groepsberadi ng, interpersoonl ik. (Tabel 5.1B)	Groepsberadi ng, sosiaal. (Tabel 5.1B)	Rotasie na ander afdeling s beskikk baar "time out" (Tabel 5.1B)	Ondersteun ing van bestuur. (Tabel 5.1B)	Pro keus e (Tab el 5.1B)
Ervaring van gevoelens en simptome in TVS afdeling	Spearman se rho		.397**			-.368**	.350**				
	P waarde (p< 0.05)		.000			.002	.003				
	N		74		71	70					
Streshanteri ngs aktiwiteitelem eganismes	Spearman se rho	.290*		.538**	-.491**	.553**	.542**	.423**	.456**	.503**	.456**
	P waarde (p< 0.05)	.012		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	74		73	71	70	73	69	68	70	70

**Beduidenheidspeil 0.01 level (2-tailed)

*Beduidenheidspeil 0.05 level (2-tailed)

p<0.05

Van die respondente het (f=54,74%, n=73) nie saamgestem met die item “daar is werklik niks wat ek kan doen aan verbandhoudende stres nie, behalwe “to get out” nie. ‘n Positiewe verband tussen stres hanteringsaktiwiteite\meganismes en rotasie na ander afdelings\”time-out” is deur die Spearman se rho, $r=.456$, p-waarde 0.000 ($p<0.05$), bevind. Respondente kan moontlik rotasie na ander afdelings\”time-out” as ‘n meganisme\aktiwiteit van stres hantering beskou.

5.5.1.10 Respondente se houding teenoor kliënte in die afdeling

Hierdie afdeling bestaan uit 9 items, waar die respondente se houding teenoor kliënte in die werksafdeling ondersoek is. Die Chronbach Alpha is $\alpha=.864$. Al nege (9) items is vir verdere analise behou.

Tussen 72 en 75 respondente het hierdie items beantwoord, soos in Tabel 5.35 aangetoon. Die respondente het met die volgende stellings saamgestem: ‘ek voorsien individuele sorg aan kliënte’, (f=68, 93%, n=72); ‘ek poog om (inspire) vertrouwe en selfversekering by my kliënte te skep’ (f=74, 97%, n=75); ‘ek is altyd gewillig om kliënte te help’ (f=70, 92%, n=75); ‘ek reageer onmiddellik op die kliënt se versoeke en/of behoeftes’ (f=72, 95%, n=75); ‘die klënt se wense is baie belangrik vir my’ (f=72, 95%, n=75); ‘ek voel dat ‘n verpleegkundige beter weet wat goed is vir die kliënt’ (f=40, 53%, n=74) en ‘ek lig kliënte in op ‘n neutrale objektiewe wyse’ (f=69, 92%, n=74). Die respondente het nie met die volgende stellings saamgestem nie: ‘ek is geneig om my negatiewe opinie ten opsigte van terminasie van swangerskap deur middel van my optrede aan die kliënt oor te dra’ (f=59, 79%, n=75) en ‘ek is geneig om emosioneel by my kliënte se situasies betrokke te raak’ (f=55, 72%, n=75).

Dit blyk uit hierdie afdeling dat die respondente se persepsie ten opsigte van hul houding teenoor kliënte positief is, wat nie met die literatuur van hierdie studie ooreenstem nie, (soos in par. 3.5.1.2 bespreek). Soos in Tabel 5.35 aangetoon, is daar statiese beduidenheid tussen die respondente se gevoelens met betrekking tot hul houding teenoor kliënte in die TVS-afdeling en hul verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling (par. 5.5.1.8.9); verbintenis met betrekking tot Verpleegsters Diens Gelofte (par. 5.5.1.12); beradingstegnieke (par.5.6.2.1.1); kommunikasietegnieke (par.5.6.2.1.2) en die bepalings in die KOBW-Wet (par. 5.7.1).

Tabel 5.35: Respondente se gevoelens ten opsigte van hul houding teenoor kliënte

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>n</i>	%
1. Ek voorsien individuele sorg aan kliënte.	0	0	4	5.5	45	61.6	23	31.5	72	100
2. Ek poog om (inspire) vertroue en selfversekering by my kliënte te skep.	0	0	1	1.3	44	57.9	30	39.5	75	100
3. Ek is altyd gewillig om kliënte te help.	2	2.6	3	3.9	38	50	32	42.1	75	100
4. Ek reageer onmiddellik op die kliënt se versoeke en of behoeftes.	1	1.3	2	2.6	45	59.2	27	35.5	75	100
5. Die klënt se wense is baie belangrik vir my.	0	0	3	3.9	46	60.5	26	34.2	75	100
6. Ek voel dat 'n verpleegkundige beter weet wat goed is vir die kliënt.	12	16	22	29.3	27	36	13	17.3	74	100
7. Ek is geneig om my negatiewe opinie van terminasie van swangerskap deur middel van my optrede aan die kliënt te wys.	33	43.3	26	34.2	9	11.8	7	9.2	75	100
8. Ek lig kliënte in op 'n neutral-objektiewe wyse.	2	2.7	3	4	50	66.7	19	25.3	74	100
9. Ek is geneig om emosioneel by my kliënte se situasies betrokke te raak.	23	30.3	32	42.1	17	22.4	3	3.9	75	100
Cronbach's Alpha	Aantal items									
$\alpha=.864$	9									
Respondente gevoelens rakende hul houding teenoor kliënte	Verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling	Verbintenis met betrekking tot die Verpleegsters Diens Geloofte	Beradingstegnieke	Kommunikasietegnieke		KOBS- Wet				
Spearman se rho	.322**	-.316**	.402**	.487**				.358**		
P waarde ($p \leq 0.05$)	.005	.005	.001	.000				.002		
N	76	76	67	67				74		

**Beduidenheidspoil 0.01 level (2-tailed)

*Beduidenheidspoil 0.05 level (2-tailed)

$p \leq 0.05$

5.5.1.11 Respondente se gevoelens jeens hulself in die TVS- afdeling waar hulle werksaam is

Hierdie afdeling het die respondente se gevoelens jeens hulself in die TVS-afdeling waar hul werk, ondersoek. Dit het uit 9 items bestaan waartydens die respondente moes aandui in watter mate hulle saamstem al dan nie ten opsigte van hul unieke individuele gevoelens in die TVS- afdeling waar hulle hul werk. Die aanvanklike Chronbach Alpha, ingesluit al 9 items, was $\alpha = .230$, wat onaanvaarbaar is (par.5.3.2). Soos in paragraaf 5.3.2 bespreek, kan die navorser besluit om steeds die data te ontleed indien die Chronbach Alpha laag is. Die diversiteit van konstrunkte wat gemeet word, kan ook veroorsaak dat die waardes van alpha laer as 0.7 is, en kan in sommige gevalle as aanvaarbaar beskou word (Field 2005:668). Weens eergenoemde aspekte het die navorser besluit om die data te laat ontleed. Tussen 74 en 76 respondente het die items beantwoord, soos in Tabel 5.36 aangetoon. Die respondente het met die volgende stellings saamgestem: 'ek is sensitief vir kollegas se gevoelens' (f=62, 83%, n=75); 'ek is gemaklik met myself' (f=70, 93%, n=75); 'ek is selfbewus ten opsigte van die werk wat ek in hierdie afdeling doen' (f=43, 57%, n=75); 'ek voel dat mense my respekteer', 65(88%, n=74) en 'ek is selfverseker dat ek 'n sukses van my werk maak', (f=66, 77%, n=76). Die respondente het nie saamgestem met die volgende stellings nie: 'ek voel waardeloos' (f=62, 84%, n=76); 'ek voel miderwaardig' (f=63, 73%, n=75); 'ek is ontmoedig met myself' (f=62, 82%, n=76) en 'ek betwyfel die waarde van wat ek doen' (f=51, 68%, n=75). Die afleiding uit hierdie afdeling kan gemaak word dat respondente positewe gevoelens oor hulself het. Volgens Lipp en Fothergill (2009:113-114) kan daar geen ooreenkoms tussen 'n swak selfbeeld en terminasie van swangerskapsorg in die literatuur gevind word nie (par. 3.5.2.3). Een aspek in hierdie afdeling wat uitgestaan het, is dat 43 respondente (n=75, 57%) aangedui het dat hulle selfbewus is ten opsigte van die werk wat hulle in die TVS-afdeling verrig, wat moontlik verpleegsorg kan beïnvloed. Tog, soos in paragraaf 5.6.2.1.3 bespreek, kan die afleiding gemaak word dat die respondente se persepsie is dat hulle kliënte met respek en empatie behandel, kliënt het vertroue in hul verpleegsorg en dat hulle TVS- kliënte dieselfde behandeling gee as vir ander pasiënte.

Tabel 5.36: Die respondente se gevoelens jeens hulself in die TVS-afdeling waar hulle werksaam is

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	f	%	f	%	f	%	f	%	n	%
1. Ek is sensitief vir kollegas se gevoelens.	2	2.7	11	14.7	46	61.3	16	21.3	75	100
2. Ek is gemaklik met myself.	1	1.3	4	5.3	51	68	19	25.3	75	100
3. Ek is selfbewus ten opsigte van die werk wat ek doen in hierdie afdeling.	5	6.6	27	35.5	32	42.1	11	14.5	75	100
4. Ek voel waardeloos.	28	36.8	36	47.4	8	10.5	4	5.3	76	100
5. Ek voel dat mense my respekteer.	2	2.7	7	9.5	54	73	11	14.9	74	100
6. Ek voel minderwaardig.	29	38.7	34	45.3	9	12	3	4	75	100
7. Ek is ontmoedig met myself.	29	38.2	33	43.3	12	15.8	2	2.6	76	100
8. Ek is selfversekerd dat ek 'n sukses van my werk maak.	2	2.6	8	10.5	42	55.3	24	31.6	76	100
9. Ek betwyfel die waarde van wat ek doen.	23	30.7	28	37.3	19	25.3	5	6.7	75	100
Cronbach's Alpha	Aantal Items									
$\alpha=.230$	9									

5.5.1.12 Respondente se verbintenis tot die Verpleegsters Diens Gelofte

Hierdie afdeling bestaan uit 11 items in Likert-formaat en ondersoek die respondente se verbintenis tot die Verpleegsters Diens Gelofte in die TVS-afdeling waar hulle diens lewer. Die aanvanklike Chronbach Alpha, ingesluit al 9 items was $\alpha=.193$, wat onaanvaarbaar is (par.5.3.2), nadat items 1,4,5,8,9,10 verwyder was, was $\alpha=.788$ wat 'n aanvaarbare Cronbach Alpha is. Die items wat verwyder is, sluit items in waarmee die respondente saamgestem het soos om eer aan die professie te toon, nie kliënte te veroordeel nie. Die kliënt se godsdienstige affekteer nie die kliënt\verpleegkundige-verhoudings nie. Sorg van die TVS-kliënt word deur professionele verpleegwaardes en etos ondersteun en die kliënt se besluit meng nie in met kliënt\verpleegsorg- verskaffer-verhouding nie.

Tussen 76 en 73 respondente het die items beantwoord, soos in Tabel 5.37 aangedui. Die respondente het nie saamgestem met die volgende items nie: 'ek voel dat ek geen respek vir menslike lewe het nie' (f=52, 83%, n=75); 'my kliënt se gesondheid in totaliteit is nie meer belangrik vir my nie' (f=70, 93%, n=74); 'as ek die Verpleegsters Diens Gelofte eer, kan ek nie betrokke by TVS wees nie' (f=58, 89%, n=75); 'die ras van die kliënt beïnvloed my persepsie van individuele gevalle van TVS op versoek' (f=67, 89%, n=75) en 'die kliënt se gesondheidsdoelwitte is teenstrydig met my professionele doelwitte' (f=54, 73%, n=74).

Die afleiding kan gemaak word dat respondente die Suid-Afrikaanse Verpleegsters Diens Geloofte steun met die diens wat hulle in die TVS-afdeling lewer. Die Grondwet beskou nie die fetus as 'n wetlike persoon nie en die reg van die swanger vrou om haar liggaam te reguleer, word nie beperk nie (O'Sullivan 2003:3). Dit blyk dat die self-interpretasie van fetale reg tot lewe ten opsigte van persoonlike oortuigings (par.3.7.1.1.3) nie werklik tot 'n intrapersoonlike tweestryd vir hierdie respondente lei nie. Die belofte tot bewaring van lewe en daarteenoor die terminasie van swangerskap en hierdie aanspreeklikheid tot die formele organisasie en professionele aanspreeklikheid en persoonlike\gewete aanspreeklikheid nie werklike tot potensiële konflik lei nie (King 1981:120).

Tabel 5.37: Respondente se persoonlike gevoelens ten opsigte van hul verbintenis tot die Verpleegsters Diens Geloofte in die TVS- afdeling waar hul diens lewer

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	f	%	f	%	f	%	f	%	n	%
1. *Ek voel dat ek steeds eer aan my professie betoon.	3	4	7	9.3	41	54.7	24	32	75	100
2. Ek voel dat ek geen respek vir menslike lewe het nie.	32	42.7	30	40	13	14.3	0	0	75	100
3. My kliënt se gesondheid in totaliteit is nie meer belangrik vir my nie.	35	46.7	35	46.7	3	4	1	1.3	74	100
4. *Ek oordeel nie my kliënt se besluit ten opsigte van TVS op versoek nie.	9	12	11	14.7	34	45.3	21	28	75	100
5. *My kliënt se besluit meng nie in met ons kliënt\verpleegsorg- verskaffer verhouding nie.	5	6.6	8	10.5	44	57.9	19	25	76	100
6. As ek die Verpleegsters DiensGeloofte eer, kan ek nie betrokke by TVS wees nie.	21	28	37	49.3	13	17.3	4	5.3	75	100
7. Die ras van die kliënt beïnvloed my persepsie van individuele gevalle van TVS op versoek.	32	42.7	35	46.7	5	6.7	3	4	75	100
8. *Godsdienstige oriëntasie van die kliënt beïnvloed nie my persepsie van individuele gevalle van TVS op versoek nie.	11	14.7	11	14.7	33	44	20	26.7	75	100
9. *TVS as sulks word ondersteun deur professionele verpleeg waardes en etos.	7	9.5	12	16.2	41	55.4	13	17.6	73	100
10. *Sorg van die TVS-kliënt word ondersteun deur professionele verpleegwaardes etos.	2	2.7	9	12.2	46	62.2	17	23	74	100

11. Die kliënt se gesondheidsdoelwitte is teenstrydig met my professionele doelwitte.	23	31.1	31	41.9	19	25.7	1	1.4	74	100
Cronbach's Alpha	Aantal Items									
$\alpha=.193$	11									
$\alpha=.788$	5 (items 1,4,5,8,9,10 verwyder)									

5.5.1.13 Respondente se persoonlike gevoelens ten opsigte van terminasie van swangerskap

Hierdie afdeling het die respondente se gevoelens ten opsigte van terminasie van swangerskap ondersoek. Hoewel soos aangetoon in paragraaf 5.5.1.8.11, daar deur gebruik te maak van 'n semantiese differensiële skaal ook respondente se gevoelens rakende TVS ondersoek het, het hierdie afdeling ook respondente se gevoelens rakende TVS ondersoek, maar in Likert-formaat. Die verskil tussen hierdie skaal en die semantiese differensiële skaal is met betrekking tot inhoud en doel. Die aanvanklike Chronbach Alpha vir die 7 items was $\alpha=.405$. Nadat items 1, 2, en 3 verwyder is was $\alpha=.763$ (par.5.3.2). Die items wat verwyder is, het ingesluit dat sekere omstandighede 'n TVS regverdig, dit is die swanger vrou alleenlik wat 'n keuse moet maak met betrekking tot 'n TVS, en TVS is 'n wetlike gesondheidsaangeleendheid. Die items waar die interne konstantheid aanvaarbaar is, dui op negatiewe aspekte van TVS, waar die kliënt nie voordeel daaruit sal trek nie. Die moontlike afleiding kan gemaak word dat respondente tog saamstem met die huidige wetgewing rakende (Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, nr. 92 van 1996 soos gewysig).

Tussen 75 en 78 respondente het die items beantwoord, soos in Tabel 5.38 aangedui. Die respondente het met die volgende item saamgestem naamlik "wettige terminasie van swangerskap" oortree die gesamentlike gewete van Suid-Afrikaanse burgers" ($f=45$, 58%, $n=77$). Die respondente het nie saamgestem met die die volgende items nie: terminasie van swangerskap sal afneem sodra dit weer onwettig is ($f=56$, 70%, $n=78$); daar is nie 'n goed genoeg rede om terminasie van swangerskap te kies nie ($f=43$, 57%, $n=78$) en net mediese redes is goed genoeg om 'n swangerskap te termineer ($f=45$, 58%, $n=78$). Die afleiding kan hieruit gemaak word dat die respondente se gevoelens definitief 'n plek vir terminasie van swangerskap binne die wetlike raamwerk ondersteun. Die meeste respondente het wel gevoel dat wettige terminasie van swangerskap die kollektiewe/gemeenskaplike gewete van Suid-Afrikaanse burgers oortree. Dit kan oorweeg word dat die swak Chronbach Alphas moontlik met hierdie "gemeenskaplike gewete" verband hou. Die respondente is tog

inherent aan hierdie “gewete” verbonde. Tog het die respondente meesal met die items ten opsigte van die KOBW-Wet saamgestem, soos in paragraaf 5.7.1 aangetoon.

Soos in Tabel 5.38 aangetoon, is daar statiese beduidenheid tussen die verhouding van die respondente se persoonlike gevoelens ten opsigte van terminasie van swangerskap en hul verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling (par.5.5.1.8.9).

Tabel 5.38: Respondente se persoonlike gevoelens ten opsigte van terminasie van swangerskap

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	f	%	f	%	f	%	f	%	n	%
1. *Daar is sekere omstandighede waaronder 'n terminasie van swangerskap geregtig is.	5	6.7	5	6.7	46	61.3	19	25.3	75	100
2. *Die keuse wat gemaak word om 'n terminasie te ondergaan, is dié van die swanger vrou.	5	6.4	3	3.8	38	48.7	32	41	78	100
3. *Terminasie van swangerskap moet as 'n wettige gesondheidsaangeleendheid gesien word.	9	11.7	20	26	35	45.5	13	16.9	77	100
4. Terminasie van swangerskap sal afneem sodra dit weer onwettig is.	31	39.7	25	32.1	15	19.2	7	9	78	100
5. Daar is NIE 'n goed genoeg rede om terminasie van swangerskap te kies nie.	24	30.8	32	41	16	20.5	6	7.7	78	100
6. Net mediese redes is goed genoeg om terminasie van swangerskap te regverdig.	14	17.9	29	37.2	23	29.5	12	15.4	78	100
7. Wettige terminasie van swangerskap oortree die gemeenskaplike/ kollektiewe gewete van Suid-Afrikaanse burgers.	15	19.2	17	21.8	35	44.9	10	12.8	77	100
Cronbach's Alpha	Aantal Items									
$\alpha=.405$	7									
$\alpha=.763$	4(items 1,2,3 verwyder)									
Respondente se persoonlike gevoelens ten opsigte van terminasie van swangerskap.	Verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling.									
Spearman se rho	-.409**									
P waarde ($p < 0.05$)	.000									
n	77									
**Beduidenheidspeil 0.01 level (2-tailed)										
*Beduidenheidspeil 0.05 level (2-tailed)										
$p < 0.05$										

5.6 INTERPERSOONLIKE SISTEEM

Die interpersoonlike sisteem word deur menslike interaksie gevorm (George 2005:246). Maar, vir hierdie studie verteenwoordig die interpersoonlike sisteem die perseptuele veld van die verpleegkundige (respondente) binne die terminasie van die swangerskapafdeling. Haar persepsie van die interpersoonlike verhoudings en die uitruil van inligting tussen haarself as voorsiener (verpleegkundige) binne die interpersoonlike verhoudings waarin sy haarself daagliks bevind, word ondersoek. Die navorsing fokus sydig op hierdie aspek. Die interpersoonlike sisteem in die dataversamelingsinstrument (vraelys), het data met betrekking tot die verpleegkundige ondersteuningsisteme beskikbaar, ingesluit. Kliëntberading insluitend beradingstegnieke en kommunikasietegnieke, verhouding met kliënt, fetus en belangrike ander (vrae 2.1-2.7, Bylae 2) vorm deel van hierdie afdeling.

5.6.1 Ondersteuningstelsels beskikbaar

In hierdie afdeling word die ondersteuningstelsels bespreek wat sosiale ondersteuningsisteme en persone wat respondente ondersteun, insluit.

5.6.1.1 Sosiale ondersteuningsisteme beskikbaar vir die respondente

Hierdie afdeling het die sosiale beskikbare ondersteuningsisteme vir respondente ondersoek deur 16 items in Likert-formaat. Die aanvanklike Chronbach Alpha was $\alpha=.411$. Nadat die items 4,6,7,8,9,10 verwyder was, was $\alpha=.795$ (par.5.3.2).

Die items wat met uitsondering van item 10 verwyder is, "my godsdienstenadering ondersteun nie TVS nie", waarmee die meeste respondente saamgestem het ($f=43$, 55, $n=76$); se skale het in die teenoorgestelde rigting geloop.

Respondente moes aandui tot watter mate hulle saamstem al dan nie ten opsigte van die sosiale beskikbare ondersteuningsisteme vir verpleegkundiges wat in TVS-afdelings diens lewer. Tussen 73 en 76 respondente het die items beantwoord, soos in Tabel 5.39 aangedui. Die respondente het met die volgende items saamgestem: 'as TVS-verskaffers deel ons ons ervarings in die afdeling' ($f=60$, 78%, $n=76$); groepsonderrig "peer learning" is vir die hantering van probleme beskikbaar ($f=44$, 60%, $n=73$); 'verskillende opinies en waardes ten opsigte van terminasie van swangerskap word in die afdeling waar ek werksaam is, verdra' ($f=56$, 75%, $n=75$); 'by my werk praat ons oor morele probleme' ($f=61$, 81%, $n=75$) en 'by my werkplek het ons (verpleegpersoneel) gereelde besprekings oor die werk wat ons doen' ($f=54$, 72%, $n=76$). Die respondente het nie met die volgende items saamgestem nie: 'berading vir die verskaffers van TVS is in die afdeling beskikbaar waar ek werksaam is' ($f=51$, 67%, $n=76$); 'ek kry dikwels ongemanierde opmerkings van die

gemeenskapslede' (f=57, 75%, n=76) en 'ek kry dikwels ongemanierde opmerkings van kollegas van ander afdelings oor my dienslewering in hierdie afdeling' (f= 54, 72%, n=75).

Dit blyk uit die items waar die Chronbach Alpha aanvaarbaar is, dat die respondente se persepsie is dat hulle wel oor TVS kan praat, ervarings kan deel, dat "peer learning" wel plaasvind, dat kollegas mekaar se moeilike werksbesluite verstaan en dat verskillende opinies met betrekking tot terminasie van swangerskap verdra word. Morele aangeleenthede word bespreek in die afdeling waar die respondente werksaam is. Die meeste respondente het ook aangedui dat hulle geen ongemanierde aanmerkings van gemeenskapslede kry nie. Belangrike aspekte wat uit hierdie afdeling uitgelig kan word, is dat respondente meesal aangedui het dat berading nie vir TVS-voorsieners in die betrokke afdelings beskikbaar is nie. Volgens par. 3.5.2.1 en Mayers et al (2005:23), is ondersteuning nie altyd beskikbaar vir verpleegkundiges wat diens in TVS- afdelings lewer nie. Verder, dat hul godsdiensoortuigings nie TVS ondersteun nie. Soos in par. 5.5.1.2 aangedui, is dit duidelik dat die meeste respondente aan die Christelike geloof behoort, 71 (90%, n=79), wat moontlik bogenoemde respons kon veroorsaak.

Tabel 5.39: Die mate waartoe sosiale ondersteuningsisteme vir die respondente beskikbaar is

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	f	%	f	%	f	%	f	%	n	%
1. Berading vir die verskaffers van TVS is beskikbaar in die afdeling waar ek werksaam is.	22	28.9	29	38.2	17	22.4	8	10.5	76	100
2. As TVS-verskaffers deel ons ons ervarings in die afdeling.	6	7.9	10	13.2	48	63.2	12	15.8	76	100
3. Groepsonderrig ("peer learning") is vir probleemhantering beskikbaar.	9	12.3	20	27.4	38	52.1	6	8.2	73	100
4. *Daar is geen ondersteuning beskikbaar van die afdelingsbestuurder nie.	18	23.7	35	46.1	18	23.7	5	6.6	76	100

5.	Inligting ten opsigte van die werk word op 'n daaglikse basis met die afdelingsbestuurder uitgeruil.	8	10.7	31	41.3	28	37.3	8	10.7	75	100
6.	*My kollegas is teleurgestel in my omdat ek met kliënte wat 'n terminasie van swangerskap verkies, werk.	11	15.1	40	54.8	19	26	3	4.1	73	100
7.	*Beste vriende steur hulle nie aan my werk nie.	12	16	40	53.3	19	25.3	4	5.3	75	100
8.	*My familie ondersteun nie my werk met kliënte wat terminasie van swangerskap verkies nie.	17	22.7	34	45.3	19	25.3	5	6.7	75	100
9.	*Ons praat tuis oor my werk met terminasie van swangerskappe.	12	16	20	26.7	37	49.3	6	8	75	100
10.	*My godsdiensoortuiging ondersteun nie TVS nie.	4	5.3	9	11.8	41	53.9	22	28.9	76	100
11.	My kollegas verstaan die moeilike besluite wat ek moet neem.	5	6.7	14	18.7	45	60	11	14.7	75	100
12.	Verskillende opinies en waardes ten opsigte van terminasie van swangerskap word verdra in die afdeling waar ek werksaam is.	2	2.7	12	16	48	64	13	17.3	75	100
13.	By my werk praat ons oor morele probleme.	8	10.7	13	17.3	48	64	6	8	75	100
14.	By my werksplek het ons (verpleegpersoneel) gereelde besprekings oor die werk wat ons doen.	4	5.3	19	25	46	60.5	7	9.2	76	100
15.	Ek kry dikwels ongemanierde opmerkings van gemeenskapslede.	15	19.7	42	55.3	16	21.1	3	3.9	76	100

16. Ek kry dikwels ongemanierde opmerkings van kollegas van ander afdelings oor my werksaamheid in hierdie afdeling.			17	22.7	37	49.3	18	24	3	4	75	100	
Cronbach's Alpha			Aantal items										
$\alpha=.411$			16										
$\alpha=.795$			10 (items 4,6,7,8,9,10 verwyder)										
Sosiale ondersteuningsisteme beskikbaar is vir die respondente	Strehante ring-meganismes\aktiwiteite	Ondersteuning beskikbaar in die TVS-afdeling	Groepsberading, interpersoonlik. (Tabel 5.1B)	Groepsberading, sosiaal. (Tabel 5.1B)	Rotasie na ander afdelings beskikbaar "time out" (Tabel 5.1B)			Ondersteuning van bestuur. (Tabel 5.1B)					
Spearmans rho	.538**	.591**	.880**	.578**	.582**			.472**					
P waarde (p<0.05)	.000	.000	.000	.000	.000			.000					
n	73	72	76	71	70			72					
**Beduidenheidspoil 0.01 level (2-tailed)													
*Beduidenheidspoil 0.05 level (2-tailed)													
$p \leq 0.05$													

Soos in Tabel 5.39 aangetoon, is daar statistiese beduidende assosiasie tussen die sosiale ondersteuningsisteme wat vir die respondente beskikbaar is en die volgende aspekte: stres hanteringsmeganismes\aktiwiteite (par.5.5.1.9.2); ondersteuning in die TVS-afdeling beskikbaar (par.5.7.3); groepberading interpersoonlik (Tabel 5.1B); groepsberading sosiaal (Tabel 5.1B); rotasie na ander afdelings beskikbaar "time out" (Tabel 5.1B); en ondersteuning van bestuur (Tabel 5.1B).

5.6.1.2 *Persone wat respondente ondersteun*

In hierdie afdeling is daar deur middel van 11 items 'n ondersoek geloods. Die Chronbach Alpha was $\alpha=.798$ (par. 5.3.2). Tussen 69 en 75 respondente het die items in hierdie afdeling voltooi soos in Tabel 5.39.1 aangedui. Die respondente het die persone se ondersteuning soos volg aangedui:

- Absolute ondersteuning van afdelingsbestuurders (f=16, 26%, n=73), maar volgens die literatuur (par. 3.6.2) distansieer fasiliteitsbestuurders hulle van die diens en die personeel (Cueller 2002:11). Ondersteuning word nie voorsien nie (Thom 2002:11).
- Absolute ondersteuning van kollegas (f=16, 21%, n=75); volgens (par. 3.6.2) ondersteun kollegas nie mekaar nie.
- Geen sielkundige ondersteuning nie (f=50, 70%, n=71); tog (par.3.5.2.2) is psigologiese ondersteuning 'n behoefte van verpleegkundiges.
- Geen ondersteuning van 'n amptelike ondersteuningsgroep nie (f=47, 68%, n=69); tog (par.3.5.2.2) is daar 'n behoefte vir ondersteuningsgroepe vir verpleegkundiges wat diens in TVS-afdelings lewer.
- Geen ondersteuning van vriende/familie nie (f=20, 26%, n=75); geen ondersteuning van lewensmaat/eggenoot nie (f=20, 29%, n=70); volgens (par.3.6.1) is verpleegkundiges se vriende en familie nie altyd bewus van die werk wat hulle doen nie en word hulle ook nie altyd ingelig ten opsigte van hierdie werk nie. Dit volg as gevolg van vrees vir teenkanting en viktimisasie.
- Geen ondersteuning van Godsdienstige leiers nie (f=41, 56%, n=73); tog (par.3.5.2.2) is daar 'n behoefte vir pastorale ondersteuning vir verpleegkundiges.

Dit blyk uit hierdie afdeling dat respondente ondersteuning vanaf afdelingsbestuurders en kollegas kry. Daar is egter geen ondersteuning van 'n sielkundige, amptelike ondersteuningsgroep, vriende/familie, lewensmaat/eggenoot en van Godsdienstige leiers nie. Dit is kommerwekkend, want soos in paragraaf 3.5.2.1 bespreek, is ondersteuning vir verpleegkundiges belangrik veral om stres te voorkom.

Tabel 5.43: Persone wat respondente ondersteun

	Absoluut		Ten sterkste		Redelik		Gering		Glad nie		Totaal	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	n	%
1. 1.Afdelingsbestuurders	19	26	15	20.5	15	20.5	14	19.2	10	13.7	73	100
2. Kollegas	16	21.3	24	32	23	30.7	7	9.3	5	6.7	75	100
3. Sielkundige	4	5.6	3	4.2	9	12.7	5	7	50	70.4	71	100
4. Amptelike ondersteuningsgroep	4	5.8	5	7.2	7	10.1	6	8.7	47	68.1	69	100
5. Vriende\Familie	9	12	16	21.3	14	18.7	16	21.3	20	26.7	75	100
6. Lewensmaat\Eggenoot	10	14.3	14	20	15	21.4	11	15.7	20	28.6	70	100
7. Godsdienstige leiers	4	5.5	7	9.6	10	13.7	11	15.1	41	56.2	73	100
Cronbach's Alpha	Aantal items											
$\alpha=.798$	7											

5.6.2 Verhouding met kliente

In hierdie afdeling word die verhouding met kliënte bespreek wat insluit kliëntberading, beradingstegniek, kommunikasietegniek en die hantering van kliënte.

5.6.2.1 Kliëntberading

Hierdie afdeling het kliëntberading ondersoek deur middel van 11 items. Die Chronbach Alpha, was $\alpha=.905$ (par.5.3.2). Al 11 die items is dus behou vir die aanbieding van data en die bespreking daarvan. Tussen 65 en 70 respondente het die items in hierdie afdeling voltooi, soos in Tabel 5.40 gereflekteer. Die respondente het meesal met die stellings (items) saamgestem: 'ek handhaaf konfidensialiteit tussen myself en die kliënt' (f=69, 99%, n=70); 'ek luister aandagtig na die redes wat elke kliënt verskaf met betrekking tot die versoek tot 'n terminasie van swangerskap' (f=62, 91%, n=68); 'ek bespreek al die alternatiewe bv. aanneming of om die baba te behou met elke kliënt' (f=56, 86%, n=65); 'ek gee die kliënt tyd om gevoelens, oortuigings en stressors te verbaliseer' (f=59, 91%, n=65); 'ek verduidelik die prosedure aan elke kliënt as individu' (f=62, 93%, n=67); ek verduidelik die belangrikheid van toestemming aan elke kliënt' (f=61, 94%, n=65); 'ek verduidelik die belangrikheid van post-terminasie van swangerskapkontrasepsie aan elke kliënt', (f=64, 94%, n=68); 'ek lig elke kliënt in aangaande noodkontrasepsie' (f=62, 91%, n=68); 'ek handhaaf nie-rigtinggewende berading te alle tye (f=57, 75%, n=67). Berading moet

verplichtend wees (f=63, 97%, n=65) en 'ek bespreek die belang van ondersteuning tuis met elke kliënt' (f=64, 93%, n=69).

Dit blyk dus dat die meeste respondente se persepsie is dat hul voldoende berading aan kliënte verskaf. Die individuele kliënt word van genoeg inligting voorsien met betrekking tot terminasie van swangerskap tydens berading. Soos aangetoon in Tabel 5.16 het die respondente meesal aangetoon 28 (62%, n=45) dat beradingsvaardighede as onderwerp tydens indiensopleidingsessies gedek word. Tog, soos in Figuur 5.5 aangetoon, het die respondente meesal aangedui dat hulle geen opleiding met betrekking tot berading ontvang het alvorens hulle in die TVS afdelings geplaas was nie. Die moontlike rede vir 'n meer positiewe persepsie ten opsigte van berading wat die respondente verskaf, mag wees weens die die feit dat beradingstegnieke tydens basiese opleiding aangeleer is. Daar is volgens die literatuur (par. 3.5.4) 'n versoek van verpleegkundiges om die nodige beradingsopleiding te verkry (Mayers et al 2005:24; Poggenpoel et al 1998:6; Webb 1985:47).

Tabel 5.40: Kliëntberading

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal		
	f	%	f	%	f	%	f	%	n	%	
1. Ek handhaaf konfidensialiteit tussen myself en die kliënt.	1	1.4	0	0	35	50	34	48.6	70	100	
2. Ek luister aandagtig na die redes wat elke kliënt verskaf ten opsigte van die versoek tot 'n terminasie van swangerskap.	1	1.5	5	7.4	40	58.8	22	32.4	68	100	
3. Ek bespreek al die alternatiewe bv. aanneming of om die baba te behou met elke kliënt.	2	3.1	7	10.8	36	55.4	20	30.8	65	100	
4. Ek gee die kliënt tyd om gevoelens, oortuigings en stressors te verbaliseer.	1	1.5	5	7.7	41	63.1	18	27.7	65	100	
5. Ek verduidelik die prosedure aan elke individu (kliënt).	0	0	5	7.5	36	53.7	26	38.8	67	100	
6. Ek verduidelik die belangrikheid van toestemming aan elke kliënt.	0	0	4	6.2	36	55.4	25	38.5	65	100	
7. Ek verduidelik die belangrikheid van post-terminasie van swangerskap kontrasepsie aan elke kliënt.	0	0	4	5.9	32	47.1	32	47.1	68	100	
8. Ek lig elke kliënt in aangaande noodkontrasepsie.	3	4.4	3	4.4	37	54.4	25	36.8	68	100	
9. Ek handhaaf nie-riktigewende berading ten alle tye.	2	3	8	11.9	36	53.7	21	21.4	67	100	
10. Berading moet verplichtend wees.	0	0	2	3.1	36	55.4	27	41.5	65	100	
11. Ek bespreek die belang van ondersteuning tuis met elke individu.	1	1.4	4	5.8	38	55.1	26	37.7	69	100	
Cronbach's Alpha	Aantal Items										

$\alpha=.905$	11
---------------	----

5.6.2.1.1 Beradingstegniek

Hierdie afdeling het die beradingstegniek van die respondente ondersoek deur middel van 8 items in Likert-formaat. Die Chronbach Alpha was $\alpha=.939$ (par.5.3.2). Al 8 die items is dus behou vir die aanbieding van data en die bespreking daarvan. Tussen 65 en 67 respondente het items in hierdie afdeling voltooi soos in Tabel 5.41 aangedui. Die respondente het meesal saamgestem met die items naamlik: 'ek luister aandagtig na wat die kliënt sê' (f=65, 97%, n=67); 'ek erken die kliënt se emosies en kommer' (f=66, 99%, n=67); 'ek handhaaf stiltetye om die kliënt geleentheid te gee om vrae te vra' (f=64, 96%, n=67); 'ek is nie haastig met die kliënt nie' (f=61, 91%, n=67); 'ek moedig die kliënt aan om vrae te vra' (f=62, 93%, n=67); 'ek verskaf duidelike antwoorde aan die kliënt' (f=65, 97%, n=67); 'ek vermy vrae wat met "waarom" begin, wat bevooroordeeld kan voorkom' (f=60, 90%, n=67) en 'ek verseker die kliënt dat die emosies en vrae wat sy het, normaal onder die omstandighede is' (f=62, 96%, n=65).

