

Die Redes vir die Hoë insidensie van
terminasie van swangerskappe
in die Vrystaat

C.R.L. Mei

Die Redes vir die Hoë insidensie van Terminasie van swangerskappe in die Vrystaat.

deur

C.R.L. Mei

Voorgelê ter vervulling van die vereistes vir die graad Magister Societatis Scientiae in Verpleegkunde in die Fakulteit Gesondheidswetenskappe, Skool vir Verpleegkunde, aan die Universiteit van die Vrystaat.

November 2006

Studieleier : Dr. L. Roets

Ek verklaar dat die verhandeling wat hierby vir die graad Magister Societatis Scientiae in Verpleegkunde aan die Universiteit van die Vrystaat deur my ingedien word, my selfstandige werk is en nie voorheen deur my vir 'n graad aan 'n ander Universiteit / Fakulteit ingedien is nie.

Ek doen voorts afstand van outeursreg in die verhandeling ten gunste van die Universiteit van die Vrystaat.

.....

C.R.L. Mei

BEDANKINGS EN ERKENNINGS

My opregte dank aan:

- 1) Dr. L. Roets , wat met volgehoue toewyding en kundigheid die studiebegeleiding waargeneem het, asook haar waardevolle insette wat aan die studie rigting gegee het.
- 2) My eggenoot, R.J. Borman vir sy onbaatsugtige liefde, geduld en ondersteuning.
- 3) Ramon, my dierbare kind, vir kosbare en onbewustelike ondersteuning en liefde, ek waardeer dit opreg.
- 4) Die Biostatiekdiens van die Universiteit van die Vrystaat vir die nasien en die statistiese hantering van die data.
- 5) Mev. Hannemarie Bezuidenhout vir die taalversorging van my studie.
- 6) Die personeel van die Sasol en Frik Scott Biblioteke aan die Universiteit van die Vrystaat vir hul hulp en ondersteuning.
- 7) Mev. Pam Peyper, vir die hulp met die grafiese werk.
- 8) Die professionele verpleegkundiges werksaam by die terminasie van swangerskappe inrigtings in Bloemfontein, Witsieshoek en Thaba 'Nchu.
- 9) My Hemelse Vader wat aan my elke dag krag en genade voorsien het, Hy het my voorwaar gedra.

Inhoudsopgawe

	Bladsy
Hoofstuk 1	1
Inleiding en Probleemstelling	1
1.1 Inleiding.....	1-3
1.2 Probleemstelling.....	3-6
1.3 Konsep Definisies.....	5
1.4 Konseptuele Raamwerk.....	6
1.5 Doelstelling.....	8
1.6 Doelwitte.....	8
1.7 Navorsingsontwerp.....	8
1.8 Navorsingstegniek.....	8
1.9 Populasie.....	9
1.10 Steekproef.....	9
1.11 Loodsstudie.....	10
1.12 Data-insameling.....	11
1.13 Data-ontleding.....	11
1.14 Geldigheid en betroubaarheid.....	11-12
1.15 Etiese aspekte.....	12
1.16 Waarde van die studie.....	13

Hoofstuk 2	14
Navorsingsmetodologie	14
2.1 Inleiding.....	14-17
2.2 Doelstelling.....	17
2.3 Doelwitte.....	17
2.4 Navorsingsontwerp.....	18-19
2.5 Populasie.....	19
2.6 Steekproef.....	20
2.6.1 Seleksie van die deelnemende klinieke.....	20-21
2.6.2 Seleksie van die deelnemende respondente aan die studie...	22
2.7 Meetinstrument.....	22-23
2.8 Loodsstudie.....	24
2.9 Betroubaarheid en Geldigheid.....	25-27
2.10 Data-insameling.....	27-29
2.11 Etiese aspekte.....	29-32
2.12 Samevatting.....	32