Uit hierdie afdeling kan die afleiding gemaak word, dat die respondent se persepsie is dat sy wel oor die nodige beradingstegnieke beskik.

Tabel 5.41: Die beradingstegniek van die respondente

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	f	%	f	%	f	%	f	%	n	%
1. Ek luister aandagtig na wat die kliënt sê.	0	0	2	3	40	59.7	25	37.3	67	100
2. Ek erken die kliënt se emosies en kommer.	1	1.5	0	0	44	65.7	22	32.8	67	100
3. Ek handhaaf stiltes om die kliënt geleentheid te gee om vrae te vra.	1	1.5	2	3	46	68.7	18	26.9	67	100
4. Ek is nie haastig met die kliënt nie.	3	4.5	3	4.5	45	67.2	16	23.9	67	100
5. Ek moedig die kliënt aan om vrae te vra.	2	3	3	4.5	39	58.2	23	34.3	67	100
6. Ek verskaf duidelike antwoorde aan die kliënt.	1	1.5	1	1.5	43	64.2	22	32.8	67	100
7. Ek vermy vrae wat met "waarom" begin, wat bevooroordeeld kan voorkom.	1	1.5	6	9	42	62.7	18	26.9	67	100
8. Ek verseker die kliënt dat die gevoelens en vrae wat sy het normaal onder die omstandighede is.	1	1.5	2	3.1	42	64.6	20	30.8	65	100
Cronbach's Alpha	Aantal Items									

$\alpha=.939$	8
---------------	---

5.6.2.1.2 Kommunikasietegnieke

Hierdie afdeling het die kommunikasietegnieke van die respondente ondersoek deur middel van 8 items in Likert-formaat. Die aanvanklike Chronbach Alpha was $\alpha=.376$ wat onaanvaarbaar is (par.5.3.2). Nadat items 6,7,8 verwyder was, was $\alpha=.950$. Items 6,7 en 8 se skale het in die teenoorgestelde rigting gemeet en hierdie items het swak kommunikasietegnieke uitgebeeld. Die meeste respondente het aangedui dat hulle nie met swak kommunikasietegnieke saamstem nie. Tussen 65 en 68 respondente het hierdie afdeling voltooi soos in Tabel 5.42 aangetoon. Die respondente het met die volgende items saamgestem: 'ek sit op dieselfde vlak (ooghoogte) as die kliënt' (f=61, 91%, n=67); 'ek handhaaf oogkontak met die kliënt' (f=64, 96%, n=67); 'ek maak aanmoedigende gebare bv. om vorentoe te leuen' (f=62, 95%, n=65); 'ek gee aandag aan die nie-verbale kommunikasie van die kliënt' (f=64, 96%, n=67) en 'ek gebruik 'n stemtoon wat belangstelling en omgee toon' (f=66, 97%, n=68).

Dit blyk uit hierdie afdeling dat respondente se perspektief is dat hul wel oor die nodige kommunikasietegnieke beskik.

Tabel 5.42: Handhawing van kommunikasietegnieke

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	f	%	f	%	f	%	F	%	n	%
1. Ek sit op dieselfde vlak as die kliënt.	1	1.5	5	7.5	39	58.2	22	32.8	67	100
2. Ek handhaaf oogkontak met die kliënt.	0	0	3	4.5	39	58.2	25	37.3	67	100
3. Ek maak aanmoedigende gebare bv, om vorentoe te leuen.	0	0	3	4.6	42	64.6	20	30.8	65	100
4. Ek gee aandag aan die nie-verbale kommunikasie van die kliënt.	0	0	3	4.5	42	62.7	22	32.8	67	100
5. Ek gebruik in stemtoon wat belangstelling toon.	0	0	2	2.9	45	66.2	21	30.9	68	100
6. *Ek is geneig om uitdrukings van vooroordeel te wys soos om te frons.	15	22.4	35	52.2	16	23.9	1	1.5	67	100
7. *Ek is geneig om uitdrukings van verveeldheid te wys soos om te gaap.	19	28.4	39	58.2	9	13.4	0	0	67	100
8. *Ek is geneig om meer op die dokumentasie te konsentreer as op die kliënt.	19	27.9	36	52.9	12	17.6	1	1.5	68	100
Cronbach's Alpha	Aantal items									
$\alpha=.376$	8									
$\alpha=.950$	5 (items 6,7,8 verwyder)									

5.6.2.1.3 Hantering van die kliënte

Hierdie afdeling het die hantering van die kliënte deur respondente as verpleegkundiges ondersoek. Dit het uit 16 items bestaan. Tussen 70 en 76 respondente het die items in hierdie afdeling voltooi soos in Tabel 5.43 aangetoon. Die aanvanklike Chronbach Alpha was $\alpha=.322$. Nadat die items 1,2,16 verwyder was, was $\alpha=.310$ wat 'n meer onaanvaarbare Cronbach alpha gelever het (par.5.3.2). Daar was dus nie interne konstantheid tussen die items is nie. Net item 16 "swangerskap as gevolg van lewenstylrisiko regverdig nie 'n TVS nie" (f=37, 49%, n=76) se skaal het in die teenoorgestede rigting gemeet waarmee die respondente meesal nie saamgestem het nie. Die respondente het met die volgende items saamgestem: 'ek toon belanstelling in my kliënte se situasie' (f=72, 96%, n=74); 'ek bemagtig kliënte om ingeligte besluite te neem' (f=66, 92%, n=72); 'die inligting wat ek aan my kliënte gee, is verstaanbaar en op hulle vlak' (f=72, 99%, n=73); 'my kliënte vertrou my' (f=73, 99%, n=74); 'die tyd wat ek aan my kliënte afstaan, is voldoende' (f=63, 88%, n=72); 'my kliënte het vertroue in my verpleegsorg' (f=76, 100%, n=76); 'ek hou altyd die emosionele gevolge van die prosedure vir my kliënt ingedagte' (f=60, 82%, n=73) en 'ek glo dat my kliënte my diens sal aanbeveel' (f=62, 89%, n=70).

Respondente het nie met die volgende items saamgestem nie: 'ek gee nie om of my kliënte my diens gaan aanbeveel of nie' (f=53, 74%, n=72); 'dit is onmoontlik om professionele verpleegsorg in 'n TVS-afdeling te lewer' (f=57, 78%, n=73); 'my verpleegsorg is meer klinies en 'prosedure' gefokus as 'persoon' gefokus' (f=42, 55%, n=75); 'dit maak nie saak of verpleegsorg van kliënte in die afdeling van gehalte is nie' (f=57, 78%, n=73); TVS-kliënte verdien nie dieselfde verpleegsorg as ander pasiënte nie' (f=65, 89%, n=73).

Die afleiding kan gemaak word dat die respondente se perspektief is dat hulle kliënte met respek en empatie behandel en dat hulle vertrou dat die kliënt vertroue in hul verpleegsorg het. Asook dat hulle (verpleegkundiges) TVS-kliënte dieselfde behandeling as vir ander pasiënte gee. Volgens paragraaf 3.6.2, blyk dit uit die literatuur dat sommige verpleegkundiges se persepsie en verwagtinge van kliënte wat terminasie van swangerskap versoek, nie met dié van die kliënt saamstem nie, wat beteken dat interaksie moontlik nie doelgerig sal wees nie (King 1981:86).

Tog blyk dit uit die resultate van hierdie afdeling van die huidige studie, vanuit die perspektief van die verpleegkundige\respondent, dat daar wel 'n oopheid tydens die uitruil van inligting tussen kliënt en respondent is en dat gesamentlike ooreenkoms oor die uitkoms van die interaktiewe doel vanuit die perspektief van die respondent wel bereik word. Dit beteken dat 'n houding van sorgsaamheid, respek en belangstelling wel bestaan.

Die verskil tussen respondente wat nie saamstem nie (f=42, 55%, n=75) "dat hul verpleegsorg meer klinies en 'prosedure' gefokus as 'persoon' gefokus is", en respondente

wat saamstem ($f=38$, 44%, $n=75$) is net ($f=4$, 5%, $n=75$). Dit blyk dat 38 (44%, $n=75$) hul verpleegsorg as meer klinies en 'prosedure' gefokus as 'persoon' gefokus benader. Hierdie aspek mag moontlik transaksiesluiting in sekere gevalle beïnvloed waar hierdie respondente betrokke is.

Tabel 5.43: Hantering van kliënte

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>n</i>	%
1. *Ek behandel my kliënte met respek.	0	0	2	2.6	45	59.2	29	38.2	76	100
2. *Ek verduidelik alles aangaande die prosedure aan elke kliënt.	1	1.3	3	4	42	56	29	38.7	75	100
3. Ek toon belanstelling in my kliënte se situasie.	1	1.4	2	2.7	47	63.5	24	32.4	74	100
4. Ek bemagtig kliënte om ingeligte besluite te neem.	1	1.4	5	6.9	42	58.3	24	33.3	72	100
5. Die inligting wat ek my kliënte gee, is verstaanbaar en op hulle vlak.	0	0	1	1.4	46	63	26	35.6	73	100
6. My kliënte vertrou my.	1	1.4	0	0	52	70.3	21	28.4	74	100
7. Die tyd wat ek aan my kliënte afstaan, is voldoende.	1	1.4	8	11.1	48	66.7	15	20.8	72	100
8. My kliënte het vertroue in my verpleegsorg.	0	0	0	0	51	67.1	25	32.9	76	100
9. Ek gee nie om of my kliënte my diens gaan aanbeveel of nie.	27	37.5	26	36.1	17	23.6	2	2.8	72	100
10. Dit is onmoonlik om professionele verpleegsorg in 'n TVS-afdeling te lewer.	23	31.5	34	46.6	12	16.4	4	5.5	73	100
11. My verpleegsorg is meer klinies en prosedure gefokus as persoon gefokus.	14	18.7	28	37.3	29	38.7	4	5.3	75	100
12. Dit maak nie saak of verpleegsorg van kliënte in die afdeling van gehalte is nie.	26	35.6	31	42.5	14	19.2	2	2.7	73	100
13. Ek hou altyd die emosionele gevolge van die prosedure vir my kliënt ingedagte.	1	1.4	12	16.4	44	60.3	16	21.9	73	100
14. Ek glo dat my kliënte my diens sal aanbeveel.	4	5.7	4	5.7	44	62.9	18	25.7	70	100
15. TVS-kliënte verdien nie dieselfde verpleegsorg as ander pasiënte nie.	34	46.6	31	42.5	7	9.6	1	1.4	73	100
16. *Swangerskap as gevolg van lewenstylrisiko regverdig nie 'n TVS nie.	17	22.4	20	26.3	30	39.5	9	11.8	76	100
Cronbach's Alpha	Aantal items									
$\alpha=.322$	16									
$\alpha=.310$	13 (items 1,2,16 verwyder)									

5.6.3 Respondente se siening van die fetus

Hierdie afdeling het die respondente se siening van die fetus ondersoek. Elf (11) items is aanvanklik gebruik om hierdie konstruk te meet. Tussen 71 en 74 respondente het die items in hierdie afdeling voltooi soos in Tabel 5.44 aangedui. Die aanvanklike Chronbach Alpha was $\alpha=.786$. Nadat items 9 en 11 verwyder is was $\alpha=.908$ (par.5.3.2). Items 9 en 11 het aangedui dat lewe wel met konsepsie begin en dat menslike lewe nie voor konsepsie bestaan nie. Die respondente het met die volgende items saamgestem: die fetus is net “potensiële” mens ($f=22$, 31%, $n=72$). Die respondente het nie met die volgende items saamgestem nie: die fetus het nie ‘n siel nie (of potensiële lewe na die dood nie) ($f=59$, 81%, $n=73$); die fetus sal eers ‘n persoon wees nadat geboorte plaasgevind het ($f=59$, 81%, $n=73$); die fetus raak ‘n persoon net as verhoudings eers met ander gevorm word ($f=64$, 75%, $n=74$); die fetus kan nie pyn voel nie ($f=53$, 75%, $n=71$); die fetus teer soos ‘n parasiet op die moeder ($f=61$, 82%, $n=74$); die fetus is nog nie ‘n mens nie ($f=57$, 78%, $n=73$); die fetus kan nie as “lewe” en “leef” beskou word nie, 63 ($f=63$, 85%, $n=74$) en die onsekerheid om geboorte te oorleef, maak terminasie van swangerskap meer aanvaarbaar ($f=60$, 81%, $n=74$).

Die afleiding kan gemaak word dat die respondente - persepsie van die fetus is dat dit ‘n potensiële mens is en dat lewe met konsepsie begin. Die afleiding kan gemaak word dat die fetus deur die meeste respondente as ‘n persoon gesien word (par.3.6.2), en dat dit dus as lewend gesien word.

Tabel 5.44: Respondente se siening van die fetus

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>n</i>	%
1. Die fetus is net “potensiële” mens.	21	29.2	29	40.3	14	19.4	8	11.1	72	100
2. Die fetus het nie ‘n siel nie (of potensiële lewe na die dood nie).	25	34.2	34	46.6	7	9.6	7	9.6	73	100
3. Die fetus sal eers ‘n persoon na geboorte wees.	25	34.2	34	46.6	9	12.3	5	6.8	73	100
4. Die fetus raak ‘n persoon net as verhoudings eers met ander gevorm word.	28	37.8	37	50	7	9.5	2	2.7	74	100
5. Die fetus kan nie pyn voel nie.	26	36.6	27	38	14	19.7	4	5.6	71	100
6. Die fetus teer soos ‘n parasiet op die moeder.	28	37.8	33	44.6	7	9.5	6	8.1	74	100
7. Die fetus is nog nie ‘n mens nie.	25	34.2	32	43.8	11	15.8	5	6.8	73	100

8. Die fetus kan nie as "lewe" en "leef" beskou word nie.	24	32.4	39	52.7	7	9.5	4	5.4	74	100
9. *Lewe begin met konsepsie.	7	9.6	11	15.1	31	42.5	24	32.9	73	100
10. Die onsekerheid om geboorte te oorleef, maak terminasie van swangerskap meer aanvaarbaar.	21	28.4	39	52.7	9	12.2	5	6.8	74	100
11. *Menslike lewe bestaan voor konsepsie plaasvind (in die ovum & sperm).	12	16.9	37	50.7	17	23.3	7	9.6	73	100
Cronbach's Alpha	Aantal Items									
$\alpha=.786$	11									
$\alpha=.908$	9 (items 9 en 11)									
Siening van die fetus	Gevoelens ten opsigte van TVS									
Spearman se rho	.361**									
P waarde (p< 0.05)	.002									
n	69									
**Beduidenheidspeil 0.01 level (2-tailed) *Beduidenheidspeil 0.05 level (2-tailed) p<0.05										

Soos in Tabel 5.44 aangetoon, is daar statistiese beduidenheid tussen respondente se siening van die fetus en hul gevoelens ten opsigte van TVS (5.5.1.8.11) Die respondente se siening van die fetus kan hul emosies met betrekking tot TVS beïnvloed. Sou die repondent pro-lewe (par.1.4) wees en die fetus as 'n lewende wese sien, mag dit die kliënt se emosies ten opsigte van TVS beïnvloed, met ander woorde TVS is nie aanvaarbaar nie.

5.7 SOSIALE SISTEEM

Die sosiale sisteem kan beskryf word as 'n organisasie-sisteem, wat onder andere riglyne daarstel oor die manier om sosiale rolle te vervul; gedrag en praktyke daar te stel wat ontwikkel is om waardes in stand te hou en meganismes om praktyke en reëls te reguleer (George 2002:247; King 1981:115) (par.2.5.3). Vir hierdie studie was die sosiale sisteem soos in King se Siteemteoretiese-benadering uiteengesit (Figuur 2.1), gebruik om die wetlike aspekte ten opsigte van terminasie van swangerskap met die verpleegkundige as fokuspunt aan te bied (Figuur 3.3). Die sosiale sisteem in die data-insamelingsinstrument (vraelys), het data ten opsigte van die verpleegkundige en die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap ingesluit, Wet nr. 92 van 1996 soos gewysig (KOBW-Wet); die

beleid van instansies waar respondente as verpleegkundiges diens lewer; ondersteuning aan verpleegkundiges; ondersteuning van bestuur; etiese riglyne van die SARV; die SARV se riglyne vir verpleegkundiges ten opsigte van die versorging van TVS-kliënte; ondersteuning van bestuur tydens kliënt-eise en die verpleegkundige se siening van haar rol te midde van wetgewing en beleid in die TVS-afdeling (vrae 3.1-3.7).

5.7.1 Respondente se siening van die KOBW-Wet

Hierdie afdeling het die respondente se siening van die KOBW-Wet ondersoek. Respondente is pertinent bewus gemaak dat dit hul siening van die Wet was wat van belang was en dat dit nie hul kennis van die Wet was wat getoets is nie. Die Chronbach alpha vir hierdie konstruk (15 items) was $\alpha=0.904$ (par.5.3.2). Tussen 70 en 75 respondente het die items in hierdie afdeling voltooi soos in Tabel 5.45 aangetoon.

Die respondente het meesal met die items saamgestem: 'n Swangerskap kan op versoek van die vrou gedurende die eerste 12 weke van haar swangerskap beëindig word (f=58, 79%, n=73); 'n Swangerskap kan beëindig word as dit deur 'n verkragting veroorsaak was (f=62, 73%, n=75); 'n Swangerskap kan beëindig word as dit die gevolg van bloedskunde was (f=61, 84%, n=73); 'n Swangerskap kan beëindig word as die voortgesette swangerskap fisies of psigies nadelig vir die vrou is (f=69, 93%, n=74); 'n Swangerskap kan beëindig word as daar 'n wesenlike gevaar bestaan dat die fetus aan 'n erge liggaamlike- of geestes-abnormaliteit sal ly (f=69, 92%, n=75); 'n Swangerskap kan beëindig word as dit die lewe van die swangervrou in gevaar sal stel; (f=67, 91%, n=75); 'n Swangerskap kan beëindig word as die voortgesette swangerskap 'n erge misvorming van die fetus sal veroorsaak (f=67, 93%, n=72); nie-verpligte berading voor en na die TVS moet voorsien word (f=58, 83%, n=70); berading voor die TVS moet nie-voorskriftelik wees nie (f=47, 66%, n=71); 'n Terminasie van swangerskap moet met die ingeligte toestemming van die swanger vrou alleenlik plaasvind (f=64,85%, n=75); As 'n minderjarige nie verkies om 'n ouer/familielid/vriend te raadpleeg nie, mag die TVS nie geweier word nie (f=45, 62%, n=73); Enige persoon wat 'n regmatige beëindiging van 'n swangerskap verhoed of toegang tot 'n fasiliteit verhoed, is aan 'n misdryf skuldig (f=48, 67%, n=72); Terminasie van swangerskap kan slegs deur 'n geneesheer uitgevoer word, wat die voorgeskrewe opleiding voltooi het, na 12 weke gestasie tydperk (f=62, 86%, n=72) en 'n terminasie van swangerskap tot en met 12 weke gestasie tydperk deur 'n geregistreerde verpleegkundige of 'n geregistreerde vroedvrou of 'n mediese dokter wat die voorgeskrewe opleiding voltooi het (f=60, 81%, n=74), beëindig word.

Die respondente het nie met die volgende item saamgestem nie, 'n Swangerskap kan beëindig word as die voorgesette swangerskap die sosiale- of ekonomiese- omstandighede van die vrou aansienlik sal benadeel (f=38, 51%, n=75). Die verskil tussen die aantal respondente wat saamgestem het (f=37, 49%, n=75 en nie saamgestem het nie = (f=38, 51%, n=75) is (f=1, 1.3%, n=75). Dit wil voorkom asof die 38 (51%, n=75) respondente voel dat ekonomiese omstandighede van die swanger vrou nie werklik 'n terminasie van swangerskap regverdig nie, en 37 (49%, n=75) dat dit wel regverdig is. Die verskil is so gering dat dit moeilik is om 'n afleiding te maak. Die meeste respondente het meesal met die items in die afdeling ten opsigte van die KOBW-Wet saamgestem. Tog, volgens paragraaf 3.5.1.1, is verpleegkundiges ontevrede en ongelukkig omdat hulle nie voor die terminasie van swangerskapwetgewing gepromulgeer is gekonsulteer was nie (Poggenpoel et al 1998:3), maar die respondente het meesal met die items ten opsigte van die KOBW-Wet in hierdie afdeling saamgestem.

Tabel 5.45: Respondente se siening van die KOBW-Wet

	SBN		SNS		SS		SBS		n	%
	f	%	f	%	f	%	f	%		
1. 'n Swangerskap kan beëindig word op versoek van die vrou gedurende die eerste 12 weke van haar swangerskap.	6	8.2	9	12.3	39	53.4	19	26	73	100
2. 'n Swangerskap kan beëindig word as die swangerskap 'n gevolg van 'n verkragting was.	1	1.3	12	16	38	50.7	24	32	75	100
3. 'n Swangerskap kan beëindig word as die swangerskap uit bloedskunde ontstaan het.	1	1.4	11	15.1	37	50.7	24	32.9	73	100
4. 'n Swangerskap kan beëindig word as die voortgesette swangerskap 'n gevaar en benadeling vir die vrou se liggaamlike of geestesgesondheid sal inhou.	0	0	5	6.8	42	56.8	27	36.5	74	100
5. 'n Swangerskap kan beëindig word as daar 'n wesenlike gevaar bestaan dat die fetus aan 'n erge liggaamlike- of geestes-abnormaliteit sal ly.	0	0	6	8	40	53.3	29	38.7	75	100
6. 'n Swangerskap kan beëindig word as die voorgesette swangerskap die sosiale of ekonomiese omstandighede van die vrou aansienlik sal benadeel.	8	10.7	30	40	24	32	13	17.3	75	100
7. 'n Swangerskap kan beëindig word as dit die lewe van die swanger vrou in gevaar sal stel.	1	1.3	6	8	43	57.3	25	33.3	75	100
8. 'n Swangerskap kan beëindig word as die voortgesette swangerskap 'n erge misvorming van die fetus sal veroorsaak.	1	1.4	4	5.6	39	54.2	28	38.9	72	100
9. Nie-verpligte berading voor en na die TVS moet voorsien word.	3	4.3	9	12.9	34	48.6	24	34.3	70	100
10. Berading voor die TVS moet nie-voorskriftelik wees nie.	2	2.8	22	31	30	42.3	17	23.9	71	100
11. 'n Terminasie van swangerskap moet plaasvind met die ingeligte toestemming van	3	4	8	10.7	37	49.3	27	36	75	100

die swanger vrou alleenlik.										
12. As 'n minderjarige nie verkies om 'n ouer/familielid/vriend te raadpleeg nie , mag die TVS nie geweier word nie.	10	13.7	18	24.7	30	41.1	15	20.5	73	100
13. Enige persoon wat 'n regmatige beëindiging van 'n swangerskap verhoed of toegang tot 'n fasiliteit verhoed, is aan 'n misdryf skuldig.	6	8.3	18	25	30	41.7	18	25	72	100
14. Terminasie van swangerskap kan slegs deur 'n geneesheer uitgevoer word, wat die voorgeskrewe opleiding voltooi het, na 12 weke gestasie tydperk.	3	4.2	7	9.7	38	52.8	24	33.3	72	100
15. 'n Terminasie van swangerskap tot en met 12 weke gestasie tydperk kan beëindig word deur 'n geregistreerde verpleegkundige of 'n geregistreerde vroedvrou of 'n mediese dokter wat die voorgeskrewe opleiding voltooi het.	3	4.1	11	14.9	40	54.1	20	27	74	100
Cronbach's Alpha	Aantal items									
$\alpha=.904$	15									

5.7.2 Respondente se siening van die instansie waar hulle diens lewer

Hierdie afdeling het die respondente se siening van die instansie waar hulle diens lewer, ondersoek. Dit het uit 14 items in Likert-formaat bestaan. Tussen 69 en 71 respondente het die items in hierdie afdeling voltooi soos in Tabel 5.46 aangedui. Die aanvanklike Chronbach alpha was $\alpha=.456$. Nadat items 1,4,5,6 en 8 verwyder is, is $\alpha=.650$ (par.5.3.2) - die hoogste wat bereik kon word. Die interne konstantheid van die items kan dus bevraagteken word (sien par. 5.3.2). Tog, volgens Field (2005:668) kan waardes van alpha van laer as 0.7 in sommige gevalle as aanvaarbaar beskou word, weens diversiteit van die konstrakte wat gemeet word (par. 5.3.2). Die items wat verwyder is, kon wel die laer Chronbach Alpha veroorsaak het omdat die respondente meesal nie met hierdie items saamgestem het nie, met uitsondering van item 1, waar die respondente meesal aangedui het dat hul wel 'n keuse gehad het ten opsigte van plasing in die terminasie van swangerskapafdeling.

Die respondente het met die volgende items saamgestem: 'die instansie se filosofie en missie akkommodeer TVS, 59' (85%, n=71); 'ek glo dat die instansie die reg het om 'n keuse te maak ten opsigte van die beskikbaarheid van TVS-dienste' (f=54, 77%, n=70); 'by my werksplek gehoorsaam ons ten alle tye die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap se bepalings' (f=57, 82%, n=70); 'by my werksplek is wetgewing en wetgewende bepalings bo persoonlike moraliteit verhewe' (f=57, 66%, n=70); 'by my werksplek word reproduktiewe keuse as 'n fundamentele mensereg bevorder' (f=64, 90%, n=71); 'met 'n negatiewe gedrag ten opsigte van TVS word deur bestuur\sisitem se etiese kode onderhandel' (f=58, 82%, n=71) en 'positiewe houdings ten opsigte van kliënte en mede-werkers is in die instansie se etiese kodes ingesluit' (f=62, 89%, n=70).

Respondente het nie saamgestem met die volgende items nie: 'bestuur erken nie my persoonlike etiek nie' (f=44, 62%, n=71) en 'in hierdie instansie is die kliënte se regte van belang en my regte is nie belangrik nie' (f=38, 53%, n=72).

Dit blyk uit hierdie afdeling dat die meeste respondente nie probleme ervaar by die betrokke instansie waar hulle diens lewer nie. Respondente het weer eens nie saamgestem dat daar voorsiening gemaak word vir ontlading van personeel in die TVS-afdelings nie. Volgens die resultate in Tabel 5.22A, het die respondente 'n behoefte aan ontladingsessies. Volgens paragraaf 5.5.1.9.2 (Tabel 5.34) woon die respondent nie ondersteuningsessies by nie en volgens paragraaf 5.6.1.1 (Tabel 5.39) is daar geen beradingsessies beskikbaar nie asook nie ondersteuningsessies nie (par. 5.5.1.9.2) (Tabel 5.43). Die afleiding kan uit die data-analise gemaak word dat die respondente wel aan berading\ondersteuningsessies soos uit die literatuurstudie (par. 3.5.2.2) ondersteun, 'n behoefte het.

Tabel 5.46: Respondente se siening van die instansie waar hulle diens lewer

	SB		SN		SS		SB		n	%
	N		S				S			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
1. *Ek het 'n keuse ten opsigte van my plasing in hierdie eenheid gehad.	6	8.5	2	33.	2	39.	1	18.	7	10
			4	3	8	4	3	3	1	0
2. Bestuur erken nie my persoonlike etiek nie.	1	15.5	3	46.	1	26.	8	11.	7	10
	1		3	5	9	8		3	1	0
3. Die instansie se filosofie en missie akkommodeer TVS.	1	1.4	9	13	4	65.	1	20.	6	10
					5	2	4	3	9	0
4. *Voor plasing in die TV -afdeling bespreek die afdelingsbestuurder die personeel se pligte met hulle.	8	11.3	2	38	2	40.	7	9.9	7	10
			7		9	8			1	0
5. *Daar word voorsiening vir ontlading van personeel in hierdie afdeling gemaak.	1	15.7	2	41.	2	37.	4	5.7	7	10
	1		9	4	6	1			0	0
6. *Daar is 'n teenstrydigheid tussen my aanspreeklikheid teenoor die instansie en my professionele aanspreeklikheid.	7	10.1	3	50.	2	31.	5	7.2	6	10
			5	7	2	9			9	0
7. In hierdie instansie is die kliënte se regte van belang en my regte is nie belangrik nie.	6	8.3	3	44.	2	34.	9	12.	7	10
			2	4	5	7		5	2	0
8. *Ek sorg net vir TVS-kliënte omdat die instansie dit van my verwag en nie uit eie keuse nie.	1	13.9	2	37.	2	37.	8	11.	7	10
	0		7	5	7	5		1	2	0

9. Ek glo dat die instansie die reg het om 'n keuse te maak ten opsigte van die beskikbaarheid van TVS-dienste.	3	4.3	1 3	18. 6	4 5	64. 3	9	12. 9	7 0	10 0
10. By my werksplek gehoorsaam ons die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap se bepalings te alle tye.	1	1.4	1 2	17. 1	4 1	58. 6	1 6	22. 9	7 0	10 0
11. By my werksplek is wetgewing en wetgewende bepalings bo persoonlike moraliteit verhewe.	2	2.9	2 2	31. 4	3 7	52. 9	9	12. 9	7 0	10 0
12. By my werksplek word reprodktiewe keuse as 'n fundamentele mensereg bevorder	2	2.8	5	7	4 9	69	1 5	21. 1	7 1	10 0
13. Met negatiewe gedrag ten opsigte van TVS word deur bestuursstelsel se etiese kode onderhandel.	3	4.2	1 0	14. 1	4 4	62	1 4	19. 7	7 1	10 0
14. Positiewe houdings ten opsigte van kliënte en mede-werkers is in die instansie se etiese kodes ingesluit.	3	4.3	5	7.1	4 8	68. 6	1 4	20	7 0	10 0
Cronbach's Alpha	Aantal Items									
$\alpha=.456$	14									
$\alpha=.650$	8 (items 1,4,5,6,8 verwyder)									

Siening van die instansie waar hul diens lewer.	Verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling.	Houding ten opsigte van die kliënt.	Verbintenis met betrekking tot die Verpleegster se Diens Geloofte
Spearman se rho	.387**	.358**	.471**
P waarde (p< 0.05)	.001	.002	.000
n	75	74	67
**Beduidendheidspieël 0.01 level (2-tailed) *Beduidendheidspieël 0.05 level (2-tailed) p<0.05			

Soos in Tabel 5.46 aangetoon, is daar statistiese beduidenheid tussen respondente se siening van die instansie waar hul diens lewer en hul verhouding met kliënte in die afdeling

en werksverrigting in die afdeling (par. 5.5.1.8.9); hul houding jeens die kliënt (par. 5.5.1.10) en hul verbintenis met betrekking tot Verpleegsters Diens Gelofte (par.5.5.1.12).

5.7.3 Ondersteuning beskikbaar vir verpleegkundiges in die afdeling waar hul diens lewer.

Hierdie afdeling het die respondente se siening van die ondersteuning wat vir verpleegkundiges in die afdeling waar hulle diens lewer, beskikbaar is met behulp van 21 items in Likert- formaat- ondersoek. Die Chronbach Alpha was $\alpha=.890$. Tussen 65 en 72 respondente het die items in hierdie afdeling voltooi soos in Tabel 5.47 aangetoon. Die respondente het met die volgende items saamgestem: positiewe houdings en gedrag ten opsigte van TVS- diensvoorsiening word bevorder (f=38, 54%, n=71); die afdelingsbestuurder bevorder samewerking en spanwerk (f=54, 78%, n=69); 'by my werksplek het ek die opsie om tussen afdelings te roteer' (f=46, 66%, n=69). Volgens paragraaf 3.5.2.2, het verpleegkundiges 'n behoefte aan rotasie na ander afdelings om stres te verlig; my afdelingsbestuurder besef die belangrikheid van sy\haar ondersteuning aan die personeellede (f=51, 73%, n=73); personeellede word aangemoedig om ontladingsessies by te woon (f=34, 52%, n=66), volgens resultate in paragrawe. 5.5.1.8.4 (Tabel 5.22A), 5.5.1.9.2 (Tabel 5.34), 5.6.1.1 (Tabel 5.39) en 5.6.1.2 (Tabel 5.43) het die respondente of 'n behoefte aan ontladingsessies, of woon die respondente nie ondersteuningsessies by nie, of daar is geen beradingsessies beskikbaar nie asook nie ondersteuningsessies nie, maar in hierdie afdeling blyk dit dat die respondente aangemoedig word om ontladingsessies by te woon en deelnemende bestuur word in hierdie afdeling toegelaat (f=39, 58%, n=67).

Respondente het nie saamgestem met die volgende items nie: my afdelingsbestuurder praat met my op 'n daaglikse basis oor my welstand en gevoelens (f=48, 67%, n=72) volgens paragraaf 3.5.2.2 het verpleegkundiges 'n behoefte aan erkenning en ondersteuning van bestuur; al die opgeleide TVS-voorsieners word optimaal in hierdie afdeling aangewend (f=36, 55%, n=65); positiewe pro-keuse gesondheidsorgvoorsieners-inisiatief word bevorder (f=34, 53%, n=66); goeie TVS praktyke en dienslewering word erken en beloon (f=42, 62%, n=68), verpleegkundiges het 'n behoefte aan bykomende vergoeding (par. 3.5.2.2); die instansie voorsien deeglike oriëntasie aan personeel voor plasing in die eenheid, volgens paragraaf 3.5.4 het verpleegkundiges 'n behoefte aan voldoende voorbereiding voor plasing in die TVS-afdeling (f=38, 55%, n=69); spesiale belonings word aan verpleegkundiges wat in TVS-afdelings diens lewer, aangebied (f=58, 82%, n=71); ontladingsessies is beskikbaar (f=42, 60%, n=70); om die afdelingsbestuurder vir ondersteuning te vra, is 'n teken van swakheid, 53 (f=53, 76%, n=70); 'bestuur gee om vir my as 'n lid van die TVS-afdeling' (f=34, 51%, n=67); 'die afdelingsbestuurder versoek terugvoer op 'n daaglikse basis ten

opsigte van ons program en werkslading' (f=42, 61%, n=69); "Time-out" van die afdeling is ingebou in die veiligheidsmaatreëls vir ons emosionele welstand' (f=44, 64%, n=69); 'by my werksplek is waardeklarings-werkswinkels ten opsigte van TVS vir bestuur beskikbaar' (f=36, 54%, n=67); 'n poging is aangewend om die aantal verpleegkundiges wat bereid is om werk in die afdeling te lewer, te vermeerder (f=41, 60%, n=69); opleiding ten opsigte van TVS word aangemoedig in hierdie afdeling (f=39, 57%, n=69); 'en bestuur intimideer personeel in die eenheid waar ek werksaam is' (f=56, 61%, n=69).

Tabel 5.47: Respondente se siening van ondersteuning beskikbaar vir verpleegkundiges in die afdeling waar hulle diens lewer

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	f	%	f	%	f	%	f	%	n	%
My afdelingsbestuurder praat met my op 'n daaglikse basis oor my welstand en gevoelens.	15	20.8	33	45.8	17	23.6	7	9.7	72	100
Positiewe houdings en gedrag ten opsigte van TVS-diensvoorsiening word bevorder.	7	9.9	26	36.6	27	38	11	15.5	71	100
Al die opgeleide TVS-voorsieners word optimaal in hierdie afdeling gebruik.	8	12.3	28	43.1	17	26.2	12	18.5	65	100
Positiewe pro-keuse gesondheidsorgvoorsieners-inisiatief word bevorder.	9	13.6	26	39.4	20	30.3	11	16.7	66	100
Goeie TVS-praktyke en dienslewering word erken en beloon.	7	10.3	35	51.5	17	25	9	13.2	68	100
Die instansie voorsien deeglike oriëntasie van personeel voor plasing in die eenheid.	11	15.9	27	39.1	22	31.9	9	13	69	100
Die afdelingsbestuurder bevorder samewerking en spanwerk.	4	5.8	11	15.9	44	63.8	10	14.5	69	100
Spesiale belonings word aangebied aan verpleegkundiges werksaam in TVS-afdelings.	24	33.8	34	47.9	10	14.1	3	4.2	71	100
Ontladingssessies is beskikbaar.	15	21.4	27	38.6	23	32.9	5	7.1	70	100
Om die afdelingsbestuurder te vra vir ondersteuning is 'n teken van swakheid.	20	28.6	33	47.1	12	17.1	5	7.1	70	100
Bestuur gee om vir my as 'n lid van die TVS afdeling.	6	9	28	41.8	25	37.3	8	11.9	67	100
Die afdelingsbestuurder versoek terugvoer op 'n daaglikse basis ten opsigte van ons program en werkslading.	13	18.8	29	42	23	33.3	4	5.8	69	100

By my werksplek het ek die opsie om tussen afdelings te roteer.	9	13	1	20.	3	49.	1	17.	6	10
			4	3	4	3	2	4	9	0
My afdelingsbestuurder beseft die belangrikheid van sy/haar ondersteuning aan die personeellede.	8	11.	1	15.	4	62.	7	10	7	10
		4	1	7	4	9			0	0
“Time-out” van die afdeling is ingebou in die veiligheidsmaatreëls vir ons emosionele welstand.	9	13	3	50.	1	26.	7	10.	6	10
			5	7	8	1		1	9	0
By my werksplek is waardeklarings-werkswinkels ten opsigte van TVS beskikbaar vir bestuur.	1	20.	2	32.	2	40.	4	6	6	10
	4	9	2	8	7	3			7	0
Personeellede word aangemoedig om ontladingsessies by te woon.	1	19.	1	28.	2	42.	6	9.1	6	10
	3	7	9	8	8	4			6	0
Deelnemende bestuur word toegelaat in hierdie afdeling.	9	13.	1	28.	3	46.	8	11.	6	10
		4	9	4	1	3		9	7	0
‘n Poging is aangewend om die aantal verpleegkundiges wat bereid is om die werk in die afdeling te vermeerder.	1	15.	3	43.	2	33.	5	7.2	6	10
	1	9	0	5	3	3			9	0
Opleiding ten opsigte van TVS word aangemoedig in hierdie afdeling.	1	17.	2	39.	2	36.	5	7.2	6	10
	2	4	7	1	5	2			9	0
Bestuur intimideer personeel in die eenheid waar ek werksaam is.	2	31.	3	49.	1	14.	3	4.3	6	10
	2	9	4	3	0	5			9	0

Cronbach's Alpha	Aantal Items	
$\alpha = .890$	21	
Siëning van ondersteuning beskikbaar vir verpleegkundiges in die afdeling waar hul dienslewer	KOBS- Wet	Persepsie van die instansie.
Spearman se rho	.432**	.308**
P waarde ($p < 0.05$)	.000	.009 ($p > 0.05$)
N	72	70
**Beduidenheidspeil 0.01 level (2-tailed) *Beduidenheidspeil 0.05 level (2-tailed) $p < 0.05$		

Soos in Tabel 5.47 aangetoon, is daar statistiese beduidenheid tussen die respondente se siening van ondersteuning beskikbaar vir verpleegkundiges in die afdeling waar hulle diens lewer en die KOBWet (par.5.7.1). Dit blyk dat die mate waartoe die respondente ondersteuning waar hulle diens lewer, kry, die aanvaarding en die toepassing van die KOBWet se bepalings vergemaklik.

5.7.3.1 Respondente se verwagte ondersteuning van bestuur

In 'n oopvraag is aan die respondente gevra om te verduidelik wat die ondersteuning behels wat hulle van bestuur verwag. Slegs 45 respondente het die afdeling voltooi, soos in Tabel 5.48 aangetoon. Die meeste respondente (f=16, 36%; n=45) het aangetoon dat ontladingsessies belangrik is en dat anonimiteit in aanmerking geneem moet word. 'n Respondent het die volgende aangedui: "meer tyd om te ontlaai, nie noodwendig aftyd nie, maar die geleendheid om kop skoon te maak, verkieslik anoniem, voel dan nie soos 'n swakkeling as jy soms hulp of ondersteuning nodig het nie". Respondente (f=7, 16%, n=45) het ten opsigte van indiensopleiding die volgende aangetoon: meer gereelde indiensopleiding en aanmoediging om dit by te woon (f=5) en ook opleiding vir bestuur (f=2). 'n Respondent het die volgende aangedui: "TOP training to be more available so that staff be more sensitive to patients, especially nurses who are not sisters".

Met betrekking tot betrokkenheid van bestuur het respondente (f=8, 18%, n=45) die volgende aangetoon:

meer besoeke van bestuur (f=2); meer belangstelling van bestuur (f=1); gereelde vergaderings met personeel (f=1) ; erkenning van bestuur (f=1); positiewe houding van bestuur (f=1) en personeelkonfidensialiteit (f=2). Respondente het die volgende aangedui met betrekking tot die betrokkenheid van bestuur; "first, the attitude of management support must change; be there for the nursing staff; be a person you would come freely to with everything; have a heart for nurses and listen to them, do not always just judge them; keep confidentiality; do not discuss with other managers"; "management must show that they appreciate us, by acknowledge (abortion as a speciality area) because of the many "faces" we face and the emotions that form part of it as it was legally passed by law (not taking in **consideration that nurses are legally bound to safe life and not to reiterate it". Respondente (f=2, 4%, n=45) het meer TVS-voorsieners versoek; respondente (f=2, 4%, n=45) het versoek om na ander afdelings te roteer asook bykomende beloning (f=2, 4%, n=45). 'n Respondent het die volgende aangedui ten opsigte van beloning: "Incentives for top providers to acknowledge their hard work and effort put in on a daily basis".

Net 5 (11%, n=45) van die respondente het aangetoon dat daar voldoende ondersteuning van bestuur is. Twee (4%, n=45) respondente het gevoel dat TVS aanvaar moet word as geïntegreerde diens by gemeenskapsgesondheidsentrums, “accepted top service as integrated service of the full spectrum health services at the CHC” en moet by Vlak 1 hospitale aangebied word. Een (2%, n=45) respondent het aangetoon dat sy net haar dienstrydperk by die afdeling wil voltooi. Dit blyk dus dat respondente verskeie behoeftes het met betrekking tot ondersteuning van bestuur. Volgens paragraaf 3.5.2.1, kom hierdie ondersteuning van bestuur nie altyd voor nie (Lipp en Fothergill 2009:113-114; Thom 2002:1; WHO 2010). Hierdie aspek word breedvoerig in paragraaf. 3.5.2.1 bespreek.

Tabel 5.48: Respondente se response van verwagte ondersteuning van bestuur

Verwagte ondersteuning van bestuur.	f	%
Indiensopleiding: Meer gereelde indiensopleiding en aanmoediging om dit by te woon (n=5) Ook opleiding vir bestuur (n=2)	7	16
Ontladingssessies (anoniem)	16	36
Meer TVS-voorsieners	2	4
Rotasie na ander afdelings	2	4
Bykomende beloning	2	4
Betrokkenheid: Meer besoeke (n=2) Belangstelling (n=1) Gereelde vergaderings (n=1) Erkenning (n=1) Positiewe houding van bestuur (n=1) Personeel konfidensialiteit (n=2)	8	18
TVS moet as geïntegreerde diens by gemeenskapsgesondheid-sentrums aanvaar word , TVS moet net by vlak-1 fasiliteite uitgevoer word	2	4
Wil net dienstrydperk in afdeling voltooi	1	2
Kry voldoende ondersteuning van bestuur	5	11
TOTAAL	45	100

5.7.4 Respondente en die Suid- Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV)

In hierdie afdeling word die respondente se siening van die etiese riglyne wat deur die SARV daargestel is, bespreek asook die respondente se siening van die stellings van die SARV.

5.7.4.1 Die respondente se siening van die etiese riglyne wat deur die SARV daargestel is

Hierdie afdeling het die respondente se siening van die etiese riglyne wat deur die SARV daargestel is, met verwysing na terminasie van swangerskap en gesondheidsorg ten spyte van gewetensbeswaar (Dept. of Health Western Cape, H56/2003) met behulp van 8 items in Likert- formaat, ondersoek. Drie en sewentig respondente het hierdie afdeling voltooi, soos in Tabel 5.49 aangedui. Die Chronbach alpha vir die 8 items was $\alpha=.876$ (par. 5.3.2). Die respondente het meesal met al die items saamgestem: verpleegsorg (beraming, beplanning, implementasie, monitering en evaluasie) moet voorsien word (f=68, 93%, n=73); basiese bystand met aktiwiteite van daaglikse bestaan moet voorsien word (f=67, 92%, n=73); emosionele, fisiese en psigologiese ondersteuning moet voorsien word (f=68, 93%, n=73); voorgeskrewe medikasie moet voorsien word (f=69, 95%, n=73); gemak en pynverligting moet voorsien word (f=72, 99%, n=73); as 'n vrou se lewe in gevaar is, mag noodbehandeling nie geweier word nie (f=71, 97%, n=73); 'n vrou wat 'n TVS versoek, moet inligting ten opsigte van TVS kry (f=72, 99%, n=73) en toepaslike verwysing ten opsigte van TVS moet wanneer nodig, plaasvind (f=72, 99%, n=73). Die afleiding kan gemaak word dat die respondente meesal saamgestem het met die etiese riglyne wat deur die SARV daargestel is met verwysing na terminasie van swangerskap en gesondheidsorg ten spyte van gewetensbeswaar (Dept. of Health Western Cape, H56/2003) (par.3.7.1.1.3). Dit wil voorkom asof respondente nie'n probleem het met die etiese riglyne van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV) nie, en dat kliënte volgens hierdie riglyne versorg sal word.

Tabel 5.49: Die respondente se siening van die etiese riglyne wat deur die SARV daargestel is (Dept. of Health Western Cape, H56/2003)

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	f	%	f	%	f	%	f	%	n	%
1. Verpleegsorg (beraming, beplanning, implementasie, monitering en evaluasie) moet voorsien word.	2	2.7	3	4.1	49	67.1	19	26	73	100
2. Basiese bystand met aktiwiteite van daaglikse bestaan moet voorsien word.	1	1.4	5	6.8	49	67.1	18	24.7	73	100
3. Emosionele, fisiese en psigologiese ondersteuning moet voorsien word.	1	1.4	4	5.5	41	56.2	27	37	73	100
4. Voorgeskrewe medikasie moet voorsien word.	0	0	4	5.5	48	65.8	21	28.8	73	100
5. Gemak en pynverligting moet voorsien word.	0	0	1	1.4	49	67.1	23	31.5	73	100
6. As 'n vrou se lewe in gevaar is, mag noodbehandeling nie geweier word nie.	0	0	2	2.7	31	42.5	40	54.8	73	100
7. 'n Vrou wat 'n TVS versoek, moet inligting ten opsigte van TVS kry.	1	1.4	0	0	41	56.2	31	42.5	73	100
8. Toepaslike verwysing ten opsigte van TVS moet wanneer nodig, plaasvind.	1	1.4	0	0	41	56.2	31	42.5	73	100
Cronbach's Alpha	Aantal Items									
$\alpha = .876$	8									
Siening van die etiese riglyne wat deur die SARV daargestel is ten opsigte van TVS (Dept. of Health Western Cape, H56/2003)	Verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling	Verbinding rakende Verpleegsters Diens Gelofte	Kliënt berading	Beradingstegniek	Kommunikasietegniese	KOBS-Wet				
Spearman se rho	.369**	-.411**	.542**	.628**	.674**	.473**				
P waarde ($p < 0.05$)	.001	.000	.000	.000	.000	.000				
n	74	73	69	66	66	74				
**Beduidenheidspoil 0.01 level (2-tailed)										
*Beduidenheidspoil 0.05 level (2-tailed) $p < 0.05$										

Soos aangetoon in Tabel 5.49 is daar statistiese beduidenheid tussen respondente se siening van die etiese riglyne wat deur die SARV daargestel is met verwysing na terminasie van swangerskap en gesondheidsorg ten spyte van gewetensbeswaar (Dept. of Health Western Cape, H56/2003) en die volgende aspekte: verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling (par.5.5.1.8.9); verbintenis met betrekking tot Verpleegsters Diens Gelofte (par. 5.5.1.12); kliëntberading (par. 5.6.2.1), beradingstegniek (par. 5.6.2.1.1), kommunikasietegnieke (par. 5.6.2.1.2) en die bepalings in die KOBS-Wet (par. 5.7.1). Dit impliseer onder andere dat die beginsels van beleid toegepas word of ten minste in die praktyk reflekteer word.

5.7.4.2 Die respondente se sienings van die stellings van die SARV ten opsigte van verpleegkundiges en TVS

Hierdie afdeling het die respondente se sienings van die stellings van die SARV (Dept. of Health Western Cape, H56/2003) ten opsigte van verpleegkundiges en TVS ondersoek. Dit het uit 7 items in Likert-formaat bestaan. Die beste Chronbach alpha, sluit al 7 items in en was $\alpha=0.686$ (par. 5.3.2). Tussen 67 en 74 respondente het die items in hierdie afdeling voltooi soos in Tabel 5.50 aangedui. Die respondente het as volg met van die items saamgestem: 'n verpleegkundige mag weier om deel te neem aan die uitvoering van 'n TVS (f=58, 80%, n=73); 'n verpleegkundige mag beswaar maak teen die verwydering en wegdoen van die uitgewerpte produkte van konsepsie (f=51, 70%, n=73); 'n verpleegkundige mag skriftelik die werkgewer in kennis stel van sy\haar weiering (teenkanting) om 'n TVS uit te voer (f=62, 82%, n=72); 'n afskrif van die teenkantingsbrief sal in die verpleegkundige se amptelike personeelrekord as bewys van gewetensbeswaar geplaas word (f=58, 78%, n=74); 'ek was deur my werkgewer ingelig ten opsigte van my reg tot gewetensbeswaar ten opsigte van TVS' (f=34, 51%, n=67) en 'al het ek ook as "gewetensbeswaar" geregistreer, sal ek nog steeds inligting aan 'n kliënt voorsien ten opsigte van TVS en toepaslike verwysing' (f=55, 80%, n=69).

Die meeste respondente het nie met die volgende item saamgestem nie: 'ek het dokumentasie ten opsigte van gewetensbeswaar voltooi (verwydering en wegdoen van die produkte van konsepsie)' (f=42, 61%, n=69), volgens Denosa (1997:5) mag 'n verpleegkundige die werkgewer betyds skriftelik in kennis stel van haar/sy weiering om deel van terminasie van swangerskap te wees sodat ander personeel betyds betrek kan word.

Tabel 5.50: Die respondente se siening van die stipulasies/stellings van die SARV (Dept. of Health Western Cape, H56/2003) ten opsigte van verpleegkundiges en TVS

	SBN		SNS		SS		SBS		Totaal	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>n</i>	%
1. 'n Verpleegkundige mag weier om deel te neem in die uitvoering van 'n TVS.	5	6.8	10	13.7	37	50.7	21	28.8	73	100
2. 'n Verpleegkundige mag beswaar maak teen die verwydering en wegdoen van die uitgewerpte produkte van konsepisie.	4	5.5	18	24.7	33	45.2	18	24.7	73	100
3. 'n Verpleegkundige mag die werkgewer skriftelik in kennis stel van sy/haar weiering (teenkanting) om 'n TVS uit te voer.	3	4.2	7	9.7	42	58.3	20	27.8	72	100
4. 'n Afskrif van die teenkantingsbrief sal in die verpleegkundige se amptelike personeelrekord as bewys van gewetensbeswaar geplaas word.	5	6.8	11	14.9	41	55.4	17	23	74	100
5. Ek het dokumentasie ten opsigte van gewetensbeswaar voltooi (verwydering en wegdoen van die produkte van konsepisie).	13	18.8	29	42	22	31.9	5	7.2	69	100
6. Ek was deur my werkgewer ingelig ten opsigte van my reg tot gewetensbeswaar met betrekking tot TVS.	7	10.4	26	38.8	24	35.8	10	14.9	67	100
7. Al het ek ook as "gewetensbeswaar" geregistreer, sal ek nog steeds inligting aan 'n kliënt voorsien ten opsigte van TVS en toepaslike verwysing.	5	7.2	9	13	41	59.4	14	20.3	69	100
Cronbach's Alpha	Aantal Items									
$\alpha=0.686$	7									

5.7.5 Litigasie-aangeleenthede

In hierdie afdeling word litigasie bespreek met betrekking tot die respondente se betrokkenheid by en ondersteuning van bestuur tydens litigasie-aangeleenthede.

5.7.5.1 Betrokkenheid by litigasie

Hierdie afdeling het die respondente se siening met betrekking tot litigasie-aangeleenthede ondersoek. Van die 82 respondente het 73 (89%) hierdie vraag beantwoord soos in Tabel 5.51. aangetoon.

Volgens Tabel 5.51 was net 4 (6%, $n=73$) respondente by wetlike- en litigasie-aangeleenthede betrokke ($f=69$, 95%, $n=73$)

Tabel 5.51: Respondente betrokke by wetlike- en litigasie-aangeleendhede

Resondente betrokke by wetlike- en litigasie aangeleendhede	f	%
Ja	4	6
Nee	69	95
TOTAAL	73	100.0

5.7.5.2 Ondersteuning vanaf bestuur tydens litigasie

Op die vraag of die respondente enige ondersteuning van bestuur tydens die wetlike- en litigasie-aangeleendhede volgens Tabel 5.52 gekry het, het respondente die volgende aangedui, absoluut (f=2, 50%, n=4); ten sterkste (f=1, 25%, n=4); tot 'n mate (f=1, 25%, n=4) en glad nie, geen.

Tabel 5.52: Bestuursondersteuning tydens wetlike- en litigasie-aangeleendhede

Ondersteuning van bestuur ten tye van wetlike- en litigasie-aangeleendhede	f	%
Glad nie	0	0
Tot 'n mate	1	25
Ten sterkste	1	25
Absoluut	2	50
TOTAAL	4	100.0

Op die oopvraag indien respondente aangedui het dat bestuur tot 'n mate of glad nie ondersteuning verskaf het tydens wetlike- en litigasie-aangeleendhede nie, het geen respondente hierdie afdeling voltooi nie.

Op die oopvraag indien respondente aangedui het dat bestuur ten sterkste of absoluut ondersteuning verskaf het tydens wetlike- en litigasie-aangeleendhede, het die verwagte 3 respondente die afdeling voltooi. Die response het "geld is vir saak betaal" ingesluit; "korrekte beleid is gevolg" en "doen alles vir my".

Vervolgens is die vertroude wat verpleegkundiges (respondente) in die bestuur van die instansies waar hulle werksaam is, het, met betrekking tot wetlike- en litigasie-aangeleendhede, ondersoek.

Tabel 5.53: Vertroue in bestuur tydens wetlike- en litigasie-aangeleenthede

Vertroue in bestuur tydens wetlike- en litigasie-aangeleenthede	f	%
Geen vertroue	13	20
Vertrou tot 'n mate	11	17
Vertrou ten sterkste	19	29
Vertrou absoluut	23	35
Totaal	66	100.0

Tabel 5.53 toon aan dat die meerderheid respondente vertrou dat bestuur hulle sal ondersteun tydens wetlike- en litigasie-aangeleenthede: met 23 respondente (35%; n=66) wat "absoluut" aangedui het en 13 respondente (20%, n=66) het geen vertroue dat bestuur hulle sal ondersteun nie. Op die oopvraag indien respondente aangedui het dat bestuur tot 'n mate of glad nie ondersteuning sal verskaf tydens wetlike- en litigasie-aangeleenthede nie, moes respondente aandui waarom nie. Net 16 respondente (Tabel 5.54) , van die 24 respondente in Tabel 5.53 het die volgende redes verskaf: bestuur gee net vir hulself om, (f=4, 25%, n=16); sorg net vir kliënte, nie vir verpleegkundiges nie (f=3, 19%, n=16); gee nie voldoende ondersteuning nie (f=2, 13%, n=16); het nie "nice" bestuur nie (f=1, 6%, n=16) asook ander redes soos "hang af" van die wetlike aksies van die verpleegkundige; bestuur nie oortuig dat TVS nodig is nie; weet nie of daar ondersteuning sal wees nie; kan bestuur nie vertrou nie, sien dit in hul dade; verpleegkundiges verantwoordelik vir eie wetlike aangeleenthede. 'n Respondent het aangedui dat sy nie seker is hoe bestuur gaan optree nie, 'n ander is baie versigtig, want sy werk nie lank by die instansie nie.

Tabel 5.54: Redes waarom bestuur nie respondente tydens wetlike- en litigasie-aangeleenthede sal ondersteun nie

Redes waarom bestuur nie ondersteuning sal gee nie	f	%
Bestuur gee net vir hulself om	4	25
Sorg net vir kliënte, nie vir verpleegkundiges nie	3	19
Gee nie voldoende ondersteuning nie	2	13
Het nie “nice” bestuur nie	1	6
Ander:	6	38
<ul style="list-style-type: none"> • Hang af van die wetlike aksies van die verpleegkundige n=1 • Bestuur nie oortuig dat TVS nodig is nie n=1 • Weet nie of daar ondersteuning sal wees nie n=1 • Kan bestuur nie vertrou nie, sien dit in hul dade n=1 • Verpleegkundiges verantwoordelik vir eie wetlike-aangeleendheid n=2 		
Totaal	16	100

5.7.6 Respondente se persepsie van hul rol in die afdeling

Hierdie afdeling was ‘n oopvraag en die laaste item van die vraelys. Respondente moes aandui hoe hulle hul rol as verpleegkundige sien in die afdeling waar hulle werksaam is. Een-en-sestig (n=61) respondente het hierdie afdeling voltooi soos in Tabel 5.55 aangetoon. Hierdie afdeling word aangebied volgens King se drie “sosiale” sisteme (par. 2.5 en 3.4) naamlik: Persoonlike sisteem, Interpersoonlike sisteem en Sosiale sisteem vanuit die verpleegkundige\respondent se perspektief. Die respondente se response is toe volgens hierdie drie sisteme gegroepeer, Tabel 5.55.

5.7.6.1 Persoonlike sisteem (f=7, 12%; n=61)

Respondente het die volgende response weergegee: dat respondente die werk vervelig vind; vervreem my van ander (alienated); “fragile” ondervinding; teen my beginsels, haat dit, maar moet daar werk.

Respondente het die volgedende stellings gemaak: “werk slegs as aflos by Gynae teater. Haat elke oomblik daarvan. Druis heeltemal in teen my beginsels. Werk daar omdat ek moet”;

“ Boring. Because it `s only the patients that are thankful, the management don` t see what you are doing. In this clinic I feel good when I end my shift for the reason I know myself and do my best for my patients. I do not see myself just as a nurse in this unit, sometimes a

social worker, a mother, a person God planted here. There is nothing from management that encourage you as a nurse, you are just here to do your work and that is it. They do not care how you feel, what you are going through, they are selfish, do not understand. This is how I feel towards them, if they do their share, nursing morality will be the best again.”

“Kliënt altyd die belangrikste; geld gedrewe; geen ontladingsessies.”

‘n Respondent se stelling as volg:“ In 1999 I went for training to maintain my job. It took a long time to come to terms with this decision. Eventually I accepted it. At the time most women choose a contraceptive method wich made me feel I am making a difference. Lately most women do not choose contraception which is very irritating and keep coming back for TOP. I feel women are abusing the idea that TOP is legal and somewhere along the line we fail them in providing FP services. As nurses we are totally neglected in terms of the wellbeing of staff emotionally. All “clinic A” (skuilnaam) is in interested in, is making money which is totally frustrating”.

“My rol is belangrik. Al is aborsies verkeerd, het ek ‘n verantwoordelikheid om vir my klient te sorg”.

‘n Respondent se stelling was as volg: “I regard my role as important even though I feel that abortions are wrong doing. I still have a responsibility towards my patient and therefore it is important for me to care for my patient.”

“Ek voel positief as ‘n verpleegkundige, want ek lewer ‘n diens; wil net goeie diens lewer”.

‘n Respondent het die volgende stelling gemaak: “I feel positive as a nurse as I am delevering quality service to the women. I am happy to inform women about their sexual and reproductive rights.”

Die persoonlike sisteem (par. 2.5.1) vir hierdie studie fokus op die verpleegkundige as individu (persepsie, morele stres, liggaamsbeeld, groei en ontwikkeling, tyd en ruimte) binne die terminasie-van-swangerskapkonteks waar haar\sy persoonlike menswees en geluk, ‘n uiters belangrike rol speel om sodoende holistiese verpleegsorg te kan lewer (par 3.5.6). Dit blyk uit die respondente se response dat die fokuspunt die kliënt bly, al dra dit nie noodwendig die persoonlike goedkeuring van die respondent rakende TVS nie. Respondente se persepsie is dat die kliënt altyd die belangrikste is, diens geldgedrewe is en hulle nie altyd die fokuspunt is nie, (par.3.5.1). Dit blyk uit die literatuur dat respondente juis voel dat hulle vryheid van keuse ingeperk word, dat vroue die reg tot keuse het, dus is verpleegkundiges ook geregtig tot hierdie reg tot ‘n keuse. Daar moet dus na

verpleegkundiges geluister word en hulle het ondersteuning nodig (Gmeiner, Van Wyk 2000:9; Harrison, Montgomery, Lurie en Wilkinson 2000:426; Poggenpoel et al 1998:4; WHO 2010).

5.7.6.2 *Interpersoonlik, (f=45, 74%; n=61)*

Die respondente het die volgende response weergegee in Tabel 5.55: goeie holistiese verpleegsorg is belangrik; bemagtig kliënte; kliënt het die reg tot ingeligte toestemming; kliënt het die reg tot konfidensialiteit; inligting oor prosedure; pre- en post- berading; gesondheidsvoorligting om kliënte met die beklemtoning van kontrasepsie te lei om 'n volgende TVS te voorkom; emosionele ondersteuning; nie-veroordelende houding; verpleegkundige-klient-verhouding is belangrik, veral dat kliënte die verpleegkundige kan vertrou; die rol van die verpleegkundige is verwarrend en breekbaar, emosionele gevolge, want die fetus is 'n normale, asemhalende lewende wese en swak ondersteuning van bestuur. Van die respondente se response was soos volg:

“My role in this unit is to promote safe and legal terminations of pregnancies and to provide adequate health education regarding it. Also to inform all the patients who want to undergo a TOP the necessary steps that must be taken before performing a TOP. To promote family planning and educating all patients regarding family planning and which family planning methods suit them best. To always maintain confidentiality and making the unit as pleasant and safe for the patient as possible. To ensure that consent is first obtained from the patient before performing the TOP. To ensure that pre- and post counselling are provided. To maintain statistics regarding TOPS performed in the unit.”;

“Ek is 'n “TOP-provider” in die eenheid. Ons verskaf die nodige inligting aan die kliënte om ingeligte besluite te neem. Ons verskaf ook verskeie ander reprodktiewe gesondheidsdienste aan kliënte en probeer werklik om kliënte te bemagtig sodat hulle met die nodige kennis 'n herhaling van 'n ongewensde wangerskap kan voorkom.”;

“To treat each client with professionalism and deliver holistic care to everybody. Empowering clients to prevent incidents of TOP again in the future.”

“My rol was om die aborsie uit te voer m.a.w. gee van medikasie (per os of intraveneus) om aborsie te begin totdat proses volledig uitgevoer is, en om fetus en plasenta te versorg. Emosionele ondersteuning vir pasiënt.”

Die interpersoonlike sisteem vir hierdie studie verteenwoordig die (par. 2.5.2 en 3.6) deel van die perseptuele veld van die verpleegkundige (respondent) binne terminasie van

swangerskap. Volgens Varkey en Fonn (2000:19) is daar 'n behoefte aan navorsing met betrekking tot die interpersoonlike verhoudings en die uitruil van inligting tussen voorsiener (verpleegkundige) en kliënt binne die terminasie van swangerskapomgewing. Die huidige navorsing fokus sydig op hierdie aspek. Die response toon dat respondent tog verpleegsorg en kwaliteit verpleegsorg as belangrik sien, dit word ook so in die volgende paragrawe (5.5.1.8.12, 5.5.1.12 en 5.7.4.1) van hierdie hoofstuk weerspieël. Dit blyk uit die respondente se response dat kliënte-sorg as baie belangrik beskou word. Dit wil voorkom asof daar tog respondente is wat hul rol as verwarrend en breekbaar ervaar. Die Wet op keuse oor die Beëindiging van Swangerskap (Wet no. 92 van 1996 soos gewysig), het nuwe verwagtinge geskep en verpleegkundiges moes rolaanpassings in areas maak waar swangerskappe getermineer word. Hierdie aanpassings mag dalk nie met die verpleegkundige (individu) se normatiewe standaard ooreenstem nie en nie inpas by haar\sy persoonlike siening (persoonlike sisteem) van unieke waarde nie. Tog kan die werkgewer, kliënt en kollegas se persepsie (pro-keuse) van verwagte rolgedrag van die verpleegkundige (pro-lewe) verskil of andersins kan dit tot persoonlike rolkonflik lei. Rolkonflik word gedefinieer as die onverenigbaarheid tussen die rolle van twee of meer posisies (Du Toit en Van Staden 2009:86) (par. 3.5.6). Response het ook aangetoon dat respondente klagtes van swak ondersteuning van bestuur het. Volgens Mhlanga (2002:18) verlaat baie verpleegkundiges die diens as gevolg van intimidasie deur bestuur en kollegas. Volgens Cueller (2002:11) distansieer fasiliteitsbestuur hulself van die diens en die personeel. Interaksie tussen kollegas kom voor as onvoldoende en negatief met geringe kollegiale ondersteuning. Volgens Mayers (2005:22) word persoonlike konflik dikwels beleef as gevolg van die houding van mede-werkers (par. 3.6.2). Uit die data-analise kan die afleiding gemaak word dat ondersteuning van bestuur gering is (par.5.7.3).

5.7.6.3 Sosiaal, ($f=9$, 15%; $n=61$)

Die respondente het die volgende response weergegee: tree op binne bestek van praktyk; kliënt is verpleegkundige se verantwoordelikheid; dien medikasie toe; versorg plasenta en fetus, werk ook met ander kliënte in die afdeling, nie net met TVS-kliënte nie; verskaf veilige sorg binne die wetlike raamwerk; administrasie verantwoordelikhede, soos hou van maandelikse statistieke; voorraadbestuur en dat TVS gekriminaliseer moet word.

Van die respondente se response was soos volg:

“Work within your legal boundries, scope of practice. And see the TOP client as a human being with a need and the nurse is not a judge.”;

“To maintain code of ethics to maintain a professional approach towards my client even if it is against my religious beliefs. Try to encourage patients to use

contraceptives if they are sexual active in stead of opting for an abortion. To have abortion criminalized.”.

Respondente het meesal gerespondeer binne die ander twee sisteme (Tabel 5.56) en binne die Sosiale siteem was meer op etiese, sorg en administratiewe aspekte gefokus, wat daarop kan dui dat die respondente hierdie aspekte belangrik ag. Net een respondent het aangetoon dat TVS weer gekriminaliseer moet word, wat 'n aanduiding mag wees dat respondente die KOBS-Wet se bepalings aanvaar het soos hulle meer positiewe sienings van die KOBS-Wet het in paragraaf. 5.7.1 aangedui het.

Tabel 5.55: 'n Opsomming van die rolle en verwagtings van die respondent in die TVS-afdeling (n=60)

Respondente se response met betrekking tot hul persepsie van hul rol in die afdeling (n=60)	F	%
<p>Persoonlik:</p> <p>Vind die werk vervelig, vervreem my van ander (alienated); “fragile” ondervinding; teen my beginsels, haat dit, maar moet daar werk; kliënt altyd die belangrikste; geldgedrewe; geen ontladingsessies.</p> <p>My rol is belangrik, al is aborsies verkeerd, het ek 'n verantwoordelikheid om vir die klient te sorg.</p> <p>Ek voel positief as 'n verpleegkundige, want ek lewer 'n diens; wil net goeie diens lewer.</p>	7	12
<p>Interpersoonlik:</p> <p>Goeie holistiese verpleegsorg is belangrik.</p> <p>Bemagtig kliënte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kliënt het die reg tot ingeligte toestemming • Kliënt het die reg tot konfidensialiteit • Inligting oor prosedure • Pre- en post- berading • Gesondheidsvoorligting om kliënte te bemagtig met die beklemtoning van kontrasepsie om 'n volgende TVS te voorkom • Emosionele ondersteuning • Nie-veroordelende houding <p>Verpleegkundige-klient-verhouding is belangrik, veral dat kliënt verpleegkundige kan vertrou</p> <p>Die rol van die verpleegkundige is verwarrend en breekbaar, emosionele gevolge, want die fetus is 'n normale, asemhalende lewende wese</p> <p>Swak ondersteuning van bestuur</p>	45	74

Sosiaal:	9	15
Tree op binne bestek van praktyk, handhaaf etiese kode		
Kliënt is verpleegkundige se verantwoordelikheid; dien medikasie toe; versorg plasenta en fetus, werk ook met ander kliënte in die afdeling, nie net TVS-kliënte nie		
Verskaf veilige sorg binne die wetlike raamwerk		
Administrasie-verantwoordelikhede soos hou van maandelikse statistieke; voorraadbestuur		
Kriminaliseer TVS weer		
TOTAAL	61	100

5.8 OPSOMMING

In hierdie afdeling van die studie was die volgende aspekte bespreek:

- Ontleding van die data.
- Statistieke van al die items.

Die volgende hoofstuk, Hoofstuk 6, is 'n opsomming van die studie en die bevindings van hierdie studie word weergegee. Gevolgtrekking en aanbevelings word gemaak. Beperkings van die studie word ook bespreek.

HOOFSTUK 6: OPSOMMING, BEPERKINGS, BEVINDINGS EN AANBEVELINGS VAN DIE STUDIE

6.1 INLEIDING

In Hoofstuk 5 is die ontleding en interpretasie van die data van hierdie studie bespreek. Hoofstuk 6 is die laaste afdeling van hierdie studie en dit is waar die navorser al die gedeeltes van die studie saamvat om 'n geheelbeeld te vorm (LoBiondo-Wood and Harber 2000:47). Bevindings soos in hoofstuk 5 uiteengesit word bespreek, die implikasies van die bevindings word uitgestippel, gevolgtrekkings word gemaak en aanbevelings met betrekking tot die bevindings word vir die praktyk en verdere navorsing gemaak (Burns Grove 2007:42; De Vos 2001:425).

6.2 OPSOMMING VAN DIE STUDIE

6.2.1 Kernweergawe van probleemstelling

Binne King se Doelwitbereikingsteorie is die probleem dat die verhouding van die persoonlike sisteem (verpleegkundige) met die sosiale sisteem (wetgewing en werkgewer se beleid) en betrokkenheid by die interpersoonlike sisteem (kliënt en fetus) binne die opset van terminasie van swangerskap nie bekend is nie, en die potensiaal tot doelwitbereiking nie duidelik is nie.

6.2.2 Kernweergawe van die navorsingsvraag

Binne King se Sisteemteoretiese benadering en Doelwitbereikingsteorie was die navorsingsvraag:

- Is doelwitbereiking moontlik in terme van die houding en verhouding van die persoonlike sisteem (verpleegkundige) tot die sosiale sisteem (wetgewing en werkgewer se beleid) en betrokkenheid by die interpersoonlike sisteem (met kliënt en fetus) binne die opset van terminasie van swangerskap?

6.2.3 Doelwitte

Ten einde die navorsingsvraag te beantwoord het die navorser haar die volgende ten doel gestel, naamlik om:

- die demografiese detail van respondente (verpleegkundiges) met hul houding jeens terminasie van swangerskap en hul gesindheid jeens diesulke kliënte te beskryf.