Hoofstuk 3	33
Literatuurstudie	33
3.1 Inleiding.....	33-34
3.2 Wetgewing oor Terminasie van swangerskap.....	35
3.2.1 Die Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie,..... Wet 2 van 1975	35-38
3.2.2 Die Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, Wet 92 van 1996.....	38-43
3.2.3 Die Impak van Wet 92 van 1996 op die Vrystaat provinsie.....	45-46
3.4 Kontrasepsie.....	47
3.4.1 Die noodsaaklikheid van kontrasepsie.....	47-48
3.4.2 Kenmerke van die ideale kontraseptiewe middel.....	49-50
3.4.3 Tipes kontraseptiewe metodes.....	50-51
3.4.3.1 Seksuele onthouding.....	51
3.4.3.2 Konvensionele kontraseptiewe metodes.....	51
3.4.3.2.1 Natuurlike metodes.....	51
i) Kalender- (“ritme-metode”).....	51-52
ii) Liggaamstemperatuurmetode.....	52
iii) Servikale-mukus-metode.....	52
iv) Simptotermiese metode.....	53
v) Ovulasie pyn (Mittelschermz).....	53
vi) Laktasie amenorree.....	53-54
3.4.3.2.2 Spermetodes.....	54

i) Diafragma.....	54
ii)Vroulike kondoom.....	54
3.4.3.2.3 Sterilisasi.....	55
i) Manlike sterilisasi.....	55
ii)Vroulike sterilisasi.....	55
a) Weense tegniek.....	55
b) Parkland-tegniek.....	56
c) Pomeroy-tegniek.....	56
d) Afsluitingstoestelle-tegniek.....	56
3.4.3.2.4 Spermisiede.....	56-57
3.4.3.3 Hormonale kontraseptiewe metodes.....	57
3.4.3.3.1 Orale hormonele metodes.....	57
i) Monofasiese pille.....	57
ii) Bifasiese pille.....	57
iii) Trifasiese kombinasiepille.....	58
iv) Die kontraseptiewe meganisme van kombinasie orale kontrasepsie.....	58
v) Progestogeen-alleen pille.....	58
3.4.3.3.2 Inspuitbare kontrasepsie.....	59
i) Depo-medroksieprogesteron-asetaat.....	59
ii) Depo-noretisteron-enantaat.....	59
3.4.3.4 Vaginale ring.....	59-60
3.4.3.5 Intra-uteriene kontrasepsie.....	60
3.4.3.6 Subdermale inplanting.....	60

3.4.3.7 Transdermale toediening.....	60
3.4.4 Die keuse van 'n geskikte kontraseptiewe middel.....	61-63
3.4.5 Die effektiwiteit van kontraseptiewe metodes.....	63
3.4.5.1 Teoretiese of metode effektiwiteit.....	63-64
3.4.5.2 Gebruikseffektiwiteit.....	64
3.4.5.3 Voortgesette gebruikseffektiwiteit.....	64-66
3.4.6 Die mislukking van kontrasepsie.....	66-67
3.4.7 Die newe-effekte van kontraseptiewe middels.....	67-68
3.4.7.1 Orale kontrasepsie.....	68
3.4.7.2 Kontraseptiewe inspuiting.....	68
3.4.7.3 Sper- of meganiese kontraseptiewe metodes.....	68
3.4.7.4 Intra-uteriene kontrasepsie.....	68
3.4.7.5 Sterilisasie.....	68
3.4.7.6 Noodkontrasepsie.....	68-69
3.4.8 Redes vir die staking van kontraseptiewe middels.....	69-70
3.4.9 Noodkontrasepsie.....	71
3.4.9.1 Noodkontrasepsie-gebruiksmatreëls.....	71-72
3.4.9.2 Redes vir die gebruik van noodkontrasepsie.....	72-73
3.4.9.3 Voordele van noodkontrasepsie.....	73-74
3.4.9.4 Nadele van noodkontrasepsiegebruik.....	75
3.4.9.5 Berading voor die gebruik van noodkontrasepsie.....	76-77