- die vlak en diversiteit van opleiding van verpleegkundige werksaam in TVS-afdelings te beskryf
- te bepaal of MVA opleiding 'n invloed op verpleegkundiges se houding teenoor en ervaring van terminasie van swangerskap het
- die aard van TVS-afdelings te bepaal
- te bepaal of daar 'n assosiasie tussen respondente se persepsie van hul verhouding met kliënte en hul persepsie van hul werkverrigting in die TVS-afdeling en ander konstrunkte binne die TVS-afdeling is
- die stresvlakke en streshantering van respondente te beskryf
- die sosiale ondersteuningstrukture wat binne die TVS-afdeling aan respondente (verpleegkundiges) beskikbaar is, te illustreer
- effektiewe kommunikasie as basis vir doelwitbereiking binne die TVS-afdeling gehandhaaf word
- respondente se persepsie te eksplorieer met betrekking tot die "interseksie" van die verpleegkundige en die kliënte as persoonlike sisteme (die daarstelling van 'n interpersoonlike sisteem)
- verpleegkundiges (respondente) se siening van die status van die fetus te ontleed
- die mate waartoe die persoonlike sisteem (verpleegkundiges/respondente) met die bepalinge van komponente van die sosiale sisteem (die Wet, SARV regulasies, Verpleegsters Diens Geloofte en beleid binne die instansies waarin hulle werksaam is) saamstem.

6.2.4 Die navorsingsontwerp

Ten einde die gestelde navorsingsvraag te beantwoord en die gepaardgaande doelwitte te bereik, is 'n beskrywende- korrelasie-ontwerp gevolg. Die hoofrede vir hierdie keuse is Burns and Grove (2005:240) se verwysing na beskrywende korrelasiestudies as daarop gerig om die statistiese verwantskappe (verhoudings of assosiasies) wat daar normaalweg in 'n situasie voorkom, te ondersoek. "Using this design facilitates the identification of many interrelationships in a situation in a short time" (Burns & Grove 2001:240).

Die steekproefneming vir hierdie studie was nie-waarskynlike gerieflikheidssteekproefneming vir die respondente en 'n nie-waarskynlike doelbewuste steekproefneming vir die instellings.

6.3 BEVINDINGS

6.3.1 Persoonlike sisteem

6.3.1.1 Demografiese besonderhede

Nie alle demografiese besonderhede leen sigself tot (logiese) assosiëring met die navorsingsonderwerp nie. In sekere gevalle het die lae aantal response wat verkry is, verder tot hierdie beperking bygedra.

Doelwit wat gestel is:

Om die demografiese detail van respondente (verpleegkundiges) met hul houding jeens terminasie van swangerskap en hul gesindheid jeens diesulke kliënte te beskryf.

Bevinding(s)

Data-analise het getoon dat die gemiddelde ouderdom van respondente 41.7 jaar was (par.5.5.1.1) wat vanaf 22 tot 62 jaar gewissel het met meeste respondente (48,1%) tussen 40 tot 49 jaar oud. Van die respondente was 94% vroue (par. 5.5.1.3) en rasverteenvoording was soos volg: Kleurlinge (62%), Swart (20%); Wit (15.9%) en Asiër (2.4%) (par. 5.5.1.4).

Van die respondente het 78% kinders gehad (par. 5.5.1.5). Van hierdie respondente het 59% aangedui dat die feit dat hulle kinders het, dit hul gevoel en persepsie met betrekking tot TVS beïnvloed het. Die wat gevoel het dat kinders hul ten sterkste beïnvloed het, het godsdienstige redes aangevoer waarom hul kinders hul gevoelens\persepsie ten opsigte van TVS beïnvloed. Die meeste respondente, naamlik 90%, het dan ook aangedui dat hulle aan die Christelike geloof behoort. Daar is ook bevind dat gevoelens van die respondent ten opsigte van haar werk in die TVS-afdeling statisties beduidend geassosieer kan word met geloofsoortuigings (X^2 : $p < 0.05$, $df=6$). So het respondente (51%) dan ook nie saamgestem met die item dat hul godsdienstige oortuigings/geloof in hul daaglikse werk nie gereflekteer word nie.

Bespreking en gevolgtrekking

Daar was geen werklike bewyse dat die respondente se houdings teenoor terminasie van swangerskap deur enige van die biografiese veranderlikes beïnvloed word nie. Hierdie bevinding stem ooreen met Marais (1997:7) dat daar geen verband tussen verpleegkundiges en dokters se houdings ten opsigte van terminasie van swangerskap en hulle ouderdom is nie (par.3.5.1). Daar was ook geen statistiese beduidendheid dat geslag (par. 5.5.1.3) of etnisiteit (par. 5 .5.1.4) die houdings van die respondente ten opsigte van TVS beïnvloed nie. Die meeste respondente het aan die Christelike geloof behoort (par.5.5.1.2). Dit blyk wel

dat die gevoelens van die respondent ten opsigte van haar werk in die TVS-afdeling tog verband met haar geloof hou. Volgens hierdie studie kan geloof dus die respondent se gevoelens met betrekking tot haar werk beïnvloed.

Aanbeveling(s)

Op grond van die bevindings word daar aanbeveel dat daar pertinent aandag aan die geloofsoortuigings van persone gegee word wat gewerf word om in TVS -afdelings te werk. Vind ook gedurende deeglike onderhoudvoering uit of hierdie persone kinders het al dan nie voor plasing in afdeling.

6.3.1.2 Vlak van opleiding

Doelwit wat gestel is

Om die vlak en diversiteit van opleiding van verpleegkundiges wat in TVS-afdelings werksaam is, te beskryf.

Om te bepaal of MVA-opleiding 'n invloed op verpleegkundiges se houdings teenoor en ervaring van terminasie van swangerskap het.

Bevinding(s)

Die bevinding is dat al die respondente by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging in algemene verpleegkunde (22%); algemene verpleegkunde en verloskunde (33%) en algemene verpleegkunde, verloskunde, psigiatrie en gemeenskapsverpleegkunde (45%) geregistreer is. Van die respondente het 16% aangetoon dat hulle ook die Manuele Vakuüm Aspirasie-kursus (MVA) voltooi het. Van die redes waarom respondente nie die MVA- kursus bygewoon het nie, sluit absolute redes in, soos dat die kursus nie aangebied word nie en meer relatiewe redes soos godsdiens, dat dit geneeshere se werk is, dat respondente nie vir die kursus genomineer was nie, dat hulle bloot nie die kursus wil doen nie en dies meer. Die persone wat wel die kursus bygewoon het, het redes aangevoer wat beslis tot doelwitbereiking kan bydra en toon 'n algemene positiewe gesindheid teenoor TVS. Dit sluit in redes soos kennis- en vaardigheiduitbreiding, holistiese sorg, dienslewering en bekamping van kriminele aborsie. Die bywoning van MVA-opleiding al dan nie, is statisties afhanklik van respondente se gevoelens met betrekking tot TVS (X^2 : $p < 0.05$, $df=1$).

Van die respondente het ook aangetoon dat hulle ander opleiding ondergaan het wat met aspekte van swangerskap en TVS verband hou. Insluitend: gesinsbeplanning (2%); pynbeheer (3%); sonar (3); waarde-uitklaring met berading (16%); mediese terminasie van swangerskap (3%); en regte van die kliënt (5%). Van die respondente het 66% nie sodanige verbandhoudende opleiding ondergaan nie.

Waarde-uitklaringssessies is deur slegs 42% van die respondente bygewoon. Die hoofredes vir die nie-bywoning van hierdie sessies, sluit in dat dit nie aangebied word nie (32%); nie genomineer word nie; nie van die sessies geweet het nie en “stel nie belang nie”, 16%.

Wat opleiding met betrekking tot berading betref, het 20% van die respondente aangetoon dat hul voldoende opleiding ontvang het; 12% onvoldoende en 68% het geen opleiding ontvang nie.

Indiensopleiding met betrekking tot TVS is slegs deur 11% van die respondente aangetoon as 'n deurlopende gebeurlikheid in die instansie waar hulle diens lewer.

Bespreking en gevolgtrekking

Daar was geen statistiese bewyse dat MVA-opleiding die verpleegkundiges se houdings teenoor, en ervarings van, terminasie van swangerskap beïnvloed nie. Beide die bywoning van die Manuele Vakuüm Aspirasie kursus-(MVA) en die verwerwing van die kwalifikasie mag, waar daar nie enige eksterne druk op verpleegkundiges uitgeoefen word nie, dui op 'n positiewe gesindheid met betrekking tot werk in die TVS-afdeling wat essensieel vir doelwitstelling is en doelwitbereiking in terme van King se teorie binne die TVS-afdeling. Die feit dat van die respondente aantoon dat dit “nie hulle werk is” om swangerskappe te termineer nie, mag enersyds dui op onwilligheid dog dit mag ook dui op nie duidelike afbakening van hierdie verpleegkundiges se bestek van praktyk binne die werksmilieu nie.

Respondente het 'n onaanvaarbare lae verbandhoudende opleidingsekord. Dit mag weer eens dui op aspekte wat doelwitbereiking binne die TVS-afdeling kan teenwerk. So is ook die lae bywoning van waarde-uitklaringssessies kommerwekkend aangesien waarde-uitklaring verpleegkundiges in staat stel om hulself in enige waardebelaaide situasies, soos terminasie van swangerskap, self te handhaaf en selfgeldend op te tree sonder om die kliënt se regte in te perk. Waarde-uitklaring is in die algemeen belangrik in doelwitbereiking binne die TVS-afdeling maar is pertinent van belang in die sluit van transaksies binne die Doelwitbereikingsteorie. Dit word ondersteun deur die bevinding dat 67% van die respondente wat die vraag beantwoord het, aangetoon het dat waarde-uitklaringssessies die hantering van TVS vergemaklik.

Berading kan as fundamenteel gesien word in die daarstelling van 'n verpleegkundige/kliënt verhouding en dus in sigself onontbeerlik is vir die daarstelling van 'n terapeutiese verhouding asook interaksies en transaksies. In kort, suksesvolle berading is fundamenteel tot doelwitbereiking ongeag die uitkoms van die beradingsessie.

Aanbeveling(s)

Omsigtigheid moet aan die dag gelê word by die nominasie van verpleegkundiges om die MVA- kursus by te woon. Dieselfde omsigtigheid en bereidwilligheid wat aan die dag gelê word om verpleegkundiges vir die TVS-afdeling te werf, moet ook vir nominasie vir bywoning van die MVA-kursus aan die dag gelê word. Verder behoort verpleegkundiges wat in 'n TVS-afdeling diens lewer, duidelike riglyne vir hulle praktyk te ontvang en behoort hulle ingelig 'n kontraktuele ooreenkoms met die instansie waar hulle diens lewer, te sluit.

Wat verbandhoudende opleiding asook waarde-uitklaringssessies betref, behoort verpleegkundiges aangemoedig te word, en behoort daar geleenthede vir hulle geskep te word om verbandhoudende opleidingskursusse by te woon. Veral in die lig van verpleegkundiges wat begeer om in ander afdelings as die TVS-afdeling werksaam te wees.

'n Georkestreerde poging moet aangewend word met betrekking tot opleiding in berading en indiensopleiding in die algemeen. Dit is die navorser se oorwoë mening dat die toekenning van voortgesette professionele krediete aan alle opleiding rakende TVS en verbandhoudende rigtings, so gou doenlik ingestel word. 'n Pro-keuse gesondheidsorgvoorsienersinisiatief moet aangemoedig word. Dit mag teweegbring dat meer verpleegkundiges die MVA-opleiding bywoon asook die mediese terminasie van swangerskap-kursus wat tans in die Wes-Kaap geïmplementeer word. Sien Bylae 4 vir besonderhede.

*6.3.1.3 Werksverrigting en werksbevreëdiging binne die TVS-afdeling**Doelwit wat gestel is*

Om die aard van TVS- afdelings te bepaal.

Om te bepaal of daar 'n assosiasie tussen respondente se persepsie van hul verhouding met kliënte en hul persepsies van hul werkverrigtings in die TVS-afdeling en ander konstrunkte binne die TVS-afdeling is.

Bevinding(s)

Die bevindings toon dat respondente in verskillende areas werk waar hulle met aspekte van terminasie van swangerskap betrokke raak. Die meeste respondente het aangetoon dat hulle in 'n 'n algemene ginekologiese saal diens lewer (37%). Hierna volg 14% wat in 'n spesiale TVS-afdeling binne 'n ginekologiese saal gewerk het en 11% wat in 'n gespesialiseerde TVS-afdeling gewerk het. Ongeag die werksomgewing blyk dit dat respondente voor plasing ingelig was oor die moontlikheid dat hul met TVS te doen sou kry in die loop van hul werksaamhede (45%). 71% Van die respondente het voor plasing

“geweet” hulle sal met TVS te doen kry. Van die respondente het 31.6% aangetoon dat hulle nieteenstaande die feit dat hulle geweet het hulle kon met TVS te doen kry, onder die indruk verkeer het dat die werk binne die afdeling deur spesiaal toegewysde kollegas gedoen sou word. Slegs 17% respondente het aangetoon dat hulle geensins hul werk in die afdeling waarin hulle gewerk het, geniet het nie, waarvoor die belangrikste rede was dat die werk teen respondente se beginsels ingedryf het (41%). Dit was te traumaties en het tot depressie gelei (21%). Hoofsaaklik omdat kliënte TVS as kontrasepsie gebruik het (17%).

Die respondente wat hul werk geniet het, het redes aangevoer soos dat hulle voel hulle lewer 'n diens aan die kliënt (74%) en aan die ongeborene (nooit geborene) (3%). Die res het ongespesifiseerde redes verskaf.

Van die respondente wat eerder in ander afdelings sou wou werk, het 41% aanverwante afdelings aangedui bv. ginekologie en onkologiese-ginekologie (12%) en voorgeboorte, kraam en na-geboorte afdelings (29%). Die res het diverse verpleegafdelings aangedui.

Soos in Tabel 5.36 aangetoon, was respondente oor die algemeen gemaklik met hulself in die TVS-afdeling. Hulle het nie gevoel dat hulle waardeloos is nie (84%); nie dat hulle minderwaardig voel nie (73%); ontmoedig voel nie (82%); of het nie die waarde van hul werk geminag nie (68%).

Daar is bevind dat daar 'n beduidende verband tussen respondente se persoonlike TVS-ervarings in werksafdelings was en hul verhoudings met kliënte asook hul werksverrigting in die afdeling is ($p < 0.001$).

Persoonlike persepsie van die verpleegkundige (respondent) van haar verhouding met die klient kan ook aanduidend van werksbevrediging wees. In die verband is daar 'n beduidende statistiese verband tussen respondente se persepsies van hul verhoudings met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling: respondente se persoonlike gevoelens ten opsigte van TVS (Spearman $r = -0.409$; $p < 0.000$); ondersteuning beskikbaar in die TVS-afdeling (Spearman $r = 0.335$; $p < 0.004$) en gevoelens ten opsigte van TVS (Spearman $r = 0.522$; $p < 0.000$ (par. 5.5.1.8.9).

Bespreking en gevolgtrekking

Alhoewel respondente kon antisipeer dat hul met TVS in die loop van hul werk te doen sou kry, het afdelingshoofde grootliks in gebreke gebly om hulle in die verband in te lig en het die ingeligtes ook 'n wan-persepsie gehad oor wie in die afdeling aan die hantering van kliënte toegewys is wat vir TVS tot die afdeling toegelaat is. Hierdie aspek betrek nie slegs die

persoonlike sisteem nie, maar ook aspekte wat verband hou met die interpersoonlike sisteem en die sosiale sisteem. Die grootste gevaar met betrekking tot doelwitbereiking, is die moontlike kulminerende negatiewe houdings indien verpleegkundiges voortdurend gekonfronteer word met dit wat vir hul nie moreel-eties aanvaarbaar is nie. Doelwitbereiking kan hier in die slag bly, nie sleg in soverre dit doelwitte rondom die kliënt en TVS aangaan nie, maar ook die professionele en werksbevredigingsdoelwitte wat die individuele verpleegkundige vir haarself in die vooruitsig gestel het. Dit betrek King se konsep van groei en ontwikkeling binne die persoonlike sisteem met spesiale verwysing na “ move from a potential for achievement to actualization of self” (George 2005:245). Dit is die navorser se mening dat doelwitbereiking beide instrumenteel tot hierdie “beweging” (move) is, asook dat die ontluiking van potensiaal deel uitmaak van doelwitbereiking en selfaktualisering, ook in die TVS-afdeling.

Die verband tussen respondente se ervaring van TVS en die konstrakte soos verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling; ondersteuning van persone (in die sosiale sisteem) wat insluit ondersteuning binne die TVS-afdeling, gevoel met betrekking tot werk in die TVS-afdeling en gevoelens met betrekking tot TVS is positief, hoewel die assosiasie nie baie sterk is nie. Dit is die navorser se mening dat hierdie bevinding 'n diffuse algemene positiewe verband tussen al drie die sisteme soos deur King bespreek, aantoon.

Aanbeveling(s)

Daar word aanbeveel dat verpleegkundiges werksaam in TVS-afdelings ten alle tye in voeling met hulself en hul gesindheid ten opsigte van die werk wat hulle doen, moet bly. Die beduidende verband tussen respondente se persepsies rakende hul werk en hul verhoudings met kliënte noop/noodzaak dit. Die vloeibaarheid van persepsies en ervaring van individue noop ook dat daar deurentyd op praktykgebeure gereflekteer moet word. Sodanige refleksiesessies behoort ook formeel aangebied te word waarbinne verpleegkundiges hul gevoelens kan lug (sien Tabel 6.1, voorgestelde ondersteuningsprogram).

Die bevindings van die huidige navorsing toon dat: respondente gelukkig is met die werk wat hulle doen (78%); hulle hul ware roeping gevind het in die werk wat hulle ten tye van die navorsing gedoen het (61%); hul huidige werk beeld hul ware persoonlikheid uit (73%); hul huidige werk verskaf ruimte vir persoonlike groei (59%); hul werk laat toe dat hul kreatiwiteit kan ontwikkel (56%); hulle deur hul werk die wêreld 'n beter plek maak (68%); hul werk hul motiveer (66%); hul werk hulle 'n gevoel van fisiese veiligheid en sekuriteit gee (57%) en

dat hul werk 'n uitdaging is (64%). Die respondente het nie saamgestem dat hulle werk met TVS hulle inspireer (72%) nie.

Die items wat “persoonlike ervaring met betrekking tot TVS” gemeet het, toon statisties beduidende assosiasie of verband met verhouding met kliënte aan in die afdeling en werksverrigting in die afdeling (Spearman $r=.363$; $p=.001$); ondersteuning van persone (in die interpersoonlike sisteem) (Spearman $r=.496$; $p=.000$); ondersteuning binne die TVS-afdeling (sosiale sisteem) (Spearman $r=.363$; $p=.002$); gevoelens met betrekking tot werk in die TVS-afdeling (Spearman $r=.413$; $p=.000$) en gevoelens ten opsigte van TVS (Spearman $r=.371$; $p=.001$).

Daar word aanbeveel dat daar met betrekking tot verpleegkundiges wat in TVS-afdelings diens lewer, daadwerklike pogings aangewend word om die verband tussen die geïllustreerde konstrunkte te versterk aangesien dit blyk dat daar 'n verband tussen hierdie konstrunkte bestaan. Interpersoonlike verhoudings binne en buite die werk behoort versterk te word. Die aanbevelings ten opsigte van ontlonting, berading en waarde-uitklarings, geld ook vir hierdie aanbeveling (sien Tabel 6.1).

6.3.1.4 *Stres en die hantering van stres*

Doelwit wat gestel is

Om die stresvlakke en streshantering van respondente te beskryf.

Bevinding(s)

Alhoewel King (George 2002:247) stres as deel van die interpersoonlike sisteem behandel, is stres 'n persoonlike ervaring en word hier as deel van die persoonlike sisteem bespreek. Wat op hierdie punt van belang is, is dat King (1981:96) stres as belangrik beskou met betrekking tot groei, ontwikkeling en prestasie of werkverrigting.

In ooreenstemming met respondente se algemene tevrede ervaring in die afdeling waarin hulle diens lewer, het respondente op slegs twee van die items wat met stres verband hou, aangetoon dat die volgende simptome ervaar word: algemene prikkelbaarheid (62%) en moegheid (43%). Van die respondente het 47% aangetoon dat hulle geensins depressie ervaar nie terwyl 40% soms; 10% dikwels en slegs 3% die meeste van die tyd depressief is.

Wat die hantering van stres betref, het respondente positief op die volgende geassosieerde streshanteringsmeganismes gerespondeer: die volg van 'n gebalanseerde dieet (83%); voldoende rus (82%); goed georganiseerde leefstyl (91%); bespreek stressors met ander (70%); en gereelde ontspanningsoefeninge (53%). Nieteenstaande die feit dat 70% van die

respondente aangetoon het dat hulle hul stressors met ander bespreek en 65% vind dat hul genoegsame ondersteuning van kollegas in die afdeling verkry, het hulle ook dikwels nie saamgestem dat die volgende deel uitmaak van hul stresshantering nie: ondersteuningsgroepe (79%); sielkundige/berader (88%); godsdienstige leiers (81%); raadpleeg 'n mentor binne die instansie waar werksaam is (72%).

'n Positiewe verband is tussen stresshanteringsaktiwiteite\meganismes en rotasie na ander afdelings\”time-out” bevind (Spearman $r=.456$, $p<0.000$). Daar is ook 'n assosiasie tussen stres en respondente se verhoudings met kliënte en werksverrigting in die afdeling (Spearman $r=.397$; $p=.000$)

Bespreking en gevolgtrekking

Die afleiding wat uit hierdie afdeling gemaak kan word as gevolg van die geringe verskil in respondente wat depressie ervaar en diegene wat nie depressie ervaar nie, mag dit moontlik wees dat dit ook moeilik vir verpleegkundiges\respondente is om die behoeftes van die self te identifiseer, daarom die geringe verskil. Respondente kan moontlik rotasie na ander afdelings\”time-out” as 'n meganisme\aktiwiteit van stresshantering beskou.

Aanbeveling(s)

Daar word aanbeveel dat, ofskoon die relatiewe stresvrye en depressievrye lewens van respondente (verpleegkundiges werksaam in TVS -afdelings), voorkomende optrede ter voorkoming van oormatige stres, tog geïmplementeer moet word. Daar word verder op grond van die statistiese bevindings aanbeveel dat vir persone wat nie ten volle gelukkig in die afdeling is nie, voorsiening gemaak moet word om ten minste na ander afdelings te kan roteer; dat die persone nie te lank ononderbroke in 'n TVS-afdeling sal werk nie. Gereelde ontloftingsessies vir hierdie persone word ook aanbeveel: die daarstelling van 'n sielkundige of terapeut wat die afdelings op 'n gereelde basis besoek (sien Tabel 6.1).

6.3.2 Interpersoonlike sisteem

Die oorkoepelende doelwit was om verpleegkundiges se persepsies van hoe hul houdings hul optrede teenoor kliënte wat terminasie van swangerskap ondergaan het, beïnvloed.

6.3.2.1 Ondersteuningstelsel beskikbaar aan verpleegkundiges binne die TVS opset

Doelwit wat gestel is

Om die sosiale ondersteuningstrukture wat binne die TVS-afdeling aan respondente (verpleegkundiges) beskikbaar is, te illustreer.

Bevinding(s)

Van die respondente het 78% aangetoon dat hulle hul ervarings in die TVS-afdeling met ander deel. Daar is deur 60% van die respondente aangedui dat groepsonderrig (peer learning) beskikbaar is vir die hantering van probleme, terwyl 60%, aangedui het dat verskillende opinies en waardes ten opsigte van terminasie van swangerskap in die afdeling verdra word. 75% Het aangedui dat daar by die werk oor morele probleme gepraat word, en 81% het aangedui hulle by die werk gereelde besprekings hou oor die werk wat hulle doen.

Daar is bevind dat daar 'n statisties beduidende verband tussen die sosiale ondersteuningstelsels is wat binne die TVS-afdeling beskikbaar is en as stresrehantering gebruik word (Spearman $r=.591$; $p<0.00$).

Wat ondersteuning buite die TVS-afdeling betref, het 26% respondente aangetoon dat hul die ondersteuning van afdelingsbestuurders "absoluut" geniet en 21% het die absolute ondersteuning van kollegas geniet. Die die respondente het verder aangedui dat hulle geen ondersteuning van die volgende persone ontvang nie: sielkundiges (70%); amptelike ondersteuningsgroepe (68%), familie en vriende (26%); eggenoot (29%) en godsdienstige leiers (56%).

Bespreking en gevolgtrekking

Oor die algemeen ervaar respondente min steun vanuit amptelike strukture buite die TVS-afdeling. Beide afdelingsbestuur en kollegas blyk nie 'n bron van ondersteuning vir respondente te wees nie, so ook nie sielkundige hulp of ondersteuning uit die geleedere van amptelike ondersteuningsgroepe nie. Dit blyk wel dat nabye sosiale ondersteuning deur die meeste respondente uit die geleedere van eggenote, vriende en familie ervaar word.

Aanbeveling(s)

Daar word aanbeveel dat, met betrekking tot amptelike ondersteuningstelsels, persone wat direkte lynbestuurders van persone wat in TVS-afdelings werk, is, formeel onderrig sal word in die ondersteuning van persone wat in TVS-afdelings werksaam is - dat dit 'n formele aspek van hierdie verpleegdiensbestuurders se posbeskrywings word, dat hulle in nouer verband met verpleegkundiges in TVS-afdelings moet werk. Ook dat hierdie persone formele opleiding in stresrehantering en konflikthantering moet ondergaan en die nodige oop kommunikasiekanale vir werknemers daarstel.

6.3.2.2 Kliëntberading

Berading binne die TVS-opset is essensieel in die daarstelling van 'n gesonde interpersoonlike sisteem wat deur interaksie, kommunikasie, transaksies en rolaanname

(George 2002:246; King 1981:59; King 1992: 20; Pearson et al 1996:150-151) en uiteindelijke doelwitbereiking gekenmerk moet word.

Doelwit wat gestel is

Om te bepaal of effektiewe kommunikasie as basis vir doelwitbereiking binne die TVS-afdeling gehandhaaf word.

Bevinding(s)

Die items wat oor kliëntberading gehandel het, dui aan dat respondente meesal met die stellings (items) saamgestem het soos dat konfidensialiteit gehandhaaf word (99%); besprekings van alle alternatiewe met betrekking tot die toekoms van die baba (86%); verduideliking van die prosedure (93%); die belangrikheid van toestemming (94%); die belangrikheid van post- terminasie van swangerskapkontrasepsie (94%); noodkontrasepsie (91%) en die belang van ondersteuning tuis (93%).

Wat beradingstegnieke betref, het die respondente meesal met die volgende items saamgestem naamlik: luister aandagtig na wat die kliënt sê (97%); ek erken die kliënt se gevoelens en kommer (99%); handhawing van stiltes om die kliënt geleentede te gee om vrae te vra (96%); die sessie nie te verhaas nie (91%); aanmoediging van die kliënt om vrae te vra (93%); verskaffing van duidelike antwoorde aan die kliënt (97%); vermyding van "waarom"- vrae (90%) en versekering aan kliënt dat gevoelens en vrae wat sy het, normaal onder die omstandighede is (96%).

'n Belangrike aspek van berading is suksesvolle kommunikasie. Respondente het die volgende kommunikasietegnieke gehandhaaf: sit op dieselfde vlak as die kliënt (91%); handhawing van oogkontak (96%); aanmoediging van die kliënt (95%); aandag aan die nie-verbale kommunikasie (96%) en let op stemtoon (97%).

Bespreking en gevolgtrekking

Respondente benut beradingsessie om *tyd* en *leer* soos deur King (1981:42-44) aangedui binne die kliënt as persoonlike sisteem te aktualiseer. *Tyd* binne die kliënt as persoonlike sisteem verteenwoordig die hede of huidige situasie asook die toekoms van die baba en die TVS-nasorg en voorkoming wat die kliënt moet toepas. Alhoewel die huidige navorsing nie die aspek pertinent getoets het nie, kan daar aanvaar word dat die moontlikheid van die sluiting van rapport verhoog word en die verlaging van kliëntstres deur die wyse waarop beradingsessies benut word, verlaag word. Al hierdie aspekte kan net positief bydra, en die milieu skep waarbinne transaksies ter gemeenskaplik-gestelde doelwitbereiking gesluit kan word. Kommunikasie as basis tot doelwitbereiking binne die TVS-afdeling bestaan dus wel.

Aanbeveling(s)

Alhoewel die meeste respondente aangetoon het dat berading produktief gebruik word, moet die items waarop respondente gereageer het, deurentyd by verpleegkundiges beklemtoon word deur byvoorbeeld indiensopleiding, afdeling-bestuursvergaderings en dies meer.

6.3.2.3 Die agting vir TVS-kliënte

Alhoewel berading as interpersoonlike interaksie en die daarstelling van 'n interpersoonlike sisteem tydens terminasie van swangerskap bewerkstellig, is die kwaliteit van die milieu wat die verpleegkundige skep, ook van besondere belang. Die verpleegkundige moet pertinent voorsiening maak vir die kliënt as persoonlike sisteem ten einde die interpersoonlike sisteem te laat kristalliseer en om die sisteem se volle potensiaal uit te bou. Die wyse waarop kliënte dus behandel word, is van belang, of dan, in die geval van die huidige navorsing, die persepsie van die respondent as verpleegkundige van die milieu wat sy skep asook haar vertroue in die milieu wat sy daarstel.

Doelwit wat gestel is

Om respondente se persepsie te eksplorieer met betrekking tot die "interseksie" van die verpleegkundige en die kliënte as persoonlike sisteme (die daarstelling van 'n interpersoonlike sisteem).

Bevinding(s)

Respondente het gevoel dat hulle: belangstelling in kliënte se situasie toon (96%); kliënte bemagtig (92%); inligting gee wat op die vlak van die kliënte is (99%); voldoende tyd aan kliënte afstaan (88%); die gevolge wat die prosedure vir kliënt kan hê, ingedagte hou (82%). Respondente was ook van mening dat: kliënte respondente se verpleegsorg vertrou (100%); dat kliënte respondente vertrou (99%); en kliënte sal respondente se diens aan ander aanbeveel (89%). Van die respondente (44%) het egter gevoel dat hul verpleegsorg meer klinies en prosedure gefokus is as wat dit mens/persoon gefokus is.

Bespreking en gevolgtrekking

Dit blyk uit die resultate dat daar 'n oopheid tydens die uitruil van inligting tussen kliënt en respondent is en dat gesamentlike ooreenkoms oor die uitkoms van die interaktiewe doel vanuit die respondent se perspektief wel bereik word wat beteken dat 'n houding van sorgsaamheid, respek en belangstelling wel bestaan. Die feit dat 44% egter hul diens as meer klinies- en prosedure-gerig beskou as wat dit persoongerig is, kan tot gevolg hê dat die interpersoonlike sisteem nie ten volle tot doelwitbereiking benut word nie. Aspekte van die

interpersoonlike sisteem soos deur George (2002:247) en King (1981:97-99) aangedui wat skade kan ly, is kommunikasie, transaksie, interaksie, rol-definering en rolvervulling wat verder tot onnodige, en ongesonde, stres aan die kant van die kliënt kan ontwikkel. Sorgsaamheidverhoudings in verpleging in die algemeen en in TVS-afdelings in die besonder is uiters sensitief. Vertroue wat kliënte in verpleegkundiges stel, kan maklik geskaad word.

Aanbeveling(s)

In 'n poging om verpleegkundiges se werksaamhede in die TVS-afdeling en hul outentieke aard, uitwaartse beeld en positiewe persepsies van kliënte in lyn te bring, word daar aanbeveel dat alle indiensopleiding en toesighouding daarop fokus om verpleegkundiges bedag te maak op wat hulle doen en wat hulle sê, dat hul verbale- en nie-verbale kommunikasie altyd ooreen moet stem.

6.3.2.4 Respondente se siening van (verhouding met) die fetus.

Doelwit wat gestel is

Om verpleegkundiges (respondente) se siening van die status van die fetus te ontleed.

Bevinding(s)

Van die respondente het 31% die fetus as net "potensiële" mens gesien. Die respondente het **nie** saamgestem met die volgende items nie: die fetus het nie 'n siel nie (of potensiële lewe na die dood nie) (81%); die fetus sal eers 'n persoon wees na geboorte (81%); die fetus raak 'n persoon net as verhoudings eers met ander gevorm word (75%); die fetus kan nie pyn voel nie (75%); die fetus teer soos 'n parasiet op die moeder (82%); die fetus is nog nie 'n mens nie (78%); die fetus kan nie gesien word as "lewe" en "leef" nie (85%) en die onsekerheid om geboorte te oorleef, maak terminasie van swangerskap meer aanvaarbaar (81%).

Die afleiding kan gemaak word dat die fetus deur die meeste respondente as 'n persoon gesien word (par.3.6.2), en dat die fetus as lewend gesien word. Verder, soos aangetoon in Tabel 5.44, is daar statistiese beduidendheid tussen respondente se siening van die fetus en hul gevoelens ten opsigte van TVS (5.5.1.13.) (Spearman $r=0.361$; $p<0.002$).

Bespreking en gevolgtrekking

Die afleiding word gemaak dat die fetus deur die meeste respondente as 'n lewende persoon gesien word; dat daar oorheersend 'n pro-lewe (par. 1.4) persepsie van die fetus is (par 3.6.2) en dat hierdie siening verband hou met hul gevoelens met betrekking tot TVS. Die Suid-Afrikaanse Grondwet beskou nie die fetus as 'n wetlike persoon nie en die reg van

die swanger vrou om haar liggaam te reguleer, word nie beperk nie (McQuoid-Mason & Dada 2009:133; O`Sullivan 2003:3). Respondente se pro-lewe perspektief mag hulle dus in konflik met Die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, (Wet no. 92 van 1996) soos gewysig, bring, dog soos in die verduideliking wat volg aangaande respondente se siening(s) van die Wet, aanvaar die meeste respondente die bepalings van die wet. Die diskrepansie tussen respondente (verpleegkundiges) se siening(s) van die status van die fetus as mens en as "lewe" (om watter oortuiging ook al) en die negerende retoriek van die Wet, het besliste morele en etiese konflikpotensiaal.

Aanbeveling(s)

Die moontlikheid van 'n diskrepansie tussen verpleegkundiges se persepsie(s) van die fetus as 'n lewende wese of persoon, moet ten alle tye deur verpleegkundiges self asook deur bestuur in gedagte gehou word. Die mees logiese aanbeveling sou wees om persone wie se oortuigings sterk pro-lewe (die lewe van die fetus) georiënteer is, nie tot die TVS-afdelings toe te laat nie. Waar dit nie altyd moontlik is nie, mag opleiding soos waarde- uitklaring en berading, van nut wees. Dit word egter sterk aanbeveel dat geen van hierdie opleidingsessies daarop gemik moet wees om verpleegkundiges se waardestelsel te verander nie; ook nie om hierdie persone subtiel te indoktrineer nie, maar dat die verpligtinge van die Suid-Afrikaanse verpleegkundige ten opsigte van kliëntesorg soos in die etiese riglyne uiteengesit wat deur die SARV daargestel is, (Dept. of Health Western Cape, H56/2003) beklemtoon word.

6.3.3 Sosiale sisteem

Volgens King (George 2005:247) kan 'n sosiale sisteem gedefinieer word as "... an structured large group in a system that includes the roles, behaviors, and practices defined by the system for the purpose of sustaining desirable attributes and for creating methods to maintain the practices and rules of the system" en word gevolgtrekkings en aanbevelings ondersteun deur bevindings met betrekking tot wetgewing ten opsigte van terminasie van swangerskap, die Verpleegsters Diens Gelofte, die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging en aspekte wat met werkgewerbeleid verband hou.

Die oorkoepelende doelwit was om die mate waartoe die persoonlike sisteem (verpleegkundiges/respondente) met die stipulasies van komponente van die sosiale sisteem (die KOBW-Wet, SARV regulasies, Verpleegsters Diens Gelofte en beleid binne die instansies waarin hulle werksaam is) saam stem.