3.5 Terminasie van swangerskappe.....	77
3.5.1 Medies verwante indikasies vir terminasies van..... swangerskappe	78
3.5.1.1. Fetale indikasies (enige swangerskapsduur).....	78
3.5.1.1.1 Geskende ovum.....	78
3.5.1.1.2 Teruggehoue miskraam.....	78-79
3.5.1.1.3 Onvermydelike miskraam.....	79
3.5.1.1.4 Ruptuur van vliese in die eerste en tweede trimester met volgehoue oligohidramnios.....	80
3.5.1.1.5 Retroplasentale bloeding as gevolg van trauma met plasentale ontoereikendheid.....	80-81
3.5.1.1.6 Perinatale infeksies: Rubella, sitomegaalvirus, toksoplasmose, parvovirus B19.....	81-84
3.5.1.1.7 Fetale abnormaliteite: chromosomaal, geneties, struktureel.....	85-86
3.5.1.2 Moederlike indikasies (enige swangerskapsduur)....	86
3.5.1.2.1 Moederlike siektes : pre-eklampsie, niersiekte, gekompliseerde hartletsels, maligniteite.....	86-88
3.5.1.2.2 Sosio-maatskaplike indikasies.....	88-89
3.5.2 Redes vir die terminasies van swangerskappe.....	89-90
3.5.2.1 Sosio-ekonomiese redes.....	90
3.5.2.1.1 Ouderdom.....	90
3.5.2.1.2 Ondersteuningsbronne.....	91
3.5.2.1.3 Vlak van tersiêre onderrig.....	91-92
3.5.2.1.4 Beroepstatus.....	92
3.5.2.1.5 Huwelikstatus.....	92

3.5.2.1.6 Aantal kinders.....	92-93
3.5.2.1.7 Finansiële oorwegings.....	93
3.5.2.1.8 Enkel-ouerskap.....	93
3.5.2.1.9 Sosiale interaksie.....	93-94
3.5.3 Prosedure vir terminasie van swangerskap.....	94
3.5.3.1 Opleiding van geregistreerde verpleegkundiges en dokters vir die uitvoering van terminasie van swangerskap.....	94-95
3.5.3.2 Pre-en post terminasie van swangerskapberading.....	96-97
3.5.3.3 Uitvoering van die terminasie.....	97-100
3.5.3.4 Komplikasies geassosieerd met terminasie van swangerskap.....	101
3.5.3.4.1 Verhoogde insidensie van prematuriteit.....	101-102
3.5.3.4.2 Die verband tussen terminasie van swangerskap en die verhoogde risiko van borskanker.....	102-104
3.5.3.4.3 Die invloed van terminasie van swangerskap op infertiliteit.....	104-105
3.5.3.4.4 Psigologiese komplikasies van terminasie van swangerskap.....	105-106
3.5.3.4.5 Effek van swangerskapterminasie op die langtermyn-verhoudings van die kliënt.....	106-107
3.5.3.4.6 Fisieke komplikasies geassosieerd met terminasie van swangerskap.....	107-108
i) Uterus- en dermperforasie.....	108-109
ii) Uteriene-atonie.....	109
iii) Bloeding.....	109
iv) Infeksie.....	110

3.5.3.5 Behandeling van post-swangerskapterminasie komplikasies.....	110
3.5.4 Samevatting.....	111
Hoofstuk 4.....	112
Resultate en data- interpretasie.....	112
4. Inleiding.....	112
4.1 Ouderdom van die respondente (Vraag 1).....	112-113
4.2 Opvoedingsvlak van die respondente Vraag 2.1).....	114-115
4.3 Bereikbaarheid van die inringtings waar terminasie van swangerskappe gedoen word (Vraag 3).....	116
4.4 Pariteit van die respondente (Vraag 4).....	117
4.5 Pariteit van die respondente ten tyde van die besluit om 'n swangerskapterminasie te hê (Vraag 4.1).....	118-119
4.6 Vorige swangerskapsterminasies (Vraag 5).....	119-120
4.7 Seksuele voorligting (Vraag 6).....	121-122
4.8 Redes vir die terminering van swangerskappe (Vraag 7).....	122-127
4.9 Ingeligtheid van vaders oor die swanger vrou se besluit om 'n swangerskapterminasie te laat doen (Vraag 8).....	127-129
4.10 Ingeligtheid van ouers oor die swanger vrou se besluit om 'n terminasie van swangerskap te laat doen (Vraag 9).....	129-130
4.11 Bekendmaking van besluit om swangerskap terminasie te laat doen aan ander persone (Vraag 10).....	131
4.12 Die gebruik van kontrasepsie voor swangerskap (Vraag 11).....	132