6.3.3.1 *Wetgewing*

Bevinding(s)

Die respondente het meesal met die bepalings van die KOBS-Wet saamgestem en aangetoon dat swangerskap beëindig kan word op versoek van die vrou gedurende die eerste 12 weke van swangerskap (79%); indien die swangerskap uit 'n verkragting ontstaan het (73%); as die swangerskap uit bloedskande ontstaan het (84%); as die voortgesette swangerskap fisies of psigies nadelig vir die vrou is (93%); as daar 'n wesentliche gevaar bestaan dat die fetus aan 'n erge liggaamlike- of geestes-abnormaliteit sal ly (92%); as die swangerskap die lewe van die swanger vrou in gevaar sal stel; (91%); en/of as die voortgesette swangerskap 'n erge misvorming van die fetus sal veroorsaak (93%).

Bevindings met betrekking tot die KOBS-Wet toon ook aspekte aan wat op die persoonlike sisteem van die swanger vrou betrekking het en die verpleegkundige se betrokkenheid hierby betrek dan die interpersoonlike sisteem. Wat van belang is in dié geval, is dat 83% respondente aangetoon het dat nie-verpligte berading voor en na die TVS voorsien moet; dat berading voor die TVS nie-voorskriftelik moet wees nie (66%); dat terminasie van swangerskap kan plaasvind met die ingeligte toestemming van die swanger vrou alleenlik (85%); en as 'n minderjarige nie verkies om 'n ouer/familielid/vriend te raadpleeg nie, mag die TVS nie geweier word nie (62%).

Van die respondente het 49% aangetoon dat ekonomiese oorwegings as rede vir 'n versoek om TVS oorweeg kan word.

Bespreking en gevolgtrekking

Wat die stipulasies van die KOBS-Wet betref, stem respondente in die algemeen daarmee saam. Tog het 58.7% respondente (Tabel 5.38) gevoel dat die KOBS-Wet nie die kollektiewe gewete van die Suid-Afrikaanse bevolking weerspieël nie.

Wat die bepalings van die Wet met betrekking tot die reg tot TVS en die interpersoonlike sisteem betref, blyk dit dat ingeligte toestemming tot TVS soos deur die Nasionale Wet op Gesondheid (Wet no 61 van 2003) en die Kinderwet, (No 38 van 2005), soos gewysig, nie deur alle respondente ondersteun word nie. Die Wet laat ondermeer toe dat persone so oud soos 12 jaar toestemming tot TVS mag gee sonder die medewete van ouers of voogde (McQuoid-Mason, Dada 2009:1).

Aanbeveling(s)

Die relatief beperkte ondersteuning van die huidige meer permissiewe wetgewing met betrekking tot ingeligte toestemming tot medies en chirurgiese ingrepe, noop/noodsaak voortgesette onderrig met betrekking tot bepalinge in die verband, soos dit in verskeie verbandhoudende wetgewing verskyn. Die rasionaal agter hierdie wetgewing moet aan verpleegkundiges in TVS- afdelings uitgewys word en die probleme rondom die stel van ekonomiese oorwegings vir die toelaat van TVS, moet indringend bepreek word.

*6.3.3.2 Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging as sosiale sisteem.**Bevinding(s)*

Respondente het deurgaans ondersteuning getoon vir die professionele en praktykryglyne wat deur die SARV gestel word soos wat dit van toepassing is op TVS (Dept. of Health Western Cape, H56/2003). So het 93% respondente aangetoon dat verpleegsorg (beraming, beplanning, implementasie, monitering en evaluasie) voorsien moet word; 92% dat basiese bystand met daaglikse aktiwiteite verleen moet word; 93% dat emosionele, fisiese en psigologiese ondersteuning voorsien moet word; 95% dat voorgeskrewe medikasie voorsien moet word; 99% dat gemak verskaf moet word en pyn verlig moet word; 97% dat indien die vrou se lewe in gevaar is, noodbehandeling nie geweier mag word nie; 99% dat 'n vrou wat 'n TVS versoek, inligting moet ontvang ten opsigte van TVS en 99% dat toepaslike verwysing ten opsigte van TVS moet plaasvind wanneer nodig.

Wat die respondente se persepsies van hul regte betref, het respondente aangetoon dat verpleegkundiges: mag weier om deel te neem aan die uitvoering van 'n TVS (80%); beswaar mag maak teen die verwydering en wegdoen van die uitgewerpte produkte van konsepie (70%); die werkgewer skriftelik in kennis mag stel van sy/haar weiering (teenkanting) om 'n TVS uit te voer (82%). 'n Verdere bestuursaspek wat aan die lig gekom het, is dat slegs sowat die helfte (51%) van die respondente aangetoon het dat hulle deur hul werkgewer ingelig was ten opsigte van hul reg tot gewetensbeswaar met betrekking tot TVS.

In hierdie afdeling het 78% respondente aangedui dat hulle van opinie is dat 'n afskrif van 'n teenkantingsbrief in hul amptelike personeelrekord as bewys van gewetensbeswaar geopper, gehou sal word.

Bespreking en gevolgtrekking

Die nakoming van praktykryglyne soos deur die SARV gestel, toon dat "verpleging" as sulks binne die TVS-afdeling geskied. Wat die bevindings ten opsigte van regte betref, is dit nie

duidelik of respondente nie saamstem met die reg as sulks nie en of dit 'n kwessie is dat die individuele reg nie in die praktyk gehandhaaf word nie. Die feit dat slegs 51% respondente deur hul werkgewer(s) ingelig was ten opsigte van hul reg tot gewetensbeswaar met betrekking tot TVS, is onaanvaarbaar. Die aspek mag dalk ook verband hou met die relatief beperkte aantal (70%) respondente wat aangetoon het dat hulle beswaar mag maak teen die verwydering en wegdoen van die uitgewerpte produkte van konsepsie (70%).

Aanbeveling(s)

Daar word aanbeveel dat daar in geen onduidelike terme kontraktuele ooreenkomste met verpleegkundiges wat in TVS-afdelings diens lewer, gesluit word nie. Daarin moet die regte van verpleegkundiges wat in TVS-afdelings werk, soos uiteengesit deur die SARV, vervat wees. Sodanige kontrakte moet ook duidelik die instansie se verwagting met betrekking tot die verpleegkundige se regte insluit.

6.3.3.3 Die Verpleegsters Diens Geloofte

Die Verpleegsters Diens Geloofte word hier as onderafdeling van die sosiale sisteem bespreek, omrede oortreding op die gebied van die stimulasies van hierdie Geloofte professionele sanksionering kan inhou. Die Geloofte word ook as 'n "ekstern" tot die individue gegee alhoewel die innerlike oortuiging by die aflê van hierdie Geloofte intra personaal is (persoonlike sisteem).

Bevindings

Die items wat hierdie konstruk gemeet het, het stellings bevat wat teenstrydig met die stellings van die Verpleegsters Diens Geloofte is. Die respondente het nie met hierdie stellings saamgestem nie. Respondente het dus in effek aangedui dat: hulle respek vir menslike lewe het (83%); kliënte se gesondheid in totaliteit belangrik is (93%); om betrokke te wees by TVS skaad nie die beginsels van die Verpleegsters Diens Geloofte nie (89%); die ras van die kliënt beïnvloed nie respondente se persepsie(s) van die individue wat TVS versoek nie (89%) en kliënte se gesondheidsdoelwitte is nie teenstrydig met professionele doelwitte nie (73%).

Bespreking en gevolgtrekking

Terwyl laasgenoemde item duidelik voorsiening maak vir doelwitbereiking, dui die bevindings ook daarop dat respondente voel dat hulle die Suid-Afrikaanse Verpleegsters Diens Geloofte gestand doen met die diens wat hulle in TVS-afdelings lewer. Die Grondwet beskou nie die fetus as 'n wetlike persoon nie en die reg van die swanger vrou om haar liggaam te reguleer, word nie beperk nie (O'Sullivan 2003:3). Dit blyk dat die self-

interpretasie van fetale reg tot lewe ten opsigte van persoonlike oortuigings (par.3.7.1.1), nie werklik tot 'n intrapersoonlike tweestryd lei vir hierdie respondent nie en dat die belofte tot bewaring van lewe en daarteenoor die terminasie van swangerskap en hierdie aanspreeklikheid tot die formele organisasie en professionele aanspreeklikheid en persoonlike\gewete aanspreeklikheid nie werklik tot potensiële konflik lei nie (King 1981:120).

Aanbeveling(s)

Daar word aanbeveel dat die Verpleegsters Diens Gelofte binne die TVS- afdelings gestand gedoen word deurdat missie- en visie-stellings van die instansies wat TVS-dienste lewer, so bewoord word dat dit voorsiening maak vir hierdie eerbare onderneming (eed) van die verpleegkundige. Daar word ook aanbeveel dat waar 'n TVS-afdeling as onderafdeling van 'n ginekologiese afdeling bedryf word, of waar sodanige dienste binne 'n algemene gesondheidsfasiliteit bedryf word, verpleegkundiges wat nie by TVS betrokke is nie, ingelig word op watter wyse die diens wat gelewer word, wel die Verpleegsters Diens Gelofte gestanddoen.

6.3.3.4 Respondente en hul werkgewers

Respondente se siening(s) van die werkgewer en die instansie waar hulle as 'n sosiale sisteem diens lewer, word onder een doelwit bespreek alhoewel bevindings, besprekings en aanbevelings ten opsigte van 'n aantal onderafdelings gegee word

6.3.3.4.1 Respondente se oorkoepelende siening(s) van die instansie

Bevinding(s)

Die bevinding van hierdie studie is dat: 85% van die respondente vind dat die instansie se filosofie en missie TVS akkommodeer; 77% glo dat die instansie die reg het om 'n keuse te maak ten opsigte van die beskikbaarheid van TVS-dienste; 82% is van mening dat die instansie die bepalinge van die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, (Wet no. 92 van 1996) soos gewysig, nakom; 66% van mening is dat wetgewing en wetgewende bepalinge binne die instansie bo persoonlike moraliteit verhef word; 82% meen dat met negatiewe gedrag ten opsigte van TVS deur bestuur\sisteem se etiese kode gehandel word; 89% van mening is dat positiewe houdings ten opsigte van kliënte en medewerkers ingesluit is in die instansie se etiese kodes; 62% reken bestuur erken wel hul persoonlike etiek; en 53% het gevoel dat hul regte nie van minder belang as masiete regte deur bestuur gereken word nie.

Daar is ook bevind dat daar 'n statistiese beduidendheid tussen respondente se siening van die instansie waar hul werksaam is en hul verhouding met kliënte en werkverrigting in die TVS- afdeling is (Spearman $r=0.378$; $p<.001$) (par. 5.5.1.8.9); hul houding teenoor die kliënt (Spearman $r=0.358$; $p<.002$) (par. 5.5.1.10) .

Bespreking en gevolgtrekking

Dit blyk dat respondente tevrede is met bestuur in die algemeen, en met hul posisies binne die instelling. Die gevolgtrekking wat gemaak word, is dat die milieu binne die instansies bevorderlik blyk te wees vir die daarstelling van gesonde interpersoonlike sisteme en dus ook vir die daarstelling van die moontlikheid van die sluit van transaksies en deelname aan interaksies wat tot die bereiking van die doelstellings van die instansie, die kliënt en die respondent (verpleegkundige) sal wees. Hierdie mate van geborgenheid mag bydraend wees tot respondente se verhouding met en houding teenoor kliënte. Dit kan ook 'n aspek van werksbevrediging aandui. Hierdie positiewe ingesteldheid laat egter steeds ruimte vir verbetering deur bv. gereelde vergaderings\inligtingsessies, ingestelde ondersteuningsfasiliteite en bykomende vergoeding\beloning (sien tabel 6.1 vir voorgestelde ondersteunings program).

Aanbeveling(s)

Instansies behoort verpleegkundiges wat in TVS-afdelings werk, voortdurend en stelselmatig aangaande beleid ingelig te hou, en veral beleid met betrekking tot alle partye betrokke by TVS. Indiensopleidingsprogramme, visie- en missie-stellings wat opsigtelik is en wat stiptelik nagekom word, moet sigbaar in afdelings vertoon word.

6.3.3.4.2 Ondersteuning beskikbaar binne afdelings

Bevinding(s)

Die respondente het aangetoon dat afdelingsbestuur: positiewe houdings en gedrag ten opsigte van TVS- diens toon (54%); samewerking en spanwerk bevorder (78%); die belangrikheid van sy\haar ondersteuning van die personeellede besef (73%); personeellede aangemoedig word om ontladingsessies by te woon (52%). Respondente (66%) het ook aangedui, in ooreenstemming met die ondersteuning wat hulle van afdelingsbestuur ontvang, dat die opsie om tussen afdelings te roteer, ook beskikbaar is (par 3.5.2.2)

Op die meer persoonlike vlak het respondente gevoel dat: afdelingsbestuurder praat nie met hulle op 'n daaglikse basis oor hul welstand en gevoelens nie (67%); TVS-voorsieners word nie optimaal gebruik nie (55%); positiewe pro-keuse gesondheidsorg-voorsienersinisiatief word nie bevorder nie (53%); goeie TVS-praktyke en dienslewering word nie erken en

beloon nie (62%); ontladingsessies is nie gereadig beskikbaar nie (60%); bestuur gee nie om vir die individu as lid van die TVS-afdeling nie (51%).

Besprekings en gevolgtrekkings

Die positiewe siening van die instelling word ook weerspieël in die siening van ondersteuning wat binne die TVS-afdeling bestaan.

Volgens resultate in paragrawe. 5.5.1.8.4 (Tabel 5.22A); 5.5.1.9.2 (Tabel 5.34); 5.6.1.1 (Tabel 5.39) en 5.6.1.2 (Tabel 5.43) het die respondente of 'n behoefte aan ontladingsessies, of wou die respondente nie ondersteuningsessies by nie, of daar is geen beradingsessies beskikbaar nie. Asook ondersteuningsessies is nie beskikbaar nie, maar in hierdie afdeling blyk dit dat die respondente aangemoedig word om ontladingsessies by te wou en deelnemende bestuur word in hierdie afdeling toegelaat (58%).

Aanbeveling(s)

Daar word aanbeveel dat bestuur van instansies wat TVS -dienste aanbied, bedag sal wees op die persepsies van verpleegkundiges in hierdie afdelings wat mag voel dat hulle bloot daar is om die doelstelling van die instelling te help bereik terwyl hul eie doelstellings negeer word. Dit is van belang dat 'n organisasie van leer- "Learning Organisation" daargestel word wat aspekte insluit soos oop-kommunikasiekanale, spanwerk, bemaagtiging, innovasie en verandering, gesamentlike visie, leergeleendhede, werksbevreeding ensovoorts (Robbins et al 2004: 416-420). Deelnemende bestuurspraktyke word dus sterk aanbeveel (sien Tabel 6.1 ten opsigte van bestuursondersteuning) .

6.3.3.4.3 Verwagte ondersteuning van bestuur

Bevinding(s)

Die meeste van die respondente (36%) het aangetoon dat daar 'n behoefte aan ontladingsessies is. Ander beduidende verwagtings was: 16% het indiensopleiding aanbeveel vir beide hulself en bestuur, 18% het groter betrokkenheid van bestuur bepleit en 11% het aangetoon dat hulle genoegsame ondersteuning van bestuur kry.

Bespreking en gevolgtrekking

Min (45%) respondente het die oopvraag beantwoord en van die antwoorde wat gegee is, het baie met items ooreengestem wat in die vorige afdeling van die vraelys ingesluit is. Dit wil voorkom dat respondente 'n besondere behoefte aan betrokkenheid van ander by hulle en hulle "omstandighede" het – dat daar aan hul persoon/menswees erkenning gegee sal word.

Aanbeveling(s)

Daar word aanbeveel dat bestuur die volgende ondersteuningsaspekte ingedagte kan hou met betrekking tot verpleegkundiges werksaam in TVS-afdelings:

- Personeel moet optimaal benut word.
- Personeelplasing moet deeglik oordink en met die personeel bespreek word.
- Oriëntasie van personeel en indiensopleiding voor plasing, is belangrik in TVS-afdelings, veral waarde-uitklaringswerkswinkels.
- Inkorporering van personeelrotasie of “time out” om personeel tydelik van stresvolle omstandighede te distansieer.
- Handhawing van personeel konfidensialiteit.
- Daaglikse belangstelling in die verpleegkundiges se omstandighede (sien daaglikse kort vergaderings) mag van hulp wees.
- Erkenning gee en toon vir verpleegkundiges se daaglikse werk.
- Opleiding van bestuur, meer sensitiwiteit vir die omstandighede van TVS.

6.3.3.4.4 Hantering van litigasie

Bevinding(s)

Van die 73 respondente wat hierdie vraag beantwoord het, was slegs 4 (6%) voorheen betrokke by wetlike- litigasie-aangeleenthede soos dit met TVS verband hou. Al vier die respondente het in mindere of meerdere mate ondersteuning van bestuur tydens die litigasieproses ontvang. Met betrekking tot die vertrouwe wat respondente in bestuur het om hulle tydens litigasie by te staan, het 20% van die respondente aangetoon dat hulle bestuur geensins vertrou nie. Die redes vir die negatiewe persepsie was dat bestuur net vir hulself omgee (25%); dat daar net na kliënte, nie na verpleegkundiges nie, omgesien word (19%); dat bestuur bloot nie genoeg ondersteuning verskaf nie (13%) en dat bestuur nie “nice” is nie (1, 6%). Verder het 38% “ander” aangedui waaronder aspekte soos die volgende genoem is:

- Dit hang af van die wetlike aksies van die verpleegkundige, waar sy gefouteer het.
- Bestuur is nie altyd oortuig dat TVS nodig is nie.
- Weet nie of daar ondersteuning van bestuur beskikbaar sal wees nie.
- Kan bestuur nie vertrou nie, sien dit in hul optrede.
- Verpleegkundiges is verantwoordelik vir eie wetlike aangeleenthede en kan nie op bestuur staatmaak nie.

Bespreking en gevolgtrekking

Die meeste van die respondente het aangetoon dat hulle wel vertrouwe vir ondersteuning in bestuur het tydens litigasie-aangeleenthede. Tog is daar respondente wat voel dat bestuur

hul nie sal ondersteun nie. Die 4 respondente wat wel by litigasie-aangeleenthede betrokke was, het in 'n mindere of meerdere mate ondersteuning van bestuur gekry.

Aanbeveling(s)

Daar word aanbeveel dat bestuur tog die belang van 'n vertrouensverhouding en ondersteunende houding vir verpleegkundiges daar moet stel. Gevolglik sal verpleegkundiges meer vertrou in bestuur stel en in 'n meer kameraadskaplike ondersteunende omgewing werk, omdat litigasie-aangeleenthede die bekommernis van elke verpleegkundige is.

6.3.4 Samevattende aanbeveling

Aanbevelings vir hierdie studie sluit dan die volgende in (sien ook Tabel 6.1 vir voorgestelde ondersteuningsprogram):

Gesondheidsorgdienste/owerhede (sosiale sisteem) moet die verpleegkundige se persepsies (persoonlike sisteem) en die verpleegkundige as intrapersoonlike sisteem (interpersoonlike sisteem) vir hierdie studie verteenwoordig, deel van die perseptuele veld van die verpleegkundige (respondent) binne die terminasie van swangerskap met betrekking tot TVS binne hierdie sisteem erken. Deur hierdie persepsies te erken, kan daar omgesien word na die omstandighede waaronder hierdie verpleegkundiges funksioneer om sodoende gehalte verpleegsorg te verseker. Dit is ook van belang dat alle aspekte van kwaliteitsorg beklemtoon word (Report 2002: 21; WHO 2010).

Dit is van belang dat daar na die psigologiese behoeftes van verpleegkundiges werksaam in TVS- afdelings, omgesien word. Berading en ondersteuning aan hierdie personeel is belangrik (WHO 2010). Hierdie ondersteuningsprogramme moet van so 'n aard wees dat dit voornemende TVS-verpleegkundiges aantrek en bestaande TVS-verpleegkundiges behou (WHO 2010). Gereelde sessies\vergaderings, met kort vergaderings op 'n daaglikse basis, met verpleegkundiges werksaam in TVS- afdelings te hou, sodoende kan dankbaarheid en erkenning vir hul werk gelewer, getoon word. Daaglikse probleme kan so uitsorteer word. Voorts kan 'n mentor of makkerhulp\buddy-sisteem belangrike ondersteuningsmeganismes wees (Tabel 6.1).

Waarde-uitklaringswerkswinkels is van belang (WHO 2010) en moet ten minste kwartaalliks aangebied word , hetsy permanent of tydelik, ingesluit bestuur op al vlakke, werksaam in TVS- afdelings. Die belang van opvolgwerkswinkels moet ook beklemtoon word. Daar moet deeglik gekyk word na die inhoud van hierdie werkswinkels sodat alle kwelpunte in die TVS-afdelings aangespreek word, byvoorbeeld:

- Wetlike- en etiese-aspekte (Report 2002:21)
- die regte van die verpleegkundige ten opsigte van gewetensbeswaar

- ondersteuningsstelsel en programme
- kennis en begrip vir die KOBW-Wet (WHO 2010).

Indiensopleiding vir verpleegkundiges in die Wes-Kaap moet opgeskerp word en vir diegene in bestuursposisies. Daar moet veral gekyk word na die insluit van terminasie van swangerskap in voorgraadse kurrikula sodat aspirant-verpleegkundiges voorbereid op terminasie van swangerskap (Report 2002:21; Smit 2008; Xaba 2002:20) kan wees.

Pro-keuse gesondheidsorg-voorsiensinisiatief moet aangemoedig word, dit mag bydra dat meer verpleegkundiges die MVA-opleiding bywoon asook die mediese terminasie van swangerskap wat tans in die Wes-Kaap sedert Augustus 2011 geïmplementeer word (Khaki 2012; Bylae 4). Dit bring mee dat 'n wyer keuse van terminasie van swangerskapmetodes aangebied word wat vir die verskaffers moontlik beter kan wees en indirek word kliënt-sorg so verbeter (soos in paragraaf 3.5.2.2.bespreek). Dit kan meebring dat verpleegkundiges 'n keuse kan maak ten opsigte van die metode van swangerskap terminering waarmee sy meer gemaklik voel.

Verpleegpersoneelgetalle in hierdie TVS- afdelings sal moet toeneem. Dit is ook van belang dat gemeenskaplike groep (pool) van TVS-voorsiensers geskep word om verligting te bring (Report 2002:21).

Bestuur sal die gewoonte moet aankweek om erkenning aan personeel se harde werk te toon.

Die Departement van Gesondheid sal strukture daar moet stel vir bykomende beloning of skaarsvaardighede-toelae, vir verpleegkundiges werksaam met TVS- kliënte (Report 2002:22; WHO 2010).

Die maak van persoonlike keuses ten tye van plasing in gesondheidsorgafdelings vir verpleegkundiges, is van belang vir gehalte kliënte\pasiënte sorg.

Dit blyk uit bogenoemde dat sedert 2002, 2010 en ten tye toe hierdie studie uitgevoer is, daar nie veel gedoen is aan vorige aanbevelings van studies nie, want dieselfde aangeleenthede kom nog steeds voor. Gedurende 2003 is die Nasionale Strategiese Plan vir die implementering van die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskappe Nr. 92 van 1996 (Suid-Afrika 1996 soos gewysig) bekend gemaak met die tien sleutelstrategieë, wat onder andere die volgende aspekte insluit, wat ook van toepassing op die uitslag van hierdie studie is:

- voorsien 'n behulp same, ondersteunende, veilige omgewing en infrastruktuur, gelyke toegang en toepaslike dienslewering van goeie kwaliteit TVS-dienste
- voorsiening van voldoende bronne (bv. personeel\verskaffers, opleiding, finansiële ondersteuning) om aan nasionale TVS-behoefte te voldoen
- ondersteun gesondheidsorgpersoneel ten tye van voorsiening van TVS-dienste
- hoofstroom TVS -opleiding, vorm deel van die voorgraadse verpleegkurrikula
- opsigtelike leierskap landwyd met betrekking tot TVS (Department of Health 2003:11-12).

Dit blyk dat daar ook nie aan hierdie plan se vereiste voldoen word nie, soos in hierdie navorsing gevind is. Die navorser kan net hoop dat daar wel na hierdie aspekte in die Wes-Kaap na bekendstelling van hierdie navorsing, omgesien sal word.

6.3.5 Aanbevelings vir verdere navorsing.

Met betrekking tot verdere navorsing behoort aandag aan die volgende aspekte gegee te word:

- Die insluiting van terminasie van swangerskap in verpleegkurrikula ten einde verpleegstudente te laat fokus op hierdie belangrike aspek en om so indirek verpleegsorg te verbeter.
- Kwalitatiewe navorsing om in-diepte insig te ontwikkel in die beleefde ervaring van verpleegkundiges wat in terminasie van swangerskapafdelings werk asook die behoeftes wat hierdie verpleegkundiges binne hierdie afdelings het.
- Die daarstelling van 'n makkerhulp (buddy system) of 'n mentor vir verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskapafdelings.

Table 6.1: Voorgestelde ondersteuningsprogram vir verpleegkundiges werksaam in TVS-afdelings

In die TVS-afdeling vir die verpleegkundige	Ontlading- ondersteuningsessies	Bestuur	
Hou daaglikse kort (10 minute) -“green area meetings”-teruvoeringsessies met afdelingsbestuurder, tydens aandiens- en afdienstye.	Maandelikse Ontladingssessies\Ondersteuningsessies. Tydsduur van die sessie kan deur die verpleegkundiges bepaal word.	Ondersteuningsaspekte wat betuur in gedagte kan hou ten opsigte van verpleegkundiges werksaam in TVS-afdelings: Personeel moet optimaal benut word, ses maandelikse	Departement van Gesondheid. Bykomende belonings\skaarsvaardighede-toelaag vir diegene

<p>Hierdie besprekings kan die volgende aspekte insluit:</p> <p>Probleme ondervind gedurende die dag met bv. kliënte, voorraad, tegnologie ensovoorts.</p> <p>Behoeftesleise van die volgende dag.</p> <p>Persepsie en gevoelens van die dag se gebeure ('n kort "griep" sessie).</p> <p>Ernstige probleme of dringende behoefte vir ontlading: Daar moet besonderhede van sodanige persoon beskikbaar wees (sielkundige) in die afdeling sou die verpleegkundige ondersteuning van sodanige persoon dringend benodig.</p>	<p>Inhoud:</p> <p>Ontlading</p> <p>Probleme ondervind in die afdeling, persoonlik, interpersoonlik en sosiaal soos van toepassing op hierdie studie.</p>	<p>werkverrigtings bepalings, om toe te sien dat dit behoefte verwant is.</p> <p>Personeelplasing moet deeglik oordink en bespreek word met die personeel om moreel/etiese aanvaarbaarheid van verpleegkundiges te bepaal.</p> <p>Oriëntasie van personeel en indiensopleiding is belangrik voor plasing in TVS-afdelings, veral waarde-uitklaringswerkswinkels.</p> <p>Inkorporering van personeel rotasie of "time out" om personeel tydelik te verwyder van stresvolle omstandighede, jaarlikse rotasie.</p> <p>Handhawing van personeel konfidensialiteit.</p> <p>Daaglikse belangstelling in die verpleegkundiges se omstandighede (sien daaglikse kort vergaderings) mag van hulp wees.</p> <p>Erkenning toon aan verpleegkundiges in TVS afdelings deur sigbaar en beskikbaar te wees, weeklikse sessies wat insluit: indiensopleiding, "updates", motiveringspraatjies, onderwerpe wat ook aangespreek kan word is: wetgewing, filosofie van verpleging, kontraktuele regte ensovoorts.</p> <p>Opleiding van bestuur, meer sensitiwiteit vir die omstandighede van TVS.</p>	<p>werksaam in TVS-afdelings.</p>
<p>Mentorskap; daar hoef nie noodwendig sodanige posisie geskep te word nie, maar 'n gewillige senior personeellid (verpleegkundige) met die nodige ervaring kan hierdie rol vervul - (makkerhulp/buddy-sisteem).</p>	<p>Verafgeleë personeel wat in hierdie afdelings werk, kan moontlik sessies as volg doen:</p> <p>Telefoonkonferensies</p> <p>Video-konferensies (nou beskikbaar in die Wes-Kaap,</p>	<p>Daaglikse belangstelling in die verpleegkundiges se omstandighede (sien daaglikse kort vergaderings) mag van hulp wees.</p> <p>Erkenning toon aan verpleegkundiges in TVS afdelings deur sigbaar en beskikbaar te wees, weeklikse sessies wat insluit: indiensopleiding, "updates", motiveringspraatjies, onderwerpe wat ook aangespreek kan word is: wetgewing, filosofie van verpleging, kontraktuele regte ensovoorts.</p> <p>Opleiding van bestuur, meer sensitiwiteit vir die omstandighede van TVS.</p>	
<p>Verafgeleë personeel wat in hierdie afdelings werk, kan moontlik per elektroniese pos of telefonies met hul betrokke onmiddellike hoofde kontak maak.</p>	<p>Verafgeleë personeel wat in hierdie afdelings werk, kan moontlik sessies as volg doen:</p> <p>Telefoonkonferensies</p> <p>Video-konferensies (nou beskikbaar in die Wes-Kaap,</p>	<p>Daaglikse belangstelling in die verpleegkundiges se omstandighede (sien daaglikse kort vergaderings) mag van hulp wees.</p> <p>Erkenning toon aan verpleegkundiges in TVS afdelings deur sigbaar en beskikbaar te wees, weeklikse sessies wat insluit: indiensopleiding, "updates", motiveringspraatjies, onderwerpe wat ook aangespreek kan word is: wetgewing, filosofie van verpleging, kontraktuele regte ensovoorts.</p> <p>Opleiding van bestuur, meer sensitiwiteit vir die omstandighede van TVS.</p>	

	verbind met Wes-Kaapse Departement van Gesondheid:Kaapstad). 'n Sentrale persoon kan hierdie sessies reël en hanteer (een keer per maand.) Die nabygeleë TVS-afdelings kan 'n sentrale punt kies vir sessies of aansluit by eersgenoemde sessies (meer koste-effektief ten opsigte van tyd en vervoer).		
--	--	--	--

6.4 BEPERKINGS VAN DIE STUDIE

Beperkings van 'n studie dui op “restrictions in a study that may decrease the credibility and generality of the findings” (Burns and Grove 2007:37), wat die uitkoms van die studie mag affekteer, maar die navorser het min of geen beheer hieroor nie (Basavanthappa 2007: 561). Volgens Welman et al (2007:254) is dit belangrik dat hierdie beperkings uitgewys moet word. Die twee tipes beperkings is teoreties en metodologies (Burns and Grove 2007:37). Die beperkings van toepassing op die huidige studie, sluit die Hawthorne-effek in, populasie en steekproef en aangeleenthede ten opsigte van data-insameling en -analise (par.1.6).

6.4.1 Hawthorne effek

Die Hawthorne effek word gedefinieer as 'n psigologiese respons waar respondente hul gedrag verander omdat hulle respondente in 'n studie is, nie as gevolg van die navorsingsinstrument nie (Burns and Grove 2007:541). Dit is soort van 'n placebo effek, wat veroorsaak word deur mense se verwagtings, blote kennis dat hulle deel van 'n studie vorm, kan mense se gedrag verander, (Polit and Beck 2008:264-265; Welman et al 2007: 116). Daar is aangeneem dat die respondente van die huidige studie objektief en eerlik sou wees met betrekking tot die inligting wat hulle in hul response tot die vraelys gegee het. Dit mag dalk nie so wees nie, weens die blote feit dat die respondente geweet het hulle is deel van hierdie studie. Dit mag beteken dat hulle response tot vroeë items op so 'n wyse gegee was wat hulle as verwagte response van die navorser beskou of hulle sien hul response as meer aanvaarbaar as wat hul regtig voel. In dié geval is die navorser verras deur die positiewe aard van respondente se persepsies rondom die navorsingsonderwerp.

6.4.2 Steekproef en steekproefgrootte

Vir hierdie studie was nie-waarskynlikheidsteekproefneming gekies, wat beteken dat elke element van die populasie nie 'n geleentheid gehad het om ingesluit te word in die steekproef nie (Basavanthappa 2007:562; Burns & Grove 2007:337; Polit and Beck 2008:340). Die nadele is dan dat verteenwoordiging nie verseker is nie en die studie is minder geskik vir veralgemening. Die steekproef was klein omdat daar net gefokus was op verpleegkundiges werksaam in TVS- afdelings in die Wes-Kaap wat die staatsgesondheidsorgdienste en die drie Marie Stopes-klinieke ingesluit het. Dit is van belang om daarop te let dat die fokus op die Wes-Kaap is en hierdie provinsie mag sosio-kultureel van die ander provinsies verskil. Daar is ook slegs van dienste wat toestemming verleen het tot die navorsing, gebruik gemaak. Nie al die staatsgesondheidsorg-dienste in die Wes-Kaap verskaf TVS-dienste nie.

Die totale respondente vir hierdie studie was, N=82, wat 'n redelike klein steekproef is. Vraelyste was aan al die verpleegkundiges werksaam in die TVS-afdelings van die instansies wat toestemming verleen het dat data daar ingesamel kon word, uitgedeel. Die redes vir die klein aantal respondente mag wees:

- Daar is nie baie verpleegkundiges betrokke by TVS in die Wes-Kaap nie (Tabel 4.2)
- Nie al die verpleegkundiges aan wie vraelyste oorhandig is, het vraelyste voltooi nie. Die redes mag wees dat die deelnemers die vraelyste in hul tee-tye, etenstye en na-ure moes voltooi. Aangesien pasiëntesorg nie onderbreek mag word nie, soos neergestip deur die toepaslike owerhede toe toestemming vir hierdie studie toegestaan was. Verpleegkundiges het ook 'n blaaskans tussendeur pasiëntesorg nodig, as gevolg van die oneweredige verpleegkundige-pasiënt ratio. Verder, na-ure het elkeen sy/haar persoonlike pligte en verantwoordelikhede.
- Dit blyk vir die navorser dat hedendaagse verpleegkundiges baie klagtes oor werksomstandighede het, maar wanneer hul die geleentheid gebied word om deel te neem aan navorsing sodat probleemareas uitgewys kan word met 'n moontlike poging tot positiewe verandering, daar geen belangstelling is nie of dit is te veel moeite of dit word as bykomende werk gesien.

Die insluiting van al die Departemente van Gesondheid se instansies van al die provinsies en privaatinstansies in Suid-Afrika sal die steekproef vergroot asook meer respondente verskaf.

6.4.3 Verkeerde interpretasie of geen respons tot items

Data was ingesamel deur gebruik te maak van 'n selfvoltooiingsvraelys. Al was die navorser vir die uitklaring van vrae beskikbaar, is dit steeds moontlik dat van die vrae verkeerdelik geïnterpreteer kon word. Nie al die respondente het op al die items gerespondeer nie. Die

rede mag moontlik wees dat sommige respondente nie hul diepste gevoelens wou deel met betrekking tot hierdie hoogs sensitiewe moreel/etiese aangeleentheid nie. Dit het die betroubaarheid van die navorsingsuitslag verder beperk. Sommige verpleegkundiges mag dit ook nie as belangrik gesien het nie, tydrowend en tyd wat hul vir hulself kon gebruik. Dit wil voorkom asof verpleegkundiges navorsing van enige aard nie as belangrik beskou nie, die teendeel kan wees dat verpleegkundiges al navorsingsvoos is.

6.5 FINALE BEANTWOORDING VAN DIE NAVORSINGSVRAAG

6.5.1 Die vraag

Binne King se Sisteemteoretiese benadering en Doelwitbereikingsteorie was die navorsings-vraag:

- Is doelwitbereiking moontlik in terme van die houding en verhouding van die persoonlike sisteem (verpleegkundige) tot die sosiale sisteem (wetgewing en werkgewer se beleid) en betrokkenheid by die interpersoonlike sisteem (met kliënt en fetus) binne die opset van terminasie van swangerskap?

6.5.2 Die antwoord

Doelwitbereiking blyk moontlik te wees in terme van die houding en verhouding van die persoonlike sisteem (verpleegkundige) tot die sosiale sisteem (wetgewing en werkgewer se beleid) en betrokkenheid by die interpersoonlike sisteem (met kliënt en fetus) binne die opset van terminasie van swangerskap vir hierdie studie. Dit kom voor in hierdie studie dat verpleegkundiges tog 'n positiewe betrokkenheid toon ten opsigte van terminasie van swangerskap en werkverrigting in hierdie milieu. Daar is egter behoeftes soos onder andere 'n behoefte aan ondersteuning van die werkgewer wat insluit aspekte soos psigologiese ondersteuning, erkenning en indiensopleiding wat tot 'n sekere mate doelwitbereiking kan weerlê.

6.6 OPSOMMING

Die huidige studie fokus op die verpleegkundige se persepsie met betrekking tot haar houding en gedrag teenoor kliënte wat terminasie van swangerskap versoek aan die hand van King se Sisteemteorie. 'n Kwantitatiewe beskrywende korrelasiestudie is gedoen met data wat met behulp van 'n selfontwerpte vraelys ingesamel is. Data is vanaf 82 verpleegkundiges ingesamel wat diens in terminasie van swangerskapafdelings in die Wes-Kaap lewer, ingesluit die drie Marie Stopes-klinieke in die Wes-Kaap.

Verpleegkundiges se persepsie van terminasie van swangerskap in hierdie studie was oor die algemeen positief, maar daar is aspekte wat aangespreek moet word. Die belang van ondersteuningsisteme, meer en beter opleiding en ondersteuning van bestuur asook bestuur

se erkenning van personeel vir dienste gelewer, is noodsaaklik en moet aangespreek word. Sien Bylae 5 vir bykomende opsomming.

FREE TO DECIDE

The Choice on Termination of Pregnancy Act
 Was strongly opposed, but now it is a fact
 That in villages and cities country wide
 Women at last are free to decide.

Free to decide our values collide
 Bearers of light, yet helpers in plight
 If I were you and you were me
 Would we defend our right to be?

No said the patriarch. No said the Pope.
 We can't let you down this slippery slope.
 But I'm here already, with my neck in a rope
 On my hands and knees- please throw me some hope.

They came in their numbers, they came in their hurt
 But we turned our backs on the `sin and the dirt`
 We scold and cajole: - "I'd hate you to sin",
 Pushing them nearer the back street bin.

Our staff were resistant, and also were sad
 Some of us thought these women were bad
 Not all were unwilling, the-many turned away
 Until they heard what the women had to say.

Their reasons were many, their reasons were varied.
 Most came resolute, and almost all came wearied.
 Some were divorced, and some were well wed.
 Some came with hunger, and mouths to be fed.
 Some whose boyfriends once hearing had fled.
 Some had been raped in their own private bed.
 Some were too young, and some were too old.
 But they all were brave, and their stories were told.

Free to decide, our values collide,
 Bearers of light, yet helpers in plight
 If I were you, and you were free
 Would we defend our right to be?

BIBLIOGRAFIE

- Aborsie kry teenspoed. 2000. *Die Kerkbode*. 164(11):1.
- Abortion care manual: A guide for the training of registered midwives in termination of pregnancy, management of incomplete abortions and related reproductive health matters*. Prepared by Dickson-Telteh, K., Gabriel, M., Res, H. Gringle, R. and Winkler, J. 1998. Fieldtesting. Reproductive Health Research Unit. IPAS.
- Abortion facts in *Abortion values clarification training manual*, editor T Marais. PPASA: 46-47.
- Abortion Laws Around the World*. 2008. [Aanlyn]; <http://pewforum.org/docs/?DocID=167> (toegang 5 Oktober 2009).
- Abortion:Health workers are caught in the middle. 2000. *Hospersa Nursing Today* 4:12-13.
- Abortion: The nurses`s responsibilities. 1992. *Nursing Standard*. 7(6):35-36.
- Albertyn, C. 2002. Protecting and defending the law. *RRA Barometer*. 7 (May):7.
- Alligood, RM, Evans, GW, Wilt, DL. 1995. King`s Interacting Systems and Empathy, in *Advancing King`s systems framework and theory of nursing*, edited by MA Frey and CL Sieloff. London: Sage Publications:66-78.
- Arthur, D & Randle, J. 2007. The professional self-concept of nurses: A review of the literature from 1992-2006. *Australian Journal of Advance Nursing*. 24 (3):60-64.
- Baillière`s Nurses` Dictionary* edited by BF Weller. 2004. 23rd Edition. China: Elsevier Limited.
- Babbie, E & Mouton, J. 2006. 6th edition. *The practice of social research*. Cape Town:Oxford University Press.
- 5 Year review of the implementation of the Choice on Termination of Pregnancy Act, 92 of 1996. 2002. *Barometer 7*. Reproductive Health Alliance.
- Barron, P, Buthelezi, G, Edwards, J, Makhanya, N & Palmer, N. 1997. *Health systems research: A manual*. Durban: Health Systems Trust.
- Basavanthappa, BT. 2007. *Nursing Research*. 2nd edition. Jaypee Brother Medical Publishers (P) Ltd: New Delhi.
- Becker,D, Díaz-Olavarrieta, C, Juárez, C, García, CG, Sanhueza, P & Harper, CC. 2011.Clients` Perceptions of the Quality of Care in Mexico:City`s Public-Sector

- Legal Abortion Program. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 37(4):191-201.
- Benatar, S. 1994. Abortion -some practical and ethical considerations. *South African Medical Journal*. 8[84]: 469-472.
- Berer, M. 2000. Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. *Bulletin of the World Health Organisation*. 78(5): 580-592.
- Berer, M. 2008. [Aanlyn]; Beskikbaar: WHO Website; <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/07-050138/en/index.html> (toegang 5 Oktober 2009).
- Berger, JM. 1979. The relationship of Age to Nurses` Attitudes Toward Abortion. *JOGN Nursing*. 8(4):231-233.
- Bewley, C. 1993. The midwife`s role in pregnancy termination. *Nursing Standard*. 8(12):8-28.
- Blain, S.1993. Attitudes to women undergoing TOP. *Nursing Standard*. 7[37]: 30-33.
- Botes, A. 1999. Nursing ethics in a developing country. *Curationis-South African Journal of Nursing*. 22 (1):64-67.
- Bourguignon, A., Briscoe, B & Nemzer, MS. 1999. Genetic abortion: considerations for patient care. *Journal of perinataland neonatal nursing*. 13(2):47-58.
- Brien,J & Fairbairn, I. 1996. *Pregnancy and abortioncounselling*. Routledge: London.
- Brink, H.I. 1999. *Fundamentals of research methodology for health care professionals*. Kenwyn: Juta & Co.
- Burns, N & Grove, K. 2001. *The practice of nursing research: Conduct, Critique and Utilization*. 4th edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Burns, N & Grove, K. 2005. *The practice of nursing research: Conduct, Critique and Utilization*. 5th edition. Missouri: Elsevier Saunders.
- Burns, N & Grove, K. 2007. *Understanding nursing research. Building an evidence-based practice*. 4th edition. Missouri: Saunders Elsevier.
- Caldas da Costa, P & Donald, F. 2003. The eperience of person-role conflict in doctors expected to terminate pregnancies in the South African Public Sector. *South African Journal of Psychology*. 33(1):10-18.
- Carlson, M. 1998. The passive majority: What good is the right to an abortion if extremists can make it unavailable. *Time*. 152(19):60.

- Chinn, P.L & Kramer M,K. 2004. *Integrated Knowledge Development in Nursing*. 6th edition. Mosby: Missouri.
- Cignacco, E. 2002. Between professional duty and ethical confusion: Midwives and selective termination of pregnancy. *Nursing Ethics*. 9(2):179-186.
- Clarke, E. 2005. *Abortion services in South Africa*. Health Systems Trust. [Aanlyn];<http://new.hst.org.za/news/index.php/20000605> (toegang 5 Desember 2007).
- Clarke, L.1999. The person in abortion. *Nursing ethics and international journal for health care professionals*. 6(1):37-46.
- Cronbach`s Alpha. 2011. [Aanlyn]; <http://www.cronbachsalph.com/> (toegang 28 September 2011).
- Dankers, M. 1998. Abortion: Responsibility of the nurse. *Hospersa Nursing Today* 4:11.
- Debating the moral status of the embryo*. 2004. [Aanlyn]; <http://harvardmagazine.com/2004/07/deabating-themoral-statu.html> (toegang 29 April 2011).
- De Phino, H & Hoffman, M. 1998. Termination of pregnancy understanding the new Act. *CME*. 16(8):786-790.
- De Vos, AS. 2001. *Resarch at Grass Roots.A primer for the caring professions*. Pretoria: Van Schaik Publishers.
- Denosa position paper: Termination of pregnancy. 1997. *Nursing NewsSA*. 21(6):5.
- Department of Health. 2000. Provincial Administration:Western Cape: *Termination of pregnancy (TOP): Policy Guidelines and Protocols*. Circular number H97\2000 Refrence; 19\4\5\B.
- Department of Health. 2003. *Policy: Conscientious objection by staff to the performance of termination of pregnancy*. Circular number H56\2003 Refrence; 16/1/1-1103.
- Department of Health. 2003. *National Strategic plan for the implementation of The Choice of Termination of Pregnancy Act 92, 1996*.
- Department of Health. 2010. Provincial Government of the Western Cape: *Provincial Policy Standardisation Guidelines and Protocols on the Termination of Pregnancy Services*. Circular number H157\2010 Refrence; 19\4\1\P.
- Department of Health Metropole District Health Services. *Human Resource Development and Training. Training Courses*. 2010.

- Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*. 16:360-370.
- Die Republiek van Suid-Afrika. 1996. *Die Grondwet. Wet 108 van 1996*. Staatsdrukkers: Pretoria.
- Dimond, B.1994. The midwife and conscientious objection to terminations of pregnancy. *Modern Midwife*. 4(2): 29-30.
- Du Toit, DA & Van Staden, SJ.2009. *Nursing Sociology*. 4th edition. Pretoria:Van Schaik Publishers.
- Edge, RS, & Groves, JR.1999. *Ethics of health care. A guide for clinical practice*. 2nd edition. Albany: Delmar Publishers.
- Edge, RS & Groves, JR.2005. *Ethics of health care. A guide for clinical practice*. 3rd edition. New York: Delmar Thompson Publishers.
- Encarta. 2008. *History of abortion*. [Aanlyn]; <http://uk.encarta.msn.com/encnet/refpages/search.aspx?q=history+of+abortion> (toegang 18 Maart 2009).
- Encarta. 2009. *Perception*. [Aanlyn]; <http://encarta.msn.com/encnet/refpages/search.aspx?q=perception> (toegang 21 July 2009).
- Encarta. 2008. *Regulation of abortion*. [Aanlyn]; http://uk.encarta.msn.com/text/_761553899_0/Abortion.html (toegang 18 Maart 2009).
- Engelbrecht, S, Pelsler, A.J, Nguena, C & Van Rensburg, H.C.J. 2000. The implementation of the Choice of Termination of Pregnancy Act: Some empirical findings. *Curationis*. 23(2): 4-14.
- Ethic. 2009. *Merriam-Webster Online Dictionary*. [Aanlyn]; Available: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/ethic> (toegang 3 Februarie 2009).
- Fehring, RJ. 2005. Attitudes, intentions, and ethical stance of advanced practice nursing students toward abortion provision: Part One B Quantitative Findings. *Life and Learning XV*. :131-149.
- Ferris, LE, McMMain-Klein, M & Iron, K. 1998. Factors influencing the delivery of abortion services in Ontario: A descriptive study. *Family Planning Perspectives*. 30(3):134-138.

- Field, A. 2005. *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE Publications.
- Frey, MA & Norris, DM. 2006. *Nursing theory : utilization and application*, edited by MR Alligood & AM Tomey. 3rd ed. London : Elsevier Mosby, 181-206
- Garbers, J.G [red.]. 1996. *Doeltreffende geesteswetenskaplike navorsing*. Pretoria: JL Van Schaik Akademies.
- Garland, L, Martin, L, McCullers, T & Xiong, M.[Sa] *Quantitative Research*. [Aanlyn]; <http://tonymc.myweb.uga.edu/7320/quantitative.ppt>(toegang 2 September 2008).
- George, JB.1990. *Nursing Theories. The base for professional nursing practice*. 2nd edition. Prentice Hall Upper Saddle River: New Jersey.
- George, JB.2002. *Nursing Theories. The base for professional nursing practice*. 5th edition. Prentice Hall Upper Saddle River: New Jersey.
- Geyer, N. 2004. Ethical decision-making in nursing. *Nursing Update*. 28(7):30-31.
- Gmeiner, A & Van Wyk, S. 2000. The painful reality of abortion. The story of nurses directly involved with termination of pregnancy. *Nursing Update*. 24(5):9.
- Goodwin, Z, Kiehl, EM & Peterson, JZ. 2002. King`s Theory as Foundation for an Advance Directive Decision-Making Model. *Nursing Science Quarterly*. 15(3):237-241.
- Grohar-Murray, ME & Langan, J. 2011. *Leadership and Management in Nursing*. 4h ed. Upper Saddle River: Pearson.
- Hägström, E, Mbusa, E & Wadensten, B. 2008. Nurses` workplace distress and ethical dilemmas in Tanzanian health care. 15(4):478-491.
- Hall, W & Roberts, J. 2006. *Understanding the impact of decentralisation on reproductive health services in Africa (RHD)*. *South Africa Report*. Durban: Health Systems Trust.
- Harries, J, Stinson, K & Orner, P. 2009. Health care provider`s attitudes towards termination of pregnancy: A qualitative study in South Africa. *BMC Public Health*. 9.[Aanlyn]; www.biomedcentral.com/147-2458/9/296/ (toegang 6 Februarie 2012).
- Harrison, A, Montgomery, E, Lurie, M & Wilkinson, D. 2000. Barriers to implementing South Africa`s Termination of Pregnancy Act in rural KwaZulu/Natal. *Health Policy and Planning*. 15(4):424-431.
- Henry, L. 2004. *Archdiocese of Cape Town*. 26 January :1-2.

- History of abortion*. 2009. [Aanlyn]; <http://www.allaboutpopularissues.org/common/printable-history-of-abortion-faq.htm> (toegang 18 Maart 2009).
- Hoffman, M., De Phino, H & Cooper, D. 1998. Trends in women`s health. *CME* 16[6]:562-568.
- Holt J. 2004. Screening and the perfect baby, in *Ethics and Midwifery*, edited by L Frith and H Draper. Philadelphia: Elsevier: 147-148.
- Hunt, G. 1999. Abortion why bioethics can have no answer-a personal perspective. *Nursing ethics an international journal for health care professionals*. 6(1):47-57.
- ICN Defenition of Nursing*. [Sa]. [Aanlyn]; <http://www.icn.ch/definition.htm>(toegang 3 Februarie 2009).
- Imogene King`s Theory of Goal Attainment*. 2010. [Aanlyn]; http://currentnursing.com/nursing_theory/goal_attainment_theory.html(toegang 27 Julie 2010).
- Jeftha, PC. 2011, April 6. *Termination of pregnancy facilities*. [e-pos aan A. Truter], [Aanlyn]. Beskikbare e-pos: Pcjeftha@pgwc.gov.za
- Jeftha, P, Burzelman, R and Joubert. 2010, Julie 22. *Terminations of pregnancy*. [e-pos aan A. Truter], [Aanlyn]. Beskikbare e-pos: Pcjeftha@pgwc.gov.za .
- Jones, C. *Advantages & Disadvantages of Qualitative & Quantitative Research*. [Aanlyn]; www.ehow.uk/info_8091178_advantages-qualitative-quantitative-research.html(toegang 28 Januarie 2012).
- Khaki, H. 2012, Januarie 16. *TOP information*. [e-pos aan A. Truter], [Aanlyn]. Beskikbare e-pos: Hasina.Khaki@pgwc.gov.za.
- King, IM. 1971. Toward a theory of nursing. *General concepts of human behavior*. John Wiley & Sons, Inc.: New York.
- King, IM. 1978. *The "why" of theory development*. (610.7301 Theo-unisa inligting) 11-16.
- King, IM. 1981. *A theory for nursing systems, concepts, process*. John Wiley & Sons, Inc.: New York.
- King, IM. 1992. King`s theory of Goal Attainment. *Nursing Science Quaterly*.(1):19-26.
- King, IM. 1995. A systems framework for nursing, in *Advancing King`s systems framework and theory of nursing*, edited by MA Frey and CL Sieloff. London: Sage Publications:14-32.

- King, IM. 1999. A theory of goal attainment: Philosophical and ethical implications. *Nursing Science Quarterly*.12(4):292-296.
- King, IM. 2007. King`s Structure, Process, and Outcome in the 21st Century in *Middle Range Theory Development – Using Kings Conceptual System*, edited by CL Sieloff & MA Frey. New York: Springer Publishing Company:3-11.
- Lindström, L, Jacobsson, L, Wolf, M & Lalos, A. 2007. Midwives` experiences of encountering women seeking an abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 28(4): 231-237.
- LoBiondo-Wood, G & Harber, L. 2002. *Nursing Research: Methods, Critical Appraisal, and Utilization*. 5th ed. St. Louis, Missouri: Mosby.
- Lipp, A & Fothergill, A. 2009. Nurses in abortion care: Identifying and managing stress. *Contemporary Nurse*. 31(2):108-120.
- Lipp, A (a). 2008. A woman centred service in termination of pregnancy: A grounded theory study. *Contemporary Nurse*. 31(1):9-19.
- Lipp, A (b). 2008. A review of termination of pregnancy: prevalent health care professional attitudes and ways of influencing them. *Journal of Clinical Nursing*:1683-1688.
- Maaita, ME., Prasnan, C, Smith, J & Neale, EJ. 1999. Women`s satisfaction with medical termination. *British Journal of family planning*. 25(1):9-11.
- Mabusela, P. 2007. Contraception in the Western Cape. Reproductive Health Workshop, 14-15 March.
- Mahery, P, Proudlock, P & Jamieson, L. 2010. 4th Ed. *A guide to the Children`s Act for health professionals*. University of Cape Town: Children`s institute. Child rights in focus. Research. Advocacy. Education.
- Major, B & Gramzov, R.H. 1999. Abortion as Stigma: Cognitive and emotional implications of concealment. *Journal of Personality and Psychology*. (77)4:735-745.
- Marais, T. 1997. Abortion values clarification workshops for doctors and nurses. *HST Update*. (21):6-7.
- Marshall, SL, Gould, D & Roberts, J. 1994. Nurse`s attitudes towards terminations of pregnancy. *Journal of Advanced Nursing* 20[3]:567-576.
- Mayers P.M, Briony, P, Green, B & Turner, J. 2005. *Health SA Gesondheid*. 10(1):15-25.
- McCullough, D. 2012. *Quantitative versus qualitative marketing research*. [Aanlyn]; www.macroinc.com/html/art/s_qud.html . (toegang 28 Januarie 2012).

- McCreight, BS. 2005. Perinatal grief and emotional labour; a study of nurses' experiences in gynae wards. *International Journal of Nursing Studies*. 42(4):439-448.
- McQuoid-Mason & Dada. 2009. *A-Z of Nursing Law*. Lansdowne:JUTA
- Mellish JM en Paton F. 2004. *An Introduction to the Ethos of Nursing. A text for basic student nurses*. 2nd ed. Sandton: Heineman Higher & Further Education.
- Mitchell, E, Mwaba, M, Makoala, S & Trueman, K. 2004. *A Facility Assessment of Termination of Pregnancy (TOP) Services in Limpopo Province, South Africa*. Johannesburg: Ipas.
- Mokgethi, NE, Ehlers, VJ & Van der Merwe, MM. 2006. Professional nurses' attitudes towards providing termination of pregnancy services in a tertiary hospital in the North West Province of South Africa. *Curationis*. 29(1):23-39.
- Moral*. 2009. In Merriam-Webster Online Dictionary. [Aanlyn]; <http://www.merriam-webster.com/dictionary/moral> (toegang 3 Februarie 2009).
- Mueller, L. 1991. Second trimester termination of pregnancy: nursing care. *Journal of obstetric-gynecologic and neonatal nursing*. 20(4):284-289.
- Narrigan, D. 1998. Early abortion: update and implications for midwifery practice. *Journal of Nurse Midwifery*. 43(6):492-501.
- Naylor, N & O'Sullivan, M. 2005. *Conscientious objection and the implementation of The Choice on Termination of Pregnancy Act 92 of 1996 in South Africa*. Cape Town: Womens Legal Centre and Ipas.
- Norris, V. 1999. Abortion survey: two views point up the problems. *Registered nurse*. 62(7):11-12.
- Nurses rights*. 2010. South African Nursing Council. [Aanlyn]; <http://www.sanc.co.za/policyrights.htm>. (toegang 18 Oktober 2010).
- Nursing Theories-Theory of Goal Attainment and Nursing Process. 2010. [Aanlyn]; http://currentnursing.com/nursing_theory/application_goal_attainment_theory.html (toegang 28 Julie 2010)
- O'Sullivan. 2002. *Submission to the portfolio committee on health in the National Assembly for the oversight hearings on termination of pregnancy act*. Women's legal centre.
- Odendaal, F.F. 2000. *Kernwoordeboek*. Johannesburg: Perskor.
- Parliamentary information packet. Reform Bill –Termination of Pregnancy in *Abortion values clarification training manual*, editor T Marais. PPASA: 73-77.

- Pearson, A, Vaughn, B & Fitzgerald, M. 1996. *Nursing models for practice*. 2nd edition. Butterworth Heineman: Oxford.
- Pera, S.A & Van Tonder, S. 2005. *Ethics in nursing practice*. 2nd ed. Landsdowne : Juta & Co.
- Pera, S.A & Van Tonder, S. 2011. *Ethics in nursing practice*. 3rd ed. Landsdowne : Juta & Co.
- Poggenpoel, M, Myburgh, CPH & Gmeiner, AC. 1998. One voice regarding the legislation of abortion: Nurses who experience discomfort. *Curations* 21[3]:2-7.
- Polit, DF & Beck, CT. 2008. *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th edition. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, DF & Beck, CT. 2010.. *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. 7th edition Philadelphia: Wolters Kluwer\Lippincott Williams and Wilkins.
- Polit, DF & Hungler, BP. 1995. *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Post-abortion care. *Lessons from operations research*. Editors: Dale Hunting and Nancy J. Piet-Pelan. 1999. The population council. Inc. All rights reserved. USA: New York.
- Potgieter, C, Andrews,G. 2004. South African nurses` acconts for choosing to be termination of pregnancy providers. *Health SA Gesondheid*. 9(2): 20-30.
- Probleme met aborsie weens gewetensbesware.1997.*Die Kerkbode* 185[5]:16.
- Professional Misconduct Cases.July-2003-June 2008*.2012.[Aanlyn];
www.sanc.co.za?pdf?PCCases2003-8.pdf . (toegang 21 Januarie 2012)
- Provincial Population statistics in the Western Cape Census 1996 and 200.2011. [Aanlyn];
http://www.capegateway.tov.za/other/2006/6/wc_census_&2001_population_optimized2.pdf. (toegang 8 Augustus 2011)
- Reader`s Digest Great Illustrated Dictionary*. 1984. London: The Reader`s Digest Association Limited.
- Rebelo, E. 2002. Counselling. Help for those in need. *Nursing Update*. May 2002: 42-43.
- Reproductive rights alliance [Sa] Some religious views of abortion in *Abortion values clarification training manual*. editor T Marais. PPASA: 83-84.

Reproductive Rights Alliance. 2002. Report on 2002 Oversight Hearings. Choice on Termination of Pregnancy Act. (R Burzelman). Report. Johannesburg: RedhotMoondog. Chairman: J. Ngculu.

Reproductive Rights Alliance. 2002. Report on 2002 Oversight Hearings. Choice on Termination of Pregnancy Act. (M Cueller). Report. Johannesburg: RedhotMoondog. Chairman: J. Ngculu.

Reproductive Rights Alliance. 2002. Report on 2002 Oversight Hearings. Choice on Termination of Pregnancy Act. (A Dhai). Report. Johannesburg: RedhotMoondog. Chairman: J. Ngculu.

Reproductive Rights Alliance. 2002. Report on 2002 Oversight Hearings. Choice on Termination of Pregnancy Act. (S Makoala). Report. Johannesburg: RedhotMoondog. Chairman: J. Ngculu.

Reproductive Rights Alliance. 2002. Report on 2002 Oversight Hearings. Choice on Termination of Pregnancy Act. (E Mhlanga). Report. Johannesburg: RedhotMoondog. Chairman: J. Ngculu.

Reproductive Rights Alliance. 2002. Report on 2002 Oversight Hearings. Choice on Termination of Pregnancy Act. (M. O`Sullivan). Report. Johannesburg: RedhotMoondog. Chairman: J. Ngculu.

Reproductive Rights Alliance. 2002. Report on 2002 Oversight Hearings. Choice on Termination of Pregnancy Act. (E Serobe). Report. Johannesburg: RedhotMoondog. Chairman: J. Ngculu.

Reproductive Rights Alliance. 2002. Report on 2002 Oversight Hearings. Choice on Termination of Pregnancy Act. (P Zulu). Report. Johannesburg: RedhotMoondog. Chairman: J. Ngculu.

Reproductive Rights Alliance. 2002. Report on 2002 Oversight Hearings. Choice on Termination of Pregnancy Act. (M Xaba). Report. Johannesburg: RedhotMoondog. Chairman: J. Ngculu.

Reproductive Rights Alliance. 2002. Report on 2002 Oversight Hearings. Choice on Termination of Pregnancy Act. Johannesburg: RedhotMoondog. Chairman: J. Ngculu.

Rhedi-Values Clarification Workshop. 2012. [Aanlyn]; http://www.rhedi.org/getting_started/values.php (toegang 20 Juarie 2012).

- Rice, EM, Rady, MY, Hamrick, A, Verheijde, JL & Pendergast, DK. 2008. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*. (16):360-373.
- Robbins, SA, Odendaal, A & Roodt, G. 2004. *Organisational Behaviour. Global and Southern African Perspectives*. 9th ed. Cape Town: Pearson Education South Africa.
- Role*. Online Dictionary of the Social Science. 2002. [Aanlyn]. <http://bitbucket.icaap.org/dict.pl> (toegang 21 Julie 2009).
- Roman, R & Lester, D. 1999. Abortion attitudes and personality. *Psychological Reports*. (85)2: 528.
- SANC *Geographical Distribution*. 2010.[Aanlyn]; <http://www.sanc.co.za/stats/stat2010/Distribution%202010xls.htm>(toegang 24 Augustus 2011).
- Schams, WT. 1994. Recent trends in attitudes toward abortion and euthanasia among Taiwan nurses and nursing students. :172-185
- Schaefer, RT. 2004. *Sociology. A brief introduction*. 5th ed. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Schneider, Z, Whitehead, D, Elliot, D, Lo Biondo-Wood, G & Harber, J. 2007. *Nursing & midwifery research. Methods and appraisal for evidence-based practice*. 3rd ed. Australia:Elsevier.
- Slabbert, MN. 2001. Does SA abortion legislation protect the human embryo and fetus in utero sufficiently. *Tydskrif vir die Suid-Afrikaanse reg*. 4:729-746.
- Smit, I. 2008. `n Opleidingsraamwerk gerig op gehalte aborsiesorg vir verpleegkundiges aan Hoëronderwysinstellings in die Wes-Kaap. PhD (Opvoedkunde) Tesis. Universiteit van Stellenbosch, Stellenbosch.
- South Africa. 2005. *Nursing Act*. No 33 of 2005. Pretoria: Government Printers.
- South Africa. 2005. *Children`s Act*. No 38 van 2005.Pretoria: Government Printers.
- South Africa. 2007. *Children`s Amendment Act*. No 41 of 2007. Pretoria: Government Printers.
- South Africa. 2003. *National Health Act*. No 61 of 2003. Pretoria: Government Printers.
- South Africa. TOP and it`s religious implications.1999. *Report*. Cape Town:HRDT Metro Region (22\9\1999). Marie Adamo.

- South African Concise Oxford Dictionary*. 2005. 3rd Impression. Cape Town: Oxford University Press.
- Suid-Afrika. 1978. *Wet op Verpleging*. No 50 van 1978. Pretoria: Staatsdrukker.
- Suid-Afrika. 1984. *Regulasies betreffende die bestek van praktyk van persone wat kragtens die Wet op Verpeging geregistreer of ingeskryf is*.R2598, in terme van die Wet op Verpleging, 1978 (Wet No 50 van1978, soos gewysig). Pretoria: SARV.
- Suid-Afrika.1996. *Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap*. No 92 van 1996.Pretoria: Staatsdrukker.
- Suid-Afrika.2008. *Wysigingswet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap*. No 1 van 2008.Pretoria: Staatsdrukker.
- Suid-Afrika. 2005. *Kinderwet*. No 38 van 2005.Pretoria: Staatsdrukker.
- Suid-Afrika. 1985. *Reëls wat die handeling en versuime, ten opsigte waarvan die raad tugstappe kan doen uiteensit*. R387, in terme van die Wet op Verpleging, 1978 (Wet nr. 50 van1978, soos gewysig). Pretoria: SARV.
- Spearman Rho. 2011. [Aanlyn]; <http://www.wellesley.edu/Psychology/Psych205/spearman.html>. (toegang 28 September 2011).
- Sporrong, SK, Höglund, AT & Anetz,B. 2006. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nursing Ethics*. 13(4):416-427.
- Staff express unease over late abortions. 2008. *Nursing Standard* 16(22)33:11.
- Stein, J. 2000. *Safe abortions still unavailable to many*. *abortions still unavailable to many*. [Aanlyn]; <File://A:\Safe> (toegang 17 Mei 2002).
- Statsoft Electronic Statistics Texbook. 2012. [Aanlyn]; www.statsoft.com/textbook/reliability-and-itemanalysis/?button=2 (toegang: 4 Januarie 2012).
- Status of the fetus, abortion and "Maternal-fetal conflicts"*. 2003. [Aanlyn]; www.ucs.mun.ca/~alatus/ISD2/WomensHealth1.ppt (toegang 29 April 2011).
- Steyn, P. 2003. *Ethics of abortion: Part 1-Controversial issues and the concept of personhood*. [Aanlyn]; http://academic.sun.ac.za/stellmed/Preview_articles?DisplayArticla.aspx. (toegang 26 Augustus 2010)

- Stress. 2009. The free dictionary. [Aanlyn]; <http://www.thefreedictionary.com/Stress+%28disambiguation%29> (toegang 3 Augustus 2009).
- Swenson, I, Swanson, J & Oakley, D. 1994. Community Health Nurses` Perceptions, Knowledge, and Involvement in Abortion Services. *WHI*. 4(4):219-226.
- Termination of pregnancy: 2011.* 2011. [Aanlyn]; <http://indicators.hst.org.za/healthstats/47/data> (toegang 22 Januarie 2012).
- Thom, H. 2002. *Staff attitudes one of the main hurdles in making abortion accessible.* [Aanlyn]; Health e news. file:///A:\Staff attitudes one of the main hurdles in making abortion accessible. htm. (toegang 14 Mei 2002).
- Tomey, AM & Alligood, MR. 2002. *Nursing theorists and their work.* 5th edition. Mosby: ST Louis, Missouri.
- Unsafe abortion: a major public health problem. 2001. *Mother and Baby*. April/May: 5-8.
- Vaill. 2000. Bid to bolster abortion law. *Cape Argus*, 4 July:8
- Varkey, SJ. 2000. Abortion services in South Afrca: Available yet not accessible to all. [Aanlyn]; Available: \The Allan Guttmacher Institute Abortion services in South Africa. (toegang 17 Mei 2002).
- Varkey, SJ & Fonn, S. 2000. *How far are we? Assessing the implementation of abortion services: A review of literature and work in progress.* Durban. Health Systems Trust: Research Programme.
- Ventura, VJ. 1999. Ethics on the job: A survey. Where nurses stand on abortion. *RN* 62(3):44-48.
- Venture, M.J. 1999. Ethics on the job: a survey where nurses stand on abortion. *Registered Nurse*. 62(3):44-48.
- Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse taal.* 1994. 2de uitgawe. Johannesburg: Perskor.
- Verplegingsteorie vir mensheelheid.* 1991. Randse Afrikaanse Universiteit. Departement Verpleegkunde. 1-16.
- Vlok, ME. 2003. *Manual of Nursing. Volume 1 Basic Nursing.* 9th edition. Cape Town: Juta and Co.
- Wall, J. 2000. Bid to bolster abortion law. Health committee calls for more training and less hostility. *Cape Argus*: 4 July.

- Webb, C. 1985. Nurses' attitudes to therapeutic abortion. *Nursing Times*. 81(1): 44-47.
- Welman, C, Kruger, F & Mitchell, B. 2007. *Research Methodology*. 3rd edition. Cape Town: Oxford.
- Wells, A. 1999. It's our job to render care not judgement. *Registered nurse*. 62(8):10.
- Western Cape Language Policy. 2010. [Aanlyn]; <http://www.capetateway.gov.za/eng/pubs/policies/W/99328> (toegang 21 Julie 2010).
- White, B. 1996. Termination of pregnancy: the role of the nurse. *Nursing Times*. 92 (15):5-8.
- Wolkomir, M & Powers, J. 2007. Helping women and protecting the self: The challenge of emotional labor in an abortion clinic. *Qualitative Sociology*. 30(2):153-169.
- World Health Organisation. 2001. *Health research methodology: a guide for training in research methods*. 2nd ed. Geneva.
- World Health Organisation. 2003. *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. 5th edition. Geneva.
- World Health Organisation. 2010. *What health-care providers say on providing abortion care in Cape Town, South Africa: findings from a qualitative study*. Geneva.
- Zahed, L, Nabalusi, M & Tamim, H. 2002. Attitudes toward prenatal diagnosis and termination of pregnancy among health professionals in Lebanon. *Prenatal Diagnosis*. 22:880-886.

BYLAE

BYLAE 1

1a:

- Suid-Afrika.1996. *Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap*. No 92 van 1996.Pretoria: Staatsdrukker.
- Suid-Afrika.2008. *Wysigingswet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap*. No 1 van 2008.Pretoria: Staatsdrukker.

1b:

- Department of Health. 2010. Provincial Government of the Western Cape: *Provincial Policy Standardisation Guidelines and Protocols on the Termination of Pregnancy Services*. Circular number H157\2010 Refrence; 19\4\1\P.

NO. 92 OF 1996: CHOICE ON TERMINATION OF PREGNANCY ACT, 1996.

PRESIDENT'S OFFICE

No. 1891.
22 November 1996

NO. 92 OF 1996: CHOICE ON TERMINATION OF PREGNANCY ACT, 1996.

It is hereby notified that the President has assented to the following Act which is hereby published for general information:-

ACT

To determine the circumstances in which and conditions under which the pregnancy of a woman may be terminated; and to provide for matters connected therewith.

(Afrikaans text signed by the President.)

(Assented to 12 November 1996.)

PREAMBLE

Recognising the values of human dignity, the achievement of equality, security of the person, non-racialism and non-sexism, and the advancement of human rights and freedoms which underlie a democratic South Africa;

Recognising that the Constitution protects the right of persons to make decisions concerning reproduction and to security in and control over their bodies;

Recognising that both women and men have the right to be informed of and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of fertility regulation of their choice, and that women have the right of access to appropriate health care services to ensure safe pregnancy and childbirth;

Recognising that the decision to have children is fundamental to women's physical, psychological and social health and that universal access to reproductive health care services includes family planning and contraception, termination of pregnancy, as well as sexuality education and counselling programmes and services;

Recognising that the State has the responsibility to provide reproductive health to all, and also to provide safe conditions under which the right of choice can be exercised without fear or harm;

Believing that termination of pregnancy is not a form of contraception or population control;

This Act therefore repeals the restrictive and inaccessible provisions of the Abortion and Sterilization Act, 1975 (Act No. 2 of 1975), and promotes reproductive rights and extends freedom of choice by affording every woman the right to choose whether to have an early, safe and legal termination of pregnancy according to her individual beliefs.

BE IT ENACTED by the Parliament of the Republic of South Africa, as follows:-

Definitions



Government Gazette

REPUBLIC OF SOUTH AFRICA

Vol. 512

Cape Town

18 February 2008

No. 30790

THE PRESIDENCY

No. 213

18 February 2008

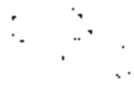
It is hereby notified that the President has assented to the following Act, which is hereby published for general information:—

No. 1 of 2008: Choice on Termination of Pregnancy Amendment Act, 2008.