4.13 Die beskikbaarheid van kontrasepsie by klinieke (Vraag 11.1).....	133-134
4.14 Tipes kontraseptiewe metodes wat voor swangerskap Gebruik was (Vraag 11.2).....	134-136
4.15 Gebruik van die kontraseptiewe pil (Vraag 11.3).....	136-138
4.16 Die gebruik van die inspuiting as kontraseptiewe metode (Vraag 11.4).....	138-139
4.17 Die aanwending van kondome voor koïtus (Vraag 11.5).....	139-141
4.18 Mislukking van kontraseptiewe metodes (Vraag 11.6).....	141-142
4.19 Die bewustheid van noodkontrasepsie (Vraag 12).....	143-146
4.20 Die oorweging van sterilisasie as 'n kontraseptiewe metode (Vraag 13).....	146-148
4.21 Terminasie van swangerskap as 'n kontraseptiewe middel (Vraag 14).....	149-152
4.22 Gevoelens van die respondente toe hulle van hul swangerskappe verneem (Vraag 15).....	153
4.23 Pre-terminasie van swangerskap berading (Vraag 16)..	154-156
4.24 Swangerskapsterminasie: Die prosedure (Vraag 17)...	157-159
4.25 Gebruik van kontrasepsie na terminasie van swangerskap (Vraag 18).....	159-161
4.26 Terminering van 'n volgende swangerskap indien weer binne een jaar swanger raak (Vraag 19).....	161-164
4.27 Samevatting (Vraag 20).....	164-166

Hoofstuk 5.....	167
Gevolgtrekkings en Aanbevelings.....	167
5.1 Inleiding.....	167
5.2 Seksuele voorligting.....	167
5.2.1 Aanbeveling.....	167-168
5.2.2 Gevolgtrekking.....	168
5.3 Die effektiewe gebruik van kontrasepsie.....	168
5.3.1 Gevolgtrekking.....	168-169
5.3.2 Aanbeveling.....	170
5.4 Die voorkoming van ongewenste swangerskappe.....	171
5.4.1 Gevolgtrekking.....	171
5.4.2 Aanbeveling.....	171
5.5 Ondersteuning van ouers en familie.....	172
5.5.1 Gevolgtrekking.....	172
5.5.2 Aanbeveling.....	172
5.6 Berading oor terminasie van swangerskap.....	173
5.6.1 Gevolgtrekking.....	173
5.6.2 Aanbeveling.....	173-174
5.7 Aanbevelings vir verdere navorsing.....	174-176
5.8 Beperkinge van die studie.....	176
5.9 Slotopmerking.....	176-177

Opsomming.....	178-180
Summation.....	181-183
Bibliografie.....	184-198
Bylae	

LYS VAN FIGURE

	Bladsy
Figuur 1.1 Konseptuele raamwerk.....	7
Figuur 4.1 Ouderdom van die respondente.....	113
Figuur 4.2 Skoolgaande status.....	114
Figuur 4.3 Bereikbaarheid van die inrigtings waar terminasie van swangerskappe gedoen word.....	116
Figuur 4.4 Aantal respondente wat reeds kinders het.....	117
Figuur 4.5 Pariteit van respondente wat reeds kinders het.....	119
Figuur 4.6 Vorige swangerskapsterminasies.....	120
Figuur 4. 7 Seksuele voorligting ontvang.....	122
Figuur 4.8.1 Sosio-ekonomiese omstandighede as redes vir swangerskapsterminasie.....	125
Figuur 4.8.2 Algemene redes vir die terminasie van swangerskap.....	127
Figuur 4.9 Ingeligtheid van vaders oor die swanger vrou se besluit om 'n swangerskapsterminasie te laat doen.....	128
Figuur 4.10 Vaders ten gunste en nie ten gunste van swangerskapsterminasie.....	129
Figuur 4.11 Ingeligtheid van ouers van swanger vrou se besluit om 'n swangerskapsterminasie te laat doen.....	130
Figuur 4.12 Bekendmaking van die besluit om die swangerskap te laat termineer aan ander persone.....	131
Figuur 4.13 Gebruik van kontrasepsie voor swangerskap.....	132
Figuur 4.14 Besikbaarheid van kontrasepsie in klinieke.....	134