AIDS HELPLINE: 0800-123-22 Prevention is the cure

1b:



DEPARTMENT OF HEALTH

Western Cape Government of the Western Cape

Comprehensive Health Programme
Western Cape Health SUB-Division
HEALTH SERVICES DIVISION OF THE WESTERN CAPE
tel: +27 21 4892630, 427 21 4892634
fax: +27 21 4892632
5th Floor Doreys 3612 Building
8 Breeck Street, Cape Town, 8001
www.westerncape.gov.za

REFERENCE: 19/4/1/P

ENQUIRIES: Dr S. Gebhardt / Eona Arenas / Hasina Khadi

TO: TO ALL DISTRICT HEADS/HEADS OF INSTITUTIONS/DIRECTORATES

CIRCULAR: H.../57.../2010

**PROVINCIAL POLICY STANDARDISED GUIDELINES AND PROTOCOLS ON THE
TERMINATION OF PREGNANCY SERVICES**

This circular replaces circular H 97/2000

Attached please find the revised Policy, standardised guidelines and protocols on termination of Pregnancy services in the Western Cape. This policy includes the provision of Medical Termination of Pregnancy (MTOP) as endorsed by the MEC for Western Cape Department of Health.

The Provincial Pharmacy and Therapeutics Committee have distributed a document announcing the inclusion of Mifepistone in the Provincial Code List for use in Medical Termination of Pregnancy. Please see Circular -153/2010, Pharmaceutical Code List, Supplementary List No.122.

You are reminded that DEXCO had previously decided that each district will establish at least one MTOP site during the 2010/11 financial year.

BYLAE 2

2:

- Vraelys \ Questionnaire

2b:

- Voortoetsingsinstrument \ Pretest Questionnaire

HOW TO COMPLETE QUESTIONNAIRE ELECTRONICALLY.

1. Open in MS Word.

2. Save on Desk Top

3. Complete the questionnaire

4. Send back to Researcher as an Attachment.

Atruter@pgwc.gov.za

Questionnaire

STUDY TITLE: An investigation into the attitude and behavior of the registered nurse towards clients who request a termination of pregnancy.

I am an UNISA student doing my D LITT et PHIL degree.

The study and its procedures have been approved by the appropriate people and review board at the University of South Africa (UNISA) and the Department of Health, Western Cape.

The study procedures involve no foreseeable risks of harm to you. The procedure includes responding to a questionnaire about your personal, interpersonal and social endeavors about termination of pregnancy. Participation in this study will take approximately 20 minutes.

You are free to ask any questions about this study or about being a subject and you may call Mrs. Truter at: Mobile 0829276799 or W (021) 6841247 at any time.

The study data will be coded so it will not be linked to your name. Your identity will not be revealed while the study is being conducted or when the study is reported. The data will be collected and stored in a secure place by Mrs. Truter and not shared with any other person without your permission.

I have read this consent form and voluntarily consent to participate in this study.

Thank you for your time and effort.

Mrs. A Truter

Date:	
Respondent Code:	

QUESTIONNAIRE

Instructions

1. For each item and question in the questionnaire, please indicate the extent to which these items and questions apply to you.
2. There is no right or wrong answers. Only your personal views and experiences are required.
3. Please complete all the items and questions.
4. Do not write in the "for office use only" sections of the questionnaire.
5. Do not write your name on the questionnaire.
6. Your institution`s name must not be written on this questionnaire.
7. Directions are provided for each section or question. **Please write your answers or mark "X" for your response.**

1. PERSONAL SYSTEM AND DEVELOPMENT

1.1 In what year were you born?

1.2 Indicate your sex:

Male	1
Female	2

1.3 Indicate your ethnicity:

Asian	1
Black	2
Colored	3
White	4
Others (please specify)	

1.4 Do you have any children?

Yes	1
No	2

1.4.1 If your answer is “Yes” to 1.4: How does having children influence your feelings\ perception regarding abortion?

Absolutely	Strongly	A little	Not at all
4	3	2	1

1.4.2 If your answer to item 1.4.1 is “Absolutely” or “Strongly”: In what way does it influence your perception/attitude towards abortion?

1.5 Please indicate your religious affiliation.

Buddhist	1
Catholic	2
Christianity	3
Hindu	4
Jewish	5
Moslem	6
Others (please specify).	

1.6 Please indicate the qualification applicable to you.

1.Only General Nursing Science	Yes 1	No 2
2.General Nursing Science and Midwifery	Yes 1	No 2
3.Midwifery	Yes 1	No 2
4.General Nursing Science and Midwifery, Psychiatric and Community Nursing Science	Yes 1	No 2

1.7 Did you attend the Termination of Pregnancy Manual Vacuum Aspiration course?

Yes	1
No	2

1.7.1 If your answer is “No” to question 1.7: Why didn’t you attend the Termination of Pregnancy Manual Vacuum Aspiration course?

1.7.2. If your answer is “Yes” to question 1.7: Why did you attend the Termination of Pregnancy Manual Vacuum Aspiration course?

1.7.3 Indicate the extent to which the following apply to your motivation for attending the Termination of Pregnancy Manual Vacuum Aspiration course Only answer if you have attended.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
1.7.3.1	My terms of employment require that I do the course.	1	2	3	4
1.7.3.2	I want to help clients in need of termination of pregnancy.	1	2	3	4
1.7.3.3	I was pressurised by management to do the course.	1	2	3	4
1.7.3.4	I had to do the course to maintain my job.	1	2	3	4

1.7.4. What other training relating to termination of pregnancy did you undergo?

1.8 Did you attend a values clarification workshop on termination of pregnancy?

Yes	1
No	2

1.8.1 If your answer is “No” to question 1.8: Why didn’t you do the values clarification workshop?

1.8.2 If your answer to 1.8 is “Yes” to what degree did the workshop make it easier for you to deal with termination of pregnancy? Only answer if you did attend.

Absolutely	strongly	A little	Not at all
4	3	2	1

1.8.2.1 If your answer to item 1.8.2 is “Absolutely” or “Strongly”: In what way did the workshop make it easier for you to deal with termination of pregnancy?

1.8.2. 2 If your answer to item 1.8.2 is ”A little” or “Not at all”, it is important to know why you did not benefit from the workshop. Please state why not.

1.9 Please indicate the area where you are working with termination of pregnancy clients.

1.Special TOP section in Gynecological ward	Yes 1	No 2
2.General Gynecological ward	Yes 1	No 2
3.Termination of pregnancy unit	Yes 1	No 2
4.Clinic	Yes 1	No 2
5.Community Health Centre	Yes 1	No 2
6.Other		

1.9.1 Indicate the extent to which each of the following statements pertains to you. Please indicate the response that comes closest to the way you feel.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
1.9.1.1	Before I was placed in this unit I knew that I would work with TOP clients.	1	2	3	4
1.9.1.2	I was informed by my unit manager before placement in this unit that I would work with TOP clients.	1	2	3	4
1.9.1.3	I only realized after having started working in this unit that I might have to work with TOP clients.	1	2	3	4
1.9.1.4	I thought that specially assigned colleagues would care for the TOP clients.	1	2	3	4

1.9.2 How long have you been working in this unit?

Years	Months

1.10 To what degree did you receive sufficient training on counseling before you were placed in this unit?

Sufficient	Insufficient	No training at all
3	2	1

1.11 To what degree are you enjoying your work in this section as indicated in 1.9?

Absolutely	Strongly	A little	Not at all
4	3	2	1

1.11.1

If your answer to question 1.11 is “A little” or “Not at all”, please indicate why the work is not all that enjoyable?

1.11.2

If your answer to question 1.11 is “Strongly” or “Absolutely”, it is equally important to know why you are enjoying your work in this unit. Briefly elaborate on your answer.

1.12

To what degree would you prefer to work in another unit?

Absolutely	Strongly	A little	Not at all
4	3	2	1

1.12.1

If your answer to question 1.12 is “Absolutely” or “A lot”, in which unit would you like to work?

1.13 Do you have any future goals in the unit you are currently working?

YES	NO
1	2

1.13.1 If your answer to question 1.13 is positive, what are your goals?

1.14 To what degree is in-service education relating to termination of pregnancy provided in the area in which you are working?

Continuously	Sporadically	Never
3	2	1

1.14.1 If in-service education relating to termination of pregnancy is provided in the area in which you work how often does this happen?

Monthly	Six monthly	Annually	Other
1	2	3	4

1.14.2 Do you attend these in-service education sessions?

Yes	1
No	2

1.14.2.1 If your answer to question 1.15.3 is “No”, why not?

1.14.2.2 Please indicate whether the following topics are covered in the in-service education sessions.

1.Values clarification	Yes 1	No 2
2.Manual vacuum aspiration procedure update	Yes 1	No 2
3.Contraceptive update	Yes 1	No 2
4.Counseling skills	Yes 1	No 2
5. TOP health care provider support (caring for the care giver).	Yes 1	No 2
6. Update on TOP protocols and policies.	Yes 1	No 2
7. Client assessment and preparation.	Yes 1	No 2
8. Management of procedure complications.	Yes 1	No 2
9. Attitude as a variable in a quality of care matrix.	Yes 1	No 2
10. Information on CTOPA and Bill of Rights.	Yes 1	No 2
11. Institutional code of ethics.	Yes 1	No 2

1.15 Indicate the extent to which each of the following statements pertains to your personal experience of termination of pregnancy in the unit in which you are working.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
1.15.1	I express myself fully in the work I am doing.	1	2	3	4
1.15.2	I am happy with the work that I am doing.	1	2	3	4
1.15.3	I have found my true "calling" in my current work.	1	2	3	4
1.15.4	My current work expresses my true personality.	1	2	3	4
1.15.5	My current work allows for personal growth.	1	2	3	4
1.15.6	My work with TOP inspires me.	1	2	3	4
1.15.7	My work allows for creativity on my part.	1	2	3	4
1.15.8	Through my work I help make the world a better place.	1	2	3	4
1.15.9	I am displeased with the work that I am doing.	4	3	2	1
1.15.10	My work motivates me.	1	2	3	4
1.15.11	My work gives me a sense of physical safety and security.	1	2	3	4
1.15.12	I feel challenged by the work that I am doing.	1	2	3	4
1.15.13	I <u>do not</u> find a meaning or purpose in life in the work that I am doing.	4	3	2	1
1.15.14	I feel unfulfilled with the work that I am doing.	4	3	2	1
1.15.15	Facing my daily task is a painful and boring experience.	4	3	2	1
1.15.16	My current work stifles my personal growth.	4	3	2	1
1.15.17	I am sometimes forced to act against my conscience.	4	3	2	1
1.15.18	I feel guilty about the work that I am doing in this unit.	4	3	2	1
1.15.19	My religious beliefs are reflected in my daily working life.	1	2	3	4
1.15.20	I am thinking of leaving the profession because of the work that I am doing in this unit.	4	3	2	1
1.15.21	I feel that I put my duty before my convictions in this unit.	4	3	2	1

1.16 Indicate the extent to which each of the following statements pertains to your relationship with clients in the unit and working in the unit.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
1.16.1	I feel uneasy working with clients in this unit.	4	3	2	1
1.16.2	I tend to postpone attending to a TOP client's request.	4	3	2	1
1.16.3	I am tired of explaining procedures over and over to every client	4	3	2	1
1.16.4	I am becoming increasingly irritated with clients in this unit.	4	3	2	1
1.16.5	I tend to be rude to my clients who want a termination of pregnancy.	4	3	2	1
1.16.6	The clients in this unit are emotionally draining.	4	3	2	1
1.16.7	I can provide emotional support to the client that undergoes a termination of pregnancy.	1	2	3	4
1.16.8	My perception of nursing has changed negatively since I am working in this unit.	4	3	2	1

1.17 For the following adjective pairs (opposites), please indicate the number that indicates the way you feel about your work in this unit.

1.17.1	Hopeless	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Hopeful
1.17.2	Alone	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Companionship
1.17.3	Sad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Joyous
1.17.4	Powerless	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Empowered
1.17.5	Dissatisfied	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Satisfied
1.17.6	Evil	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Good I
1.17.7	Wrong	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Right

**1.18 For the following adjective pairs (opposites), please indicate the number that comes closest to your feelings about abortion.
Abortion is:**

1.18.1	Bad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Good
1.18.2	Irresponsible	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Responsible
1.18.3	Murder	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Life giving
1.18.4	Criminal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Legal
1.18.5	Quick fix	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Long-term solution
1.18.6	Inhumane	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Humane
1.18.7	Unethical	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ethical
1.18.8	Shame	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pride
1.18.9	Immoral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Moral

1.19 Indicate the extent to which each of the following statements pertains to clients in the unit you are working in. Please indicate the response that comes closest to the way you feel.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
1.19.1	The integrity of the client is overlooked.	1	2	3	4
1.19.2	Informed decision making is a myth as clients have already decided by the time they opt for abortion.	1	2	3	4
1.19.3	The client with a termination of pregnancy for medical reasons gets faster help than TOP on request clients.	1	2	3	4
1.19.4	The care of TOP clients is deficient owing the pressure of time.	1	2	3	4
1.19.5	The care of TOP clients is deficient owing to bias against TOP.	1	2	3	4
1.19.6	The autonomy of the TOP client is disregarded.	1	2	3	4
1.19.7	Professional secrecy about the client's diagnosis is maintained.	1	2	3	4
1.19.8	The principles of equality and fairness are maintained with regard to TOP clients.	1	2	3	4
1.19.9	Clients give full informed consent to procedures relating to TOP.	1	2	3	4
1.19.10	Less courtesy is shown to clients opting for TOPS than when I started to work in this unit.	1	2	3	4

1.20 Please indicate the frequency with which you experience the following feelings and symptoms in relation to your work in this unit.

		Most of the time	Often	Some times	Not at all
1.20.1	General irritability.	1	2	3	4
1.20.2	Depression.	1	2	3	4
1.20.3	Overpowering urge to cry.	1	2	3	4
1.20.4	Overpowering urge to leave the unit\ward\clinic.	1	2	3	4
1.20.5	Fatigue.	1	2	3	4
1.20.6	Anxiety.	1	2	3	4
1.20.7	Gastrointestinal signs and symptoms e.g. diarrhea and	1	2	3	4
1.20.8	Inability to concentrate.	1	2	3	4
1.20.9	Insomnia.	1	2	3	4
1.20.10	Muscle tension.	1	2	3	4
1.20.11	Migraine headaches.	1	2	3	4
1.20.12	Increased smoking.	1	2	3	4
1.20.13	Increased alcohol consumption.	1	2	3	4
1.20.14	Increase in drug use (tranquilizers etc.).	1	2	3	4
1.20.15	Nightmares.	1	2	3	4
1.20.16	Chronic general body pains.	1	2	3	4

1.21 Indicate the extent to which you employ the following stress management activities/measures.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
1.21.1	I follow a balanced nutritious diet.	1	2	3	4
1.21.2	I make sure that I rest adequately.	1	2	3	4
1.21.3	I follow a regular exercise program.	1	2	3	4
1.21.4	There is nothing really that I can do about work related stress but to "get out".	4	3	2	1
1.21.5	I maintain a well-organized living and working environment.	1	2	3	4
1.21.6	I tell others what stresses me.	1	2	3	4
1.21.7	I do relaxation exercises regularly.	1	2	3	4
1.21.8	I talk to others about my situation.	1	2	3	4
1.21.9	I attend support group meetings for nurses working in termination of pregnancy units.	1	2	3	4
1.21.10	I have regular meetings with a psychologist\counselor.	1	2	3	4
1.21.11	I have regular meetings with religious leaders for support.	1	2	3	4
1.21.12	I have a mentor within the institution in which I am working.	1	2	3	4
1.21.13	I exercise positive self-talk.	1	2	3	4
1.21.14	I manage my time well.	1	2	3	4
1.21.15	I gather sufficient social support.	1	2	3	4
1.21.16	I receive sufficient collegial support.	1	2	3	4

- 1.22** Indicate the extent to which each of the following statements applies to your attitude towards clients in the unit you are working. Please indicate the response closest to the way you feel.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
1.22.1	I render individualized care to clients.	1	2	3	4
1.22.2	I inspire trust and confidence in clients.	1	2	3	4
1.22.3	I am always willing to help clients.	1	2	3	4
1.22.4	I act promptly on the client's requests and/or needs.	1	2	3	4
1.22.5	The client's wishes are very important to me.	1	2	3	4
1.22.6	I feel that a nurse knows better what is good for a client.	1	2	3	4
1.22.7	I tend to show my negative opinion of abortion through my response to the client.	4	3	2	1
1.22.8	I inform clients in a neutral objective matter.	1	2	3	4
1.22.9	I tend to become emotionally involved in clients' situations.	4	3	2	1

- 1.23** Indicate the extent to which each of the following statements applies to how you feel about yourself working in this unit. Please indicate the response that comes closest to the way you feel.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
1.23.1	I am sensitive to the feelings of colleagues.	1	2	3	4
1.23.2	I am comfortable with myself.	1	2	3	4
1.23.3	I am self-conscious about the work that I am doing in this unit.	1	2	3	4
1.23.4	I feel worthless.	4	3	2	1
1.23.5	I feel that people respect me.	1	2	3	4
1.23.6	I feel inferior.	4	3	2	1
1.23.7	I am discouraged with myself.	4	3	2	1

1.23.8	I am confident that I am making a success of my job.	1	2	3	4
1.23.9	I doubt the worth of what I do.	1	2	3	4

1.24 Indicate the extent to which the following statements pertain to your feelings about your commitment to the nursing pledge while working in this unit. Please indicate the response that comes closest to the way you feel.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
1.24.1	I feel that I am still honoring my profession.	1	2	3	4
1.24.2	I feel that I have no respect for human life.	4	3	2	1
1.24.3	The total health of my client is not important to me anymore.	4	3	2	1
1.24.4	I don't judge my client's decision regarding a TOP on request.	1	2	3	4
1.24.5	My client's decision does not interfere with our client\ nursing care provider relationship.	1	2	3	4
1.24.6	If I honor the Nursing Pledge, I cannot be involved in any TOP service.	1	2	3	4
1.24.7	Race of the client affects my perception of individual cases of TOP on request.	4	3	2	1
1.24.8	Religious orientation of the client does <u>not</u> affect my perception of individual cases of tops on request.	1	2	3	4
1.24.9	TOP as such are supported by professional nursing values and ethos.	1	2	3	4
1.24.10	Caring for the TOPs client is supported by professional nursing's values and ethos.	1	2	3	4
1.24.11	The client's health seeking goals clash with my professional goals.	4	3	2	1

1.25 Indicate the extent to which each of the following statements pertains to your feelings about abortion. Please indicate the response that comes closest to the way you feel.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
1.25.1	There are certain circumstances that justify an abortion.	1	2	3	4
1.25.2	The choice that needs to be made about whether to have a termination of pregnancy is with the pregnant woman.	1	2	3	4
1.25.3	Abortion should be considered a legitimate health matter.	1	2	3	4
1.25.4	Abortion will stop once it become illegal again.	1	2	3	4
1.25.5	There is NO reason good enough to opt for an abortion.	1	2	3	4
1.25.6	Only medical reasons are reasons good enough for doing an abortion.	1	2	3	4
1.25.7	Legalized abortion transgresses the collective conscience of South African citizens.	1	2	3	4

2. INTERPERSONAL SYSTEM

2.1 Indicate the extent to which each of the following statements pertains to the social support systems available to you. Please indicate the response that comes closest to the way you feel.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SD	D	A	SA
2.1.1	Counseling for the providers of TOP service is available at the unit I am working on.	1	2	3	4
2.1.2	As TOP service providers we share our experiences within the unit.	1	2	3	4
2.1.3	Peer learning is available to deal with obstacles regarding TOP.	1	2	3	4
2.1.4	There is no support available from the unit	4	3	2	1
2.1.5	Information about the work is exchanged on a daily basis with the unit manager.	1	2	3	4
2.1.6	My colleagues are dismayed with me working with clients who have opted for a termination of	4	3	2	1
2.1.7	Close friends are ignorant about my work.	4	3	2	1
2.1.8	My family does not support my working with clients who have opted for termination of pregnancy.	4	3	2	1
2.1.9	We do to talk about my work pertaining to termination of pregnancy at home.	4	3	2	1
2.1.10	My religion does not support termination of pregnancy	1	2	3	4
2.1.11	My colleagues have an understanding of the difficult decisions that I have to make.	1	2	3	4
2.1.12	Different opinions and values pertaining to abortion are tolerated in the unit I am working in.	1	2	3	4
2.1.13	At my place of work we talk about moral problems.	1	2	3	4
2.1.14	At my place of work we (nursing staff) have regular discussions about the work that we do.	1	2	3	4
2.1.15	I often receive rude comments from the members within the community.	4	3	2	1
2.1.16	I often receive rude comments on working in this unit by colleagues from other units	4	3	2	1

2.2 Indicate the extent to which each of the following items pertains to you with regard to each individual client during client counseling.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
2.2.1	I maintain confidentiality between myself and the client.	1	2	3	4
2.2.2	I listen attentively to the reasons each client gives for requesting termination of pregnancy.	1	2	3	4
2.2.3	I discuss all alternatives e.g. adoption or keeping the baby with each client.	1	2	3	4
2.2.4	I give the client time to verbalize feelings, beliefs and stressors.	1	2	3	4
2.2.5	I explain the procedure to each client individually.	1	2	3	4
2.2.6	I explain the importance of consent to each client.	1	2	3	4
2.2.7	I explain the importance of post abortion contraceptive use to each client.	1	2	3	4
2.2.8	I inform each client about emergency contraception.	1	2	3	4
2.2.9	I maintain non-directive counseling all the time.	1	2	3	4
2.2.10	Counseling must be mandatory.	1	2	3	4
2.2.11	I talk to each client about the importance of having a support system at home.	1	2	3	4

2.3 Indicate the extent to which each of the following statements pertains to your counseling technique when dealing with a client.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
2.3.1	I listen carefully to what the client says.	1	2	3	4
2.3.2	I acknowledge the client`s feelings and concerns.	1	2	3	4
2.3.3	I maintain silent moments to give the client a chance to ask questions.	1	2	3	4
3.3.4	I do not rush the client.	1	2	3	4
2.3.5	I encourage the clients to ask questions.	1	2	3	4
2.3.6	I give clear answers to the client.	1	2	3	4
2.3.7	I avoid questions starting with "why", which could appear judgmental.	1	2	3	4
2.3.8	I reassure the client that the feelings and questions she has, is normal under the circumstances.	1	2	3	4

2.4 Indicate the extent to which you maintain the following communication techniques when dealing with a client.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
2.4.1	I sit at the same level as the client.	1	2	3	4
2.4.2	I maintain eye-contact with the client.	1	2	3	4
2.4.3	I make encouraging gestures e.g. leaning forward.	1	2	3	4
2.4.4	I pay attention to the non-verbal communication of the client.	1	2	3	4
2.4.5	I use a tone of voice that shows interest and concern.	1	2	3	4
2.4.6	I tend to show expressions of judgment such as frowning.	4	3	2	1
2.4.7	I tend to show expressions of boredom such as yawning.	4	3	2	1
2.4.8	I tend to concentrate more on the documentation than on the client.	4	3	2	1

2.5 To what extent does each of the following persons support you in the work you are doing?

		Absolutely	Strongly	Fairly	A little	Not at all
2.5.1	Unit managers	1	2	3	4	5
2.5.2	Colleagues	1	2	3	4	5
2.5.3	Psychologist	1	2	3	4	5
2.5.4	Official support group	1	2	3	4	5
2.5.5	Friends/Family	1	2	3	4	5
2.5.6	Partner\spouse	1	2	3	4	5
2.5.7	Religious leaders	1	2	3	4	5

2.6 Indicate the extent to which each of the following statements pertains to you when dealing with a client. Please indicate the response that comes closest to the way you feel.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
2.6.1	I treat my clients with courtesy.	1	2	3	4
2.6.2	I explain everything regarding the procedure to each client.	1	2	3	4
2.6.3	I show concern for the clients` situation.	1	2	3	4
2.6.4	I empower clients to make informed decisions.	1	2	3	4
2.6.5	The information that I give my clients is understandable and on their level.	1	2	3	4
2.6.6	My clients trust me.	1	2	3	4
2.6.7	The time that I spend with my clients is adequate.	1	2	3	4
2.6.8	My clients have confidence in my nursing care.	1	2	3	4
2.6.9	I could not care less whether clients will recommend my service.	4	3	2	1
2.6.10	It is impossible to maintain professional nursing care in a TOPS unit.	4	3	2	1
2.6.11	My nursing care is more clinical and procedure orientated than person oriented.	4	3	2	1
2.6.12	It does not matter whether my care to clients in this unit is of any high quality.	4	3	2	1
2.6.13	I always keep the emotional consequences of the procedure for my client in mind.	1	2	3	4
2.6.14	I believe that my clients will recommend my service.	1	2	3	4
2.6.15	TOP clients do not deserve the same nursing care as other patients.	4	3	2	1
2.6.16	Falling pregnant due to life style risk does not justify TOP.	4	3	2	1

2.7 Indicate the extent to which you agree with the following statements pertaining to the fetus.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
2.7.1	The fetus is just a "potential" human being.	1	2	3	4
2.7.2	The fetus does not have a soul (or potential life after death).	1	2	3	4
2.7.3	The fetus will only be a person after being born.	1	2	3	4
2.7.4	The fetus becomes a person <u>only</u> once relationships with others are formed.	1	2	3	4
2.7.5	The fetus cannot feel pain.	1	2	3	4
2.7.6	The fetus is feeding as a parasite on the mother.	1	2	3	4
2.7.7	The fetus is not a human being yet.	1	2	3	4
2.7.8	The fetus cannot be consider as "life" and "alive".	1	2	3	4
2.7.9	Life starts with conception.	1	2	3	4
2.7.10	The uncertainty of surviving birth makes abortion more acceptable.	1	2	3	4
2.7.11	Human life already exists before conception takes place (in the ovum and sperm).	4	3	2	1

3. SOCIAL SYSTEM

3.1 Indicate the extent to which you agree on the following stipulations of the Choice on Termination of Pregnancy Act, Act no. 92 of 1996, as amended.

NB: We are not testing your knowledge on this legislation but wish to obtain your views on the acceptability of the stipulations of the Act.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
3.1.1	Any pregnancy may be terminated upon request by a woman during the first 12 weeks of pregnancy.	1	2	3	4
3.1.2	A pregnancy may be terminated if the pregnancy resulted from rape.	1	2	3	4
3.1.3	A pregnancy may be terminated if the pregnancy resulted from incest.	1	2	3	4
3.1.4	A pregnancy may be terminated if the continued pregnancy would pose a risk of injury to the women's mental or physical health.	1	2	3	4
3.1.5	A pregnancy may be terminated if a substantial risk exists that the fetus would suffer from severe mental or physical abnormalities.	1	2	3	4
3.1.6	A pregnancy may be terminated if the continued pregnancy would significantly affect the social or economic circumstances of the woman.	1	2	3	4
3.1.7	A pregnancy may be terminated when the pregnancy would endanger the women's life.	1	2	3	4
3.1.8	A pregnancy may be terminated if the continued pregnancy would result in severe malformation of the fetus.	1	2	3	4
3.1.9	Non-mandatory counseling before and after a termination of pregnancy must be provided.	1	2	3	4
3.1.10	Pre-counseling in the termination of pregnancy should be non-directive.	1	2	3	4
3.1.11	A termination of pregnancy should take place with the informed consent of the pregnant woman only.	1	2	3	4
3.1.12	If a minor chooses not to consult with a parent\ family member\friend the termination of pregnancy shall not be denied.	1	2	3	4
3.1.13	Any person, who prevents a lawful termination of pregnancy or obstructs access to a facility, shall be guilty of an offence.	1	2	3	4
3.1.14	Termination of pregnancy may only be carried out by a medical practitioner who has completed the prescribed training after 12 weeks of gestation.	1	2	3	4
3.1.15	A pregnancy up to 12 weeks gestation may be terminated by a registered nurse or registered midwife or medical doctor who has completed	1	2	3	4

the prescribed training.				
--------------------------	--	--	--	--

3.2 Indicate the extent to which you agree with the following statements regarding the institution that you are working in. Please indicate the response that comes closest to the way you feel.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
3.2.1	I had a choice regarding my placement in this unit.	1	2	3	4
3.2.2	Management does not acknowledge my personal ethics.	1	2	3	4
3.2.3	The institutional philosophy and mission accommodate TOP.	1	2	3	4
3.2.4	Before placement in a TOP unit, staff's duties are discussed with them by the unit manager.	1	2	3	4
3.2.5	Provision for debriefing of staff is made in this unit	1	2	3	4
3.2.6	There is a conflict of interest between my accountability towards the institution and my professional accountability.	1	2	3	4
3.2.7	In this institution the client's rights are all important and my rights are not important.	1	2	3	4
3.2.8	I only care for TOP client's because the institution expects if from me and not by choice.	1	2	3	4
3.2.9	I belief that the institution has the right to make decisions regarding the availability of a TOP service.	1	2	3	4
3.2.10	At my place of work we are always compliant to the Choice on Termination of Pregnancy Act's stipulations.	1	2	3	4
3.2.11	Legislation and legislative stipulations on abortion are elevated above personal morality at my place of work.	1	2	3	4
3.2.12	At my place of work reproductive choice is promoted as a fundamental human right.	1	2	3	4
3.2.13	Negative behavior toward TOP clients is dealt with assertively by management\the system's code of ethics.	1	2	3	4
3.2.14	Positive attitudes toward clients and co-workers are included in the institution's codes of ethics.	1	2	3	4

3.3 Indicate the extent to which you agree with the following statements regarding the support that is available for registered nurses in the unit in which you are working.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
3.3.1.1	My unit manager talks to me daily about my welfare and feelings.	1	2	3	4
3.3.1.2	Positive attitudes and behaviors towards TOP service provision are promoted.	1	2	3	4
3.3.1.3	All the trained TOP providers are utilized optionally in this unit.	1	2	3	4
3.3.1.4	Positive pro-choice health care provider initiatives are promoted.	1	2	3	4
3.3.1.5	Good TOP practices and service provision are acknowledged and rewarded.	1	2	3	4
3.3.1.6	The institution provides proper orientation of staff before placement in this unit. .	1	2	3	4
3.3.1.7	The unit manager promotes cooperation and teamwork.	1	2	3	
3.3.1.8	Special incentives are offered to registered nurses working in TOP units.	1	2	3	4
3.3.1.9	Debriefing is available.	1	2	3	4
3.3.1.10	Asking the unit manager for support is a sign of weakness.	4	3	2	1
3.3.1.11	Management cares about me as a member of the TOPS unit.	1	2	3	4
3.3.1.12	The unit manager requests feedback on a daily basis regarding our program and workload.	1	2	3	4
3.3.1.13	At my place of work I have the option to rotate between different units	1	2	3	4
3.3.1.14	My unit manager realizes how important her/his support is to members of staff	1	2	3	4
3.3.1.15	"Time-out" of the unit is built in as a safety measure for our emotional wellbeing.	1	2	3	4
3.3.1.16	At my place of work values clarification workshops regarding TOP are available for managers.	1	2	3	4
3.3.1.17	Members of staff are encouraged to attend debriefing sessions.	1	2	3	4
3.3.1.18	Participative management is allowed in this unit.	1	2	3	4
3.3.1.19	An effort is made to increase the number of registered nurses who is willing to work in the unit.	1	2	3	4
3.3.1.20	Training regarding TOP is not encouraged in this institution.	4	3	2	1

3.3.1.21	Management is intimidating staff in the unit that I am working.	1	2	3	4
----------	---	---	---	---	---

3.3.2 Please indicate the management support that you would like to receive in the unit that you are working.

3.4 Indicate the extent to which you agree with the following ethical guidelines which was drafted by the South African Nursing Council (SANC) with reference to TOP regarding health care irrespective of conscientious objection (Dept. of Health Western Cape, H56/2003).

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
3.4.1	Nursing care (assessment, planning, implementation, monitoring and evaluation) must be provided.	1	2	3	4
3.4.2	Basic assistance with activities of daily living must be provided.	1	2	3	4
3.4.3	Emotional physical and psychological support must be provided.	1	2	3	4
3.4.4	Prescribed medication must be provided.	1	2	3	4
3.4.5	Comfort and pain relief measures must be provided.	1	2	3	4
3.4.6	If a woman's life is in danger, emergency treatment may not be refused.	1	2	3	4
3.4.7	Information regarding TOP must be provided to a woman who requests a TOP.	1	2	3	4
3.4.8	Appropriate referral regarding a TOP client must be done when needed.	1	2	3	4

3.5 Indicate the extent to which you agree with the following statements of the South African Nursing Council (SANC) (Dept. of Health Western Cape, H56/2003) with regards to nurses in relation to TOP.

Key:

SDA = Strongly disagree

DA = Disagree

A = Agree

SA = Strongly agree

		SDA	DA	A	SA
3.5.1	A nurse may refuse to participate in the act of performing a TOP.	1	2	3	4
3.5.2	A nurse may object to removal and disposal of the expelled products of conception.	1	2	3	4
3.5.3	A nurse may lodge in writing to the employer his\her refusal to carry out a TOP.	1	2	3	4
3.5.4	A copy of the letter of refusal shall be placed in the nurses` official staff record as proof of conscientious objection.	1	2	3	4
3.5.5	I have completed documentation with regard to conscientious objection (removal and disposal of products of conception).	1	2	3	4
3.5.6	I was informed by my employer about my rights regarding conscientious objection pertaining to TOP.	1	2	3	4
3.5.7	Even if I did register as a "conscientious objector" I still have to provide information to the client regarding TOP and appropriate referral.	1	2	3	4

3.6 Have you been involved in any legal and litigation issue surrounding abortion while you are working in this unit?

YES	NO
1	2

3.6.1 If your answer to question 3.6 is positive, did management "stand up" for you?

Absolutely	strongly	A little	Not at all
4	3	2	1

3.6.1.1 If your response to item 3.6.1 is “A little” or Not at all” it is important to know why.

3.6.1.2 If your response to item 3.6.1 is “Absolutely” or “Strongly” it is important to know how they did support you?

3.6.2 Do you trust management that they will support you in any litigation and legal issues?

Absolutely	Somewhat	A little	Not at all
4	3	2	1

3.6.2.1 If your response to item 3.6.2 is “A little” or “Not at all”: It is important to know why.

BYLAE: 2b**PRETEST QUESTIONNAIRE****ASSESSMENT OF THE QUESTIONNAIRE.**

Please complete the following questions so that any problems encountered by you may be used to improve the research study.

Please complete document if you have any suggestions.

1.	Research study	Yes	No	Comments
1.1	Is the aim/purpose of the study clear?			
1.2	Do you understand the methodology of the study?			
1.3	Are you satisfied with aspects regarding the ethical considerations e.g. <ul style="list-style-type: none"> • Confidentiality? • Anonymity? • Informed consent? • Acceptability of the instrument? 			
2.	Questionnaire	Yes	No	Comments
2.1	Is the aim/purpose of			

	the questionnaire clear?			
2.2	Are you satisfied with the ethical considerations?			
2.3	Is the layout of the questionnaire clear?			
2.4	Are you satisfied with the quality of the paper?			
2.5	Are you satisfied with the quality of the printing?			
2.6	Were the instructions of the ranking scales clear?			
2.7	The time required to complete the questionnaire is it: <ul style="list-style-type: none"> • Too long? • Too short? 			
2.8	Was it easy to complete the questions?			
2.9	Did you understand the meaning of the questions?			
2.10	Were the questions clearly stated?			
2.11	Were the questions relevant?			

3. Any comments?

THANK YOU FOR COMPLETING THE QUESTIONNAIRE.

BYLAE 3

Toestemming

- UNISA ETHICS COMMITTEE (HSREC)
- Toestemmingsbrief om studie te onderneem
- Toestemming van staatsgesondheidsorginstansies en Marie Stopes

UNIVERSITY OF SOUTH AFRICA
Health Studies Research & Ethics Committee
(HSREC)
College of Human Sciences

CLEARANCE CERTIFICATE

Date: 15 OCTOBER 2009

Project No: 0786 174 5

Project Title: 'N KWANTITATIEW BESKRYWENDE STUDIE NA DIE HOUDING
EN OPTREDE VAN VERPLEEGKUNDIGES TEENoor
KLIENTE WAT TERMINASIES VAN SWANGERSKAP
VERKIES

Researcher: **A TRUTER**

Supervisor/Promoter: **Dr DM van der Wal**

Joint Supervisor/Joint Promoter: **Ms JE Tjallinks**

Department: **Health Studies**

Degree: **D Litt et Phil**

DECISION OF COMMITTEE

Approved

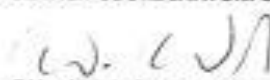
Conditionally Approved

15 October 2009

Date:


Prof **VJ EHLERS**

RESEARCH COORDINATOR: DEPARTMENT OF HEALTH STUDIES


Dr **DM vd Wal: SUPERVISOR**

June 19, 2012

Department of Health
Cape Town
8000

Dear Madam.