Figuur 4.15 Tipes kontraseptiewe metodes wat voor swangerskap gebruik word.....	136
Figuur 4.16 Gebruik van die inspuiting as kontraseptiewe middel.....	139
Figuur 4.17 Die aanwending van kondoom voor koïtus.....	141
Figuur 4.18 Redes vir die mislukking van kontraseptiewe metodes.....	142
Figuur 4.19 Respondente se bewustheid van noodkontrasepsie.....	144
Figuur 4.20 Gebruik van noodkontrasepsie na onbeskermdde seks.....	145
Figuur 4.21 Oorweging van respondente om sterilisasie te laat doen.....	147
Figuur 4.22 Besikbaarheid van sterilisasie fasiliteite in die respondente se tuisdorpe.....	148
Figuur 4.23 Die beskouing van terminasie van terminasie van swangerskap as 'n kontraseptiewe metode.....	150
Figuur 4.24 Ontvangs van pre-terminasie van swangerskap berading.....	154
Figuur 4.25 Redes waarom respondente nie pre-terminasie van swangerskap berading ontvang het nie.....	155
Figuur 4.26 Kundiges deur wie berading gedoen was.....	156
Figuur 4.27 Respondente wat oor die prosedure van terminasie ingelig was.....	158
Figuur 4.28 Gebruik van kontrasepsie na die swangerskap terminasie.....	159
Figuur 4.29 Tipes kontrasepsie wat respondente na die terminasie sal gebruik.....	160
Figuur 4.30 Redes van respondente wat nie van voorneme is om kontrasepsie na die terminasie te gebruik nie.....	161

Figuur 4.31	Respondente wat weer 'n terminasie sal ondergaan indien binne een jaar swanger raak.....	162
Figuur 4.32	Redes vir die herhaling van terminasie van swangerskap indien binne een jaar swanger raak.....	163

LYS VAN TABELLE

Bladsy

Tabel 1.1: Terminasie van swangerskapstatistieke vanaf 1997-2004 volgens die Wet op Keuse van die Beëindiging van Swangerskap, Wet 92 van 1996.....	2
Tabel 1.2: Indikasies vir die terminering van swangerskappe.....	4
Tabel 2.1: Statistieke rakende terminasie van swangerskap, vanaf 1991-1995 volgens die Wet op Aborsie en Sterilisasie van 1975, en vanaf 1999-2003 volgens die Wet op die Keuse van die Beëindiging van Swangerskap, Wet 2 van 1996.....	15
Tabel 3.1: Jaarlikse aantal terminasies van swangerskappe gedoen in terme van die Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie van 1975, vanaf 1991 tot 1995.....	38
Tabel 3.2: Die effektiwiteit van kontrasepsiemetodes.....	63
Tabel 3.3: Aanvang van beskerming van die verskillende kontrasepsie metodes.....	65
Tabel 3.4: Mislukkingsyfer van kontraseptiewe metodes.....	67
Tabel 4.1 Grade van die skoolgaande respondente.....	115
Tabel 4.2 Hoogste kwalifikasie van nie-skoolgaande respondente.....	115
Tabel 4.3 Die gebruik van die kontraseptiewe pil.....	138
Tabel 4.4 Redes vir nie-gebruik van noodkontrasepsie.....	146
Tabel 4.5 Redes vir die beskouing van terminasie van swangerskap as 'n kontraseptiewe middel.....	150
Tabel 4.6 Redes vir die keuse om 'n terminasie van swangerskap te laat doen.....	152
Tabel 4.7 Gevoelens van die respondente toe hulle verneem van hul swangerskappe.....	153

Tabel 4.8 Redes deur respondente aangevoer waarom hulle oor prosedure van swangerskapsterminasie nie ingelig was nie.....	159
Tabel 4.9 Redes vir nie-herhaling van 'n swangerskapsterminasie indien binne een jaar weer sou swanger raak.....	164
Tabel 4.10 Toepassing van die redes vir terminasie van swangerskap op respondente.....	165

LYS VAN BYLAES

Bylaag A: Toestemmingsbrief aan die Etiekkomitee.

Bylaag B: Toestemmingsbrief van die Etiekkomitee van die Universiteit van die Vrystaat ter goedkeuring van studie.

Bylaag C: Statistieke van inrigtings in Vrystaat waar terminasie van swangerskappe vanaf 1997-2001 plaasvind.

Bylaag D: Toestemmingsbrief aan Hoofde betrokke by inrigtings waar terminasie van swangerskappe plaasvind.

Bylaag E1: Ingeligte toestemmingsbrief aan respondente (Afrikaans).

Bylaag E2: Vraelys (Afrikaans).

Bylaag E3: Ingeligte toestemmingsbrief aan respondente (Engels).

Bylaag E4: Vraelys (Engels).

HOOFSTUK 1

INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

1.1 Inleiding

Die Wet op die Keuse van die Beëindiging van Swangerskap, Wet 92 van 1996 erken:

* die waardigheid van die individu, gelykheid tussen mense, die reg op veiligheid, nie-rassisme en nie-seksisme;

* die reg van persone om besluite te neem aangaande hulle veiligheid en beheer oohul liggame;

* die fundamentele reg van vroue om toegang tot reprodktiewe sorg te bekom, insluitende gesinsbeplanning, kontrasepsie en terminasie van swangerskap;

*** die feit dat terminasie van swangerskap nie 'n vorm van kontrasepsie of bevolkingsbeheer is nie;**

* die verantwoordelikheid van die staat om reprodktiewe gesondheidsorg aan almal te voorsien, en om veilige omstandighede te skep waaronder die reg van keuse sonder vrees of benadeling uitgeoefen kan word.

Gesondheidsdienste in Suid Afrika poog om die wetlike bepalings na te kom, maar volgens statistieke blyk dit dat terminasie van swangerskappe steeds toeneem in Suid Afrika (Suid-Afrika, Departement van Gesondheid, Statistiekdiens, 2004: 2).

Statistieke van die Departement van Gesondheid van alle inrigtings in die Vrystaat waar terminasies van swangerskappe plaasvind, toon 'n duidelike toename in **gevalle vanaf die inwerkingtreding van die Wet 92 van 1996** (kyk tabel 1.1).

Tabel 1.1 Statistieke rakende terminasie van swangerskappe vanaf 1997-2004 volgens die Wet op Keuse van die Beëindiging van Swangerskap, Wet 92 van 1996 (Suid-Afrika, Departement van Gesondheid, Statistiekdiens, 2004: 2).

Jaar	Aantal terminasies	Toename / Afname in gevalle
1997	2788 gevalle	-
1998	1969 gevalle	Afname van 819 gevalle
1999	4168 gevalle	Toename van 2199 gevalle
2000	5905 gevalle	Toename van 1737 gevalle
2001	5555 gevalle	Afname van 651 gevalle
2002	3949 gevalle	Toename van 1606 gevalle
2003	4947 gevalle	Toename van 998 gevalle
2004	8341 gevalle	Toename van 3394 gevalle
		Totale toename van 9934 gevalle

Tabel 1.1 toon 'n toename van **9934** swangerskapterminasies vanaf die inwerkingstelling van Wet 92 in 1996. Daar was egter 'n afname van 819 swangerskapterminasies tussen 1997 en 1998, sowel as 651 swangerskapterminasies tussen 2000 en 2001. Botes (1997:1) is van mening dat die afname in swangerskapterminasies moontlik aan die toename van gesinsbeplanningsdienste en die kwaliteit van post- terminasie berading toegeskryf kan word.

Die toename in swangerskapterminasies in die Vrystaat is groot en dit laat die vraag ontstaan na die redes daarvoor. Waarom is daar toenemend meer vroue wat die besluit neem om 'n swangerskap te termineer en wat is die redes vir hulle besluit ? Die veronderstelling is dat terminasies van swangerskappe onder wetlike voorskrifte gedoen moet word, en nie as 'n vorm van kontrasepsie of bevolkingsbeheer gebruik mag word nie.

Die toename van wetlike terminasie van swangerskappe mag 'n moontlike aanduiding van spesifieke redes wees, van vroue wat terminasies versoek.

1.2 Probleemstelling

Wêreldwyd is daar vanaf 1998 ongeveer 20 miljoen terminasies van swangerskappe jaarliks gedoen en ongeveer 13% van die terminasies is verantwoordelik vir moederlike mortaliteit en ernstige komplikasies soos sepsis, bloeding en trauma daaraan verbode. Slegs 'n kwart van alle vroue in die wêreld het toegang tot wetlike terminasies van swangerskappe, terwyl 40 persent oor 'n wetlike keuse beskik (Singh & Ratnam, 1998: 123).

Die keuse word gewoonlik uitgeoefen as gevolg van ongewenste swangerskappe wat talle vroue, hul families en gemeenskappe affekteer. 'n Ongewenste swangerskap mag die gevolg van die volgende wees:

- Geen kontrasepsie gebruik;
- oneffektiewe gebruik van kontrasepsie;
- onvoldoende inligting oor gesinsbeplanning;
- wanbegrippe soos dat maagde immuun is teen swangerskap, en
- as gevolg van verkragting en molestering (Smith & Oakley, 2005: 380; Falk, G., Falk, L., Hanson & Milson, 2001: 23).

Daar is egter met die hulp van Wet 92 van 1996 vir vroue met ongewenste swangerskappe 'n alternatief gestel. Faktore soos die feit dat enige vrou, op versoek, gedurende die eerste 12 weke haar swangerskap kan termineer, verhoog noodwendig die insidensie van die terminasie van swangerskappe (Theron & Grobler, 1998:125), soos duidelik in tabel 1.2 weerspieël.

Tabel 1.2 : Indikasies vir die terminasie van swangerskappe (Suid-Afrika, Departement van Gesondheid, Statistiekdiens, 2001:3).

	1997	1998	1999	2000	2001
(A) Op versoek van vrou (<13 week swangerskapsduur)	1358	871	2382	3583	3801
(B) 13-20 weke (moederlike fisieke toestand / gestremdheid)	17	7	5	9	25
(C) 13-20 weke (verkragting / molestering)	28	17	3	5	4
(D) 13-20 weke (sosio-ekonomiese risiko)	1230	728	1526	1969	1474
(E) 21-24 weke (moederlike fisieke toestand / gestremdheid)	7	150	13	7	7
(F) 21-24 weke (fetale wanvorming/ abnormaliteite)	1	2	5	11	4
(G) 21-24 weke (fetale fisieke toestand/ gestremdheid)	13	2	2	9	4
(H) 21-24 weke (risiko vir fetale besering)	1	3	0	4	4
(I) Gestremdeidingsongeskiktheid	0	1	0	0	0
(J) Deurlopende onbewustheid	0	0	1	0	0
(K) Onbekende gevalle	133	188	231	306	211
Totaal	2788	1830	4170	5905	5534

Die indikasies soos in tabel 1.2 weerspieël word toon verhoogde getalle in die geval van vroue wat op 13 weke swangerskapsduur 'n terminasie versoek asook sosio-ekonomiese risiko's. Sosio-ekonomiese omstandighede, soos 'n gebrek aan finansies, asook enkelouerskap word dikwels as rede vir die terminasie van swangerskap aangevoer (Finer, Frohwirth, Dauphinee, Singh & Moore, 2004: 110). Terminasies as gevolg van dië redes