Permission to conduct study-2010.

I am a student at UNISA, busy with my Doctoral Degree in Nursing.

Research Title: *A QUANTITATIVE DESCRIPTIVE STUDY INTO THE ATTITUDES AND BEHAVIOUR OF NURSES TOWARDS CLIENTS OPTING FOR TERMINATION OF PREGNANCY.*

The target population for this study will be registered nurses working in termination of pregnancy sections in all the State Health Facilities in the Cape Metropole:

Groote Schuur Hospital	Nolungile Community Health Centre
Tygerberg Hospital	Karl Bremer Hospital
False Bay Hospital	Somerset Hospital
Eerste River Hospital	Victoria Hospital
GF Jooste Hospital	Wesfleur Hospital
Hottentots Holland Hospital	Michael Mapongwana Community Health Centre
2 Military Hospital	Mitchell's Plain Community Health Centre

Each registered nurse working in these sections will receive a questionnaire to complete, it will be voluntary, and informed consent must be given. The research will be conducted over five days to ensure that the nurses working various shifts are included.

I am requesting you kindly to extend the necessary permission and facilities to collect the data in April \May of this year.

Please see attached Research's Proposal and Ethical Clearance Certificate.

Sincerely,

Anso Truter
Mobile: 0829276799



Verwysing
Reference
Isalathiso

RP 44/2010

Navrae
Enquiries
Imibuzo

Dr A Dearham

Telefoon
Telephone
Ifowuni

021 483 4193

Departement van Gesondheid
Department of Health
iSebe lezeMpilo

Peperboomsingel 23
VREDEKLOOF
7560

FAX: 021-6371317
Dear: **Anso Truter**

RE: AN INVESTIGATION INTO THE ATTITUDE AND BEHAVIOUR OF THE REGISTERED NURSE TOWARD CLIENTS REQUESTING TERMINATION OF PREGNANCY

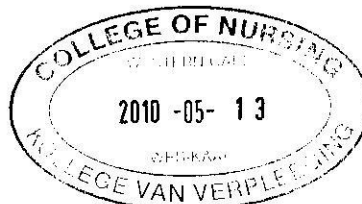
Thank you for submitting your proposal to undertake the above-mentioned study. We are pleased to inform you that the department has granted you approval for your research. Please contact following people to assist you with access to:

False Bay Hospital	Dr Rob Martell	Tel: (021) 782 1121
Eerste River Hospital	Dr Tim Visser	Tel: (021) 902 8001
GF Jooste Hospital	Dr Adam	Tel: (021) 690 1081
Helderberg Hospital	Dr Erasmus	Tel: (021) 850 4704
Karl Bremer Hospital	Dr Linda Naude	Tel: (021) 918 1222
Somerset Hospital	Dr Maart	Tel: (021) 402 6992
Wesfleur Hospital	Dr J. Gqodwana	Tel: (021) 571 8043
Mitchell's Plain CHC	Ms Zethu Xapile	Tel: (021) 391 5820

Kindly ensure that the following are adhered to:

1. Arrangements can be made with managers, providing that normal activities at requested facilities are not interrupted.
2. Researchers, in accessing provincial health facilities, are expressing consent to provide the department with an electronic copy of the final report within six months of completion of research. This can be submitted to the provincial Research Co-ordinator (healthres@pgwc.gov.za).
3. The reference number above should be quoted in all future correspondence.

We look forward to hearing from you.



Yours sincerely



DR J CUPIDO
DEPUTY-DIRECTOR GENERAL
DISTRICT HEALTH SERVICES AND PROGRAMMES

DATE: 13/05/2010

CC: Dr J CLAASEN DIRECTOR: KLIPFONTEIN / MITCHELL'S PLAIN SUBSTRUCTURE
Dr K GRAMMER DIRECTOR: SOUTHERN / WESTERN SUBSTRUCTURES
Dr G PEREZ DIRECTOR: EASTERN / KHAYELITSHA SUBSTRUCTURES

Dear Anso

The following sites were approved and I will forward you an approval letter.

Stellenbosch Hospital
Ceres Hospital
Clan William
Vredendal Hospital
TC Newman CDC
Montague Hospital
Robertson Hospital
Radie Kotze Hospital
Vredenburg Hospital

Kindly also note that the following sites were not approved.

Citrusdal
Lapa Munnik

I hope to receive approval for the following sites by next week.

Swartland
Lady Michealis

Kind regards
Claudette

Mrs C. Abrahams/ Mrs C. L. Sisam /Dr N. Peer
District Health Services & Health Programmes
P.O. Box 2060
Cape Town
8000
Tel +27 21 483 9907/4193
Fax +27 21 483 9895
[email:healthres@pgwc.gov.za](mailto:healthres@pgwc.gov.za)

Dear Anso

I received approval for Swartland Hospital.

The only site outstanding is Lady Michaels. I will let you know as soon as I received approval.

Kind regards
Claudette

Mrs C. Abrahams/ Mrs C. L. Sisam /Dr N. Peer
District Health Services & Health Programmes
P.O. Box 2060
Cape Town
8000

Tel +27 21 483 9907/4193
Fax +27 21 483 9895
[email:healthres@pgwc.gov.za](mailto:healthres@pgwc.gov.za)

>>> Health Research 2010/11/12 01:05 PM >>>
Dear Anso

The following sites were approved and I will forward you an approval letter.

Stellenbosch Hospital
Ceres Hospital
Clan William
Vredendal Hospital
TC Newman CDC
Montague Hospital
Robertson Hospital
Radie Kotze Hospital
Vredenburg Hospital

Kindly also note that the following sites were not approved.

Citrusdal
Lapa Munnik

I hope to receive approval for the following sites by next week.

Swartland
Lady Michealis

Kind regards
Claudette

Mrs C. Abrahams/ Mrs C. L. Sisam /Dr N. Peer
District Health Services & Health Programmes
P.O. Box 2060
Cape Town
8000
Tel +27 21 483 9907/4193
Fax +27 21 483 9895
[email:healthres@pgwc.gov.za](mailto:healthres@pgwc.gov.za)

ear Anso

The last site, Lady Michaelis has been approved.

I will let you have an approval letter by tomorrow.

Kind regards
Claudette

Mrs C. Abrahams/ Mrs C. L. Sisam /Dr N. Peer
District Health Services & Health Programmes
P.O. Box 2060
Cape Town
8000

Tel +27 21 483 9907/4193
Fax +27 21 483 9895
[email:healthres@pgwc.gov.za](mailto:healthres@pgwc.gov.za)
Good day Anso

Apologies for my silence but I have been on leave and got back today.
Please advise on the starting date for the data collection. I have seen the questionnaire before not unless anything has changed in which case you could send me a copy.

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

From: Anso Truter [\[mailto:Atruter@pgwc.gov.za\]](mailto:Atruter@pgwc.gov.za)
Sent: 17 December 2010 07:29 AM
To: andy.raman@mariestopes.org.za
Subject: RE: FW: D Litt et Phill studies

Good day
I hope you are well. I am ready to start my field work and data collections.
Must I e-mail the questionnaire to you or do you want copies? If so, please let me know how many copies I must send to you.
Thank you so much for helping me. Everything will be confidential and no names of individuals or institutions will be mentioned.
Kind regards.
Anso Truter

Mrs A Truter
Senior Lecturer
WCCN in conjunction with CPUT
Tel. 021-6841247
Fax. 021-6371317

"The purpose of life is to live it, to taste experience to the utmost, to reach out eagerly and without fear for newer and richer experience." - Eleanor Roosevelt

>>> "Andy Raman" <andy.raman@mariestopes.org.za> 2010/08/16 02:07 PM >>>

Good day Anso

Thank you for your interest in our organisation.
The questions require very personal responses, please confirm that these are anonymous? If so I will be happy for us to take part in the study.
Please let me know when you would like to forward it to the centres so that I am able to inform the relevant people.

Thank you.

Andy Raman
Marie Stopes, SA
Program Director, Coastal

202 Cowey Park
91 Cowey Road
Musgrave

4001

Tel: (031)2092914/24

Fax: 0866339781 or(031)2092949

Cell: 0784563830

email: andy.raman@mariestopes.org.za

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

From: Anso Truter [\[mailto:Atruter@pgwc.gov.za\]](mailto:Atruter@pgwc.gov.za)

Sent: 16 August 2010 11:15 AM

To: andy.raman@mariestopes.org.za

Subject: Fwd: FW: D Litt et Phill studies

Ms Raman

I am an UNISA student busy with my doctoral studies. I would like to know if I can include your clinics in my sampling. I would like to know if I can send an questionnaire to all the registered nurses working at Marie Stopes clinics in the Western Cape.

If it is possible would you please let me know how many registered nurses are working at your services.

Please see attached documents.

Kind regards.

Anso Truter

mobile: 0829276799



DEPARTMENT of HEALTH

Provincial Government of the Western Cape

Tygerberg
Mitchells Plain & Tygerberg

tel: +27 21 93
Pri

ENQUIRIES: Dr D S Erasmus

Dear Ms A Truter

PERMISSION TO CONDUCT YOUR RESEARCH/CLINICAL TRIAL AT TYGERBERG

*'n Kwantitatiewe beskrywende studie na die houding
verpleegkundiges teenoor kliënte wat terminasies van swangeska*

In accordance with the Provincial Research policy and Tygerberg Hospital permission is hereby granted for you to conduct the above-mentioned research here at Tygerberg Hospital.

CHIEF DIRECTOR

[c:mydoc-navorsing/truter]

Date : 09 SEP 2010



Enquiries : Dr B Patel
 Telephone : (021) 404-4469
 Fax : (021) 404-4304
 E-mail : Bpatel@pgwc.gov.za
 Reference : Research
 Date : 26 July 2010



Departement van Gesondheid
 Department of Health
 IShe IzeMulo

Ms A Truter
 Senior Lecturer
 Western Cape College of Nursing

Dear Ms A Truter

**RE: TOTAL NUMBER OF REGISTERED NURSES WORKING WITH
 TERMINATION OF PREGNANCY CLIENTS**

Your recent letter to the hospital refers.

You are hereby granted permission to proceed with your research.

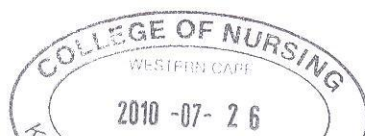
Please note the following:-

- a) Your research may not interfere with normal patient care.
- b) Hospital staff may not be asked to assist in the research.
- c) No hospital consumables and stationery may be used.
- d) Please introduce yourself to the person in charge of an area before commencing

I would like to wish you every success with your project.

Thanking you

DR B PATEL



Groote Schuur Hospital
 Private Bag,
 Observatory, 7935
 Telephone: 404-9111

BYLAE 4

- Termination of pregnancy (Jeftha, Burzelman and Joubert: 2010)
- E-pos: mediese terminasie van swangerskap
- Instansies wat terminasie van swangerskapdienste aanbied (DESIGNATED FACILITIES FOR TERMINATION OF PREGNANCY)
- Besonderhede Statistikus (Ellis 2012)
- Besonderhede Taalversorger (Visagie 2012)
- Besonderhede Tegnieeversorger (Lize Vorster 2012)

TERMINATION OF PREGNANCY:

Purpose:

The purposes of the document is look at existing TOP services in Metro East and Metro West and give an indication of the providers rendering the service, identify gaps and make recommendations.

Background:

The provision of TOP services has historically been problematic for various reasons of which some includes recruitment of trained staff, availability of infrastructural resources as well as funding issues. In order for the service to reduce the morbidity and mortality of women with regards to childbirth it important that the Choices of Termination Act of 1996 as Amended used as preventative strategy along with other measures. The National Strategic Plan for the Implementation of the Choices of Termination of Pregnancy Act makes provision for the decentralization of TOP services in order for the programme to be successful.

The establishment of TOP services in the Metro has not been without problems and some of the identified problems remain evident e.g. lack staff to provide services, poor infrastructure and other resources, negative attitudes in general and specific in health care providers.

CURRENT SERVICES IN METRO EAST AND METRO WEST

FACILITY	ADDRESS	1 st Trim. TOP Yes / No	2 nd Trim TOP - Medical Yes / No	Number of staff Dr's	Number of staff Prof. Nurses
Metro East					
Tygerberg Hospital	Tygerberg	Yes	Yes	Roving Team Dr	0
Karl Bremer Hospital	Parow	Yes	Yes	Roving Team Dr	Roving Team
Eerste River Hospital	Eerste River	Yes	No		Roving Team
Helderberg Hospital	Somerset West	Yes	No	1	0

GF Jooste Hospital	Mannenber	Yes	Yes		Roving Team Dr	Roving Team
Micheal M CHC	Khayelitsha	Yes	No		Roving Team Dr	1 Not Top's
Nolungile Clinic	Khayelitsha	Yes	No			1 + MSF
Kuyasa Clinic	Khayelitsha	Yes	No			MSF - 1
Mitchell's Plain CHC	Mitchell's Plain	Yes	No		Roving Team Dr	1 Not Top's
Metro West						
Groote Schuur	Observatory	Yes	Yes		Roving Team Dr	0
False Bay Hospital	Falsbay	Yes	No		1	0
Somerset Hospital	Somerset	Yes	Yes		1	Roving Team
Victoria Hospital	Plumstead	Yes	Yes		Roving Team Dr	Roving Team
Wesfleur Hospital	Atlantis	Yes	At times		Roving Team Dr	Roving Team
Lady Michealis	Retreat	New service to start 12 July	1 st Trim Service from Vic to CHC			Roving Team
2 Military Hospital	Wynberg	Yes	No		2	0
PRIVATE PROVIDERS AND NGO'S						
Marie Stopes	Cape Town	Yes	Yes		Roving Team Dr	2
Marie Stopes	Wynberg	Yes	Yes		Roving Team Dr	1
Mostiac	Ottery	Yes	No			1
Broad Road Surgical	Wynberg	Yes	Yes		1	
Cape Town Medical	Cape Town	Yes	On Motivation			

CHC Micheal M CHC's. Second trimester cases are done by three doctors that makes this service very venerable. Difficult to place patients when both on leave or when one of them sick.

No TOP Nurse Providers have been trained in the last 4 years, no new doctors to run second trimester services were employed since 2000, but the patient burden has increased steadily.

Current staffing to provide TOP services appears to be stretch to its limits and additional capacity at all mentioned facilities needs to be addressed to ensure quality of care.

Data Management:

TOP's are done at facility level but the flow to the substructure and Provincial information management needs to be addressed to improve availability of data.

Eerste River Hospital and CoCT sites for e.g Nolongle Youth Centre and Kuyaza Clinics data not available on Sinjani.

Facility	Apr 09	May 09	Jun 09	Jul 09	Aug 09	Sept 09	Oct 09	Nov 09	Dec 09	Jan 10	Feb 10	Mar 10
HH	34	56	38	46	33	47	44	36	9	27	32	41
Micheal M	0	60	50	56	71	0	54	60	53	52	64	0
GSH	18	26	19	23	25	28	0	0	0	0	0	0
Falsebay	18	16	19	24	20	9	22	13	12	18	19	16
Eersteriver												
MPCHC	40	82	66	66	63	58	71	64	75	45	90	67
Jooste	281	377	279	287	0	281	284	215	0	0	291	320
Somersset Hospital	38	32	45	44	42	47	49	45	0	0	0	0
KBH	18	140	171	146	134	105	142	146	166	156	171	134

Christiaan Barnard Hospital	Cape Town	Yes	On Motivation Yes	
Constantiaberg Medi - Clinic	Plumstead	Yes	Yes	
Durbanville Medi - Clinic	Durbanville	Yes	Yes	
Kingsbury Hospital	Claremont	Yes	Yes	
Millnerton Medi - Clinic	Millnerton	Yes	On Motivation	
Panorama Medi - Clinic	Panorama	Yes	No	
UCT Private Clinic	Observatory	Yes	No	I

Human Resources:

There are not many public health facilities with dedicated TOP service providers on their establishment except for Tygerberg, Groote Schuur. TOP services are mostly done by locum doctors for 2nd trimester TOP's.

The nursing roving team established in 2007 on contract at Karl Bremer Hospital currently provides 1st Trimester TOP's at Tygerberg Hospital, Victoria Hospital, Karl Bremer Hospital, Eerste River Hospital, Wesfleur Hospital. The team consists of one professional nurse and an enrolled nurse
Eersteriver Hospital receives outreach service from Helderberg Hospital when their medical officer goes on leave. The roving team also provides a service here.

Roving team of doctors in place for many years and consist of 2 full time doctors and one part time doctor. They do 1st and 2nd trimester lists at Tygerberg, Groote Schuur, Karl Bremer, Victoria, Wesfleur, Somerset, Eerste River hospitals and Mitchell's Plain

Rolling out of new services:

Metro West is well covered in terms of sites providing TOP services. Lady Michealis CHC has been accredited to provide 1st trimester TOP service. The current service will move from Victoria Hospital to the CHC and will be done by the roving team. This service started on 12/07/10 and 5 clients accessed the service. Facility staff gave their full support to the service and all logistics were sorted out.

Metro East is well covered to provide the service in Helderberg and Khayelitsha but Northern as part of Metro East lack adequate TOP services within the Kraaifontein area. KBH is not able to cope with the increase of the population in the area and Kraaifontein CHC might be considered as a future TOP site.

Way Forward:

It is important to see TOP services as an integral part of the package of care to be provided at district and other levels of care. For the service to be effective and of a high standard it is necessary to ensure the following:

1. Facilities need to have buy in from management in order to fast track the identified needs in terms of the service.
2. Adequate staffing must be made available
3. Necessary infrastructure must be in place in terms of the Act to provide the service.
4. Health promotion activities need to be strengthened at all levels of care.
5. DoH to consider partnership agreement with private providers especially in Northern to improve access to TOP services.

Completed By:

P.Jeftha
R.Burzelman
Sr. Joubert

00 Julie 2010

From: Hasina Khaki <Hasina.Khaki@pgwc.gov.za>
To: Anso Truter <Atruter@pgwc.gov.za>
CC: Edna Arends <Edna.Arends@pgwc.gov.za>
Date: 2012/01/16 10:15 AM
Subject: RE: TOP information
Attachments: TOPS PERFORMED 3rd Q 2011-2012_150711 (12).xls

Hi Anso

Compliments of the season to you. As requested by you, please find attached the stats for WC. I do not have stats for SA.

As for the implementation of MTOP this is the process we followed:

1. Formulated the policy and guidelines.
2. We priced the Mifeprestone and Misoprostyl and procured them.
3. We focussed on a minimum of one site per district for roll out.
4. Identified staff that were CTOP providers for MTOP training.
5. Offered the course to trainers as well, with the intention of having trainers as mentors and for continuation of training on site.
6. National outsourced training to IpasSA, who presented the course to all provinces.
7. IpasSA evaluated the participants and certified proficiency
8. Roll out commenced in August 2011.

Hope this will be adequate for you. Should you need more information please feel free to drop me an e mail.

Regards
 Hasina

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

From: Edna Arends
Sent: 16 January 2012 08:48 AM
To: Anso Truter; Estelle Matthews; Hasina Khaki
Subject: RE: Info-DLitt et Phil

Hi Hasina

Please see request from Anso below.

Regards
 E

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

From: Anso Truter
Sent: 16 January 2012 07:45 AM
To: Edna Arends; Estelle Matthews
Subject: Info-DLitt et Phil

Dear Edna and Estelle

Hope you are well. A brilliant 2012 for you.

Do you perhaps have the more resent statistics for TOP in SA and the WC. I also need more info about medical TOPS and the implementation process. Will be possible to get it in this week?

Thanks so much.
 This will be the last.

Warm regards.
 Anso Truter

Curriculum Vitae of Dr Suria Ellis

1. General information

Title, name and surname:	Dr Susanna Maria Ellis
Date of birth:	1955/07/17
Citizenship:	RSA
Professional registrations:	SACNSP

2. Contact details

Organisation where based:	North-West University (NWU)
Faculty or School:	Faculty Natural Sciences, Statistical Consultation Services
Work telephone number:	+27 (0)18 299 2181
Work fax number:	+27 (0)18 299 2557
Cell phone number:	-
E-mail address:	suria.ellis@nwu.ac.za
Website address:	http://www.nwu.ac.za
Work postal address:	Private Bag X6001, Potchefstroom South Africa, 2520
Work physical address:	North-West University (NWU) Potchefstroom Campus Hoffman street Potchefstroom

3. Qualifications

Qualification type:	PhD
Field of study:	Statistics
Institution:	North-West University (PU for CHE)
Year obtained:	2002

Qualification type:	MSc
Field of study:	Statistics
Institution:	North-West University (PU for CHE)
Year obtained:	1999

Qualification type:	MSc
Field of study:	Physics
Institution:	North-West University (PU for CHE)
Year obtained:	1979

4. Employment history

Position:	Organisation	Appointed from – to:
-----------	--------------	----------------------

TAALVERSORGER

KWALIFIKASIES = RUIDA VISAGIE:

B.A Unisa - Hoofvakke: Afrikaans-Nederlands
Sielkunde

Taalwetenskap (Linguistiek) II
Engels II

HOD - Stellenbosch
Dipl. Vertaling - Independant College of Careers



Tax Invoice

Invoice number: CB0258

Date: 21 February 2012

To: Anso Truter

E-mail: ansotruter@yahoo.com

PAYMENT ADVICE:

Cheque account number: 405 495 9859
Account name: L Vorster
Bank: ABSA Bank
Branch Code: 632 005

For: Technical formatting of thesis



Lize Vorster

document design * editing & translation * copy writing * layout

Vygje Street 9, Welgevonden Estate, Stellenbosch, 7600
Cell 082 856 8221 * E-mail: lizevorster@gmail.com

BYLAE 5

Alternatiewe opsomming van studie

Bykomende opsomming van gevolgtrekking en aanbevelings.

Stellings	Gevolgtrekking	Aanbevelings
<p>Verpleegkundiges se houding teenoor terminasie van swangerskap ingesluit die demografiese detail van verpleegkundiges.</p>	<p>Gemiddelde ouderdom van respondente was 41.7 jaar. Ouderdom beïnvloed nie die verpleegkundige se houding ten opsigte van TVS nie.</p> <p>Die meeste respondente was vroue, 94%.</p> <p>Die meeste van die kliënte is Kleurling, 62%.</p> <p>Die meeste respondente het kinders, 78%.</p> <p>Kinders beïnvloed nie die respondente se gevoelens ten opsigte van TVS nie.</p> <p>Die meeste respondente behoort aan die Christelike geloof, 90%. Die gevoelens van die respondent betreffende haar werk in die TVS-afdeling is statisties afhanklik van haar geloof (χ^2, $p < 0.05$, $df = 6$).</p> <p>Op die semantiese differensiële skaal het die respondente aangedui dat hulle meer negatiewe gevoelens het ten opsigte van TVS.</p> <p>Daar was statistiese beduidenheid met betrekking tot respondente se siening van die fetus en hul gevoelens ten opsigte van TVS. Die fetus word as 'n potensiële mens (lewende wese) gesien, met lewe wat tydens konsepsie begin, dit neig meer na die pro-lewe oriëntasie.</p> <p>Die meeste respondente het saamgestem met die bepalinge van die KOBWet.</p>	<p>Gesondheidsorgdienste/owerhede (sosiale sisteem) moet die verpleegkundige se persepsies ten opsigte van TVS binne hierdie sisteem erken.</p> <p>Waarde-uitklaringswerkswinkels is van belang en moet kwartaaliks aangebied word, moet bygewoon word deur al die personeellede werksaam in TVS-afdelings ingesluit diegene op tydelike\aflos basis. Opvolgwerkswinkels is belangrik wat as ondersteunings of evalueringsmaatreël van vorige werkswinkels kan dien, sodoende kan aanpassingsprobleme na die aanvanklike werkswinkel bespreek word.</p> <p>Alle verpleegopleidingsinstansies moet waarde-uitklaringswerkswinkels aanbied, sodoende het aspirant-verpleegpersoneel reeds die opleiding gehad en kan opvolgwerkswinkels plaasvind.</p>
<p>Die verpleegkundige</p>	<p>Verpleegkundiges se persepsie van hul</p>	<p>Hierdie positiewe persepsie van</p>

<p>se persepsie van hoe haar houding haar optrede teenoor die kliënte wat terminasie van swangerskap ondergaan het beïnvloed.</p>	<p>houding is: Dat kliënte professionele sorg ontvang; aan hul emosionele ondersteuning gebied word; maar kliënte het reeds 'n besluit geneem ten opsigte van die swangerskap wanneer hul by die diens aanmeld. Daar is statiese beduidenheid met betrekking tot respondente se persepsie\gevoelens ten opsigte van hul houding teenoor kliënte in die TVS-afdeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling, • hul verbintenis tot die Verpleegsters Diens Geloofte, • hul beradingstegnieke en kommunikasietegnieke, • die bepalings in die KOBS-Wet. <p>Daar is statiese beduidenheid met betrekking tot respondente se verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hul persoonlike ervaring van TVS, • hul ervaring van gevoelens en simptome in TVS-afdeling (stres), • hul houding ten opsigte van kliënte, • hul verbintenis rakende Verpleegsters Diens Geloofte, • hul persoonlike gevoelens ten opsigte van TVS, • hul beradingstegnieke en kommunikasietegnieke, • hul siening van die 	<p>verpleegkundiges moet versterk word.</p> <p>Dit kan gebeur deur meer sessies\vergaderings met hierdie verpleegkundiges te hou, sodoende kan dankbaarheid en erkenning getoon word. Die filosofie van verpleging en hul verbintenis tot die Verpleegsters Diens Geloofte kan ook beklemtoon word.</p>
---	--	---

	<p>KOBS-Wet,</p> <ul style="list-style-type: none"> • ondersteuning beskikbaar in die TVS-afdeling, • die etiese riglyne van die SARV, • asook hul gevoelens ten opsigte van TVS. <p>Verpleegkundiges se persepsie is dat hul oor voldoende beradingsvaardighede en kommunikasietegnieke besit.</p>	
<p>Verpleegkundiges se ervaring van terminasie van swangerskap.</p>	<p>Die respondent se ervaring van TVS is oor die algemeen positief. Die respondente het oor die algemeen aangedui dat hul nie tekens en gevoelens (stres) ervaar nie. Die meeste, 83%, geniet hul werk in die afdeling, maar tog wil die meeste graag in 'n ander afdelingwerk, 60%. Die meeste van hierdie respondente het afdelings aangedui wat TVS uitsluit. Dit mag wees weens die hoop dat dit elders beter is. Die meeste respondente het aangedui dat hul geen ondersteuningsessies, het nie ingesluit sielkundige of pastorale ondersteuning. Geen mentor \ "buddy"-sisteem is beskikbaar nie.</p> <p>Daar is statiese beduidenheid met betrekking tot respondente se persoonlike TVS ervarings en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling, • die ondersteuning in die TVS-afdeling, • die gevoelens ten opsigte van hul werk in TVS-afdeling asook hul gevoelens ten opsigte van TVS. 	<p>Weereens moet hierdie positiewiteit wat voorkom versterk word deur gereelde sessies\vergaderings met verpleegkundiges.</p> <p>Ondersteuningsessies (Tabel 6.1) is van belang en moet geskied.</p> <p>Mentor ondersteuning is belangrik of self makkerhulp\buddy- sisteem is belangrik as ondersteuningsmeganisme.</p> <p>Die belang van waarde-uitklaringswerkswinkels word weer beklemtoon.</p>

	<p>Daar is statiese beduidenheid met betrekking tot respondente se gevoelens en simptome (stres) ten opsigte van hul werk soos beleef indie TVS-afdeling en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hul verhouding met kliënte in die TVS-afdeling, • ondersteuning van persone en ondersteuning beskikbaar in die TVS-afdeling vir verpleegkundiges. <p>Daar is statiese beduidenheid met betrekking tot respondente se stresshanterings aktiwiteite\meganismes en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hul persoonlike ervaring van TVS, • pro-keuse houding, • die ondersteuningsisteme beskikbaar (sosiaal, persone, in die TVS-afdeling, bestuur), • groepsberading (interpersoonlike sisteem en sosiale sisteem), • rotasie na ander afdelings. <p>Groepsberading as stres meganisme\aktiwiteit dra wel by tot die hantering van stres.</p>	
<p>Die behoeftes van verpleegkundiges werksaam in terminasie van swangerskapafdelings .</p>	<p>Die meeste respondente was geregistreer in Algemene Verpleegkunde, Verloskune, Psigiatre en Gemeenskapsverpleegkunde , 45%. Die meerderheid respondente het dus 'n omvattende opleiding in verpleegkunde ondergaan. Die meeste respondente, 57%, woon nie indiensopleidingsessies by nie weens logistieke probleme, personeel te kort, stel nie belang nie en word selde aangemoedig om hierdie</p>	<p>Indiensopleiding moet opgeskerp word in die Wes-Kaap vir verpleegkundiges en persone in bestuurs-posisies.</p> <p>Pro-keuse gesondheidsorgvoorsieners inisiatief moet aangemoedig word, dit mag help dat meer verpleegkundiges die MVA-opleiding bywoon asook die</p>

	<p>sessies by te woon, nie genomineer nie.</p> <p>84% Het nie die MVA-kursus bygewoon nie. Die bywoning van hierdie MVA-opleiding aldan nie is statisties afhanklik van haar gevoelens rakende TVS. (X^2: $p < 0.05$, $df=1$).</p> <p>78).</p> <p>55% Van die respondente het geen ander opleiding rakende TVS bygewoon nie.</p> <p>68% Van die respondente het geen opleiding ten opsigte van berading ontvang voor plasing in die TVS-afdeling nie.</p> <p>58% Van die respondente het nie waarde-uitklaringswerkswinkels bygewoon nie, die 42% wat dit bygewoon het, het aangedui dat dit wel gehelp het om TVS beter te verstaan en te hanteer.</p> <p>Geen ondersteuningsessies word aangebied nie. Geen ondersteuning van sielkundige, pastoraal, vriende, familie, lewensmaat kom voor nie. Die meeste respondente praat nie by die huis oor hul werk nie. Geen ontladingsessies word aangebied nie.</p> <p>Respondente kry nie genoeg ondersteuning van bestuur nie.</p> <p>Daaglikse beplanningsvergaderings met afdelingsbestuur vind nie plaas nie. Prokeuse gesondheidsvoorsiensers inisiatief word nie aangemoedig nie. Deeglike oriëntasie voor plasing in die afdeling vind nie plaas nie. "Time-out"rotasie na ander afdelings vind nie plaas nie. Geen erkenning of bykomende beloning vir die respondente is beskikbaar nie. Personeel</p>	<p>mediese terminasie van swangerskap wat tans in die Wes-Kaap implementeer word.</p> <p>Waarde-uitklaringswerkswinkels is belangrik, ook vir bestuur.</p> <p>Ondersteuningsessies en ontladingsessies moet aangebied word (sien Fig.A).</p> <p>Daaglikse vergaderings met afdelingsbestuur is belangrik (sien Fig.A).</p> <p>Verpleegpersoneel getalle sal moet vermeerder in TVS-afdelings.</p> <p>Bestuur sal die gewoonte moet aankweek om erkenning te toon.</p> <p>Die Departement van Gesondheid sal strukture daar moet stel vir bykomende beloning/skaars-vaardighede-toelaag vir verpleegkundiges wat in TVS-afdelings diens lewer.</p>
--	--	---

	<p>tekort in hierdie afdelings word nie aangespreek nie.</p> <p>Respondent voel dat bestuur ook opleiding benodig ingesluit die bywoning van waarde-uiklaringswerkswinkels. Respondente is bekommerd oor bestuur se hantering van personeel konfidensialiteit.</p>	
<p>Die verpleegkundige se verwagtinge van die diens wat sy lewer.</p>	<p>Die meeste respondente is werksaam in 'n algemene ginekologiese (<i>werk met TVS kliënte en pasiënte vir ginekologiese prosedures</i>).</p> <p>Respondente se gevoelens was positief rakende hul werk in die TVS-afdeling maar word tog beïnvloed deur hul persoonlike gevoelens rakende TVS.</p> <p>Dit word statisties beïnvloed deur hul persoonlike ervaring van TVS en hul gevoelens ten opsigte van TVS.</p> <p>Die meeste respondente sal graag in 'n ander afdeling werk, tog is die meeste respondente gelukkig in die afdeling waar hul werk. Die meeste respondente het toekomsdoelwitte, hierdie toekomsdoelwitte was gesentreer rondom beter gehalte verpleegsorg, holistiese sorg en om kontrasepsie gebruik van kliënte te verbeter. Respondente het ook persoonlike doelwitte soos verdere opleiding, ingesluit opleiding in TVS. Die meeste respondente werk tussen 5-10 jaar in die betrokke afdeling. Respondente was bewus voor plasing in die afdelings waarin hul werk, dat hul met TVS kliënte gaan werk.</p>	<p>'n Meer indiepte ondersoek, om die rede(s) te bepaal waarom respondente aangedui het dat hulle hul werk geniet, maar tog in ander afdelings sal wil werk. Dit kan die moontlike bepaling van die presiese verwagtinge van hierdie verpleegkundiges meebring.</p>
<p>Verpleegkundiges se</p>	<p>Dit blyk dat respondente se houding</p>	<p>Verpleegkundiges moet inligting</p>

<p>houding jeens wetgewing betrekking terminasie van swangerskap.</p>	<p>teenoor die wetgewing en etiese riglyne rakende terminasie van swangerskap in hierdie studie positief is. Dit word ook ondersteun deur die geringe aantal respondente wat by wetlike- en litigasie-aangeleenthede betrokke was (6%).</p> <p>Daar was statistiese beduidenheid met betrekking tot respondente se siening van die etiese riglyne wat deur die SARV daargestel is met verwysing na terminasie van swangerskap en gesondheidsorg ten spyte van gewetensbeswaar (Dept. of Health Western Cape, H56/2003) en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verhouding met kliënte in die afdeling en werksverrigting in die afdeling, • die respondente se verbintenis tot die Verpleegsters Diens Geloofte, • kliënt berading, beradingstegniek en kommunikasietegnieke, • die bepalinge in die KOBW-Wet. <p>Die meeste respondente het nie saamgestem (61%) dat hul dokumentasie ten opsigte van gewetensbeswaar kan voltooi rakende die verwydering en wegdoen van die produkte van konsepsie nie en dat dit saam met personeelrekords geberg kan word nie. Dit mag wees weens 'n gebrek aan oriëntasie voor plasing in die afdeling of gebrek aan kennis.</p>	<p>ontvang rakende hul regte binne die sosiale sisteem (wetgewing) soos van toepassing op terminasie van swangerskap in Suid-Afrika. Die bywoning van van waarde-uitklaringswerkswinkels is van belang. Oriëntasie van verpleegkundiges voor plasing in 'n TVS-afdeling ten opsigte van kontraktuele regte binne die sosiale sisteem (wetgewende raamwerk) is belangrik en moet plaasvind.</p>
<p>Die houding van verpleegkundiges wat voel dat hulle daartoe</p>	<p>Die meeste respondente het 'n keuse gehad ten opsigte van plasing in die TVS-afdeling.</p>	<p>Die maak van persoonlike keuses ten tye van plasing vir verpleegkundiges is van belang</p>

<p>verplig word om in terminasie van swangerskapafdelings te werk te onderskei van diegene wat vrywillig daar werk.</p>		<p>vir gehalte klient\pasiënte sorg.</p>
<p>Te onderskei of terminasie van swangerskapopleiding (MVA) 'n invloed op verpleegkundiges se houding teenoor en ervaring van terminasie van swangerskap het.</p>	<p>Geen statistiese beduidenheid is gevind nie. Dit sal oor die algemeen pro-keuse verpleegkundiges wees wat die MVA-kursus sal voltooi.</p>	<p>Waarde-uitklaringswerkswinkels kan van hulp wees sodat verpleegkundiges hul standpunt ten opsigte van TVS kan bepaal.</p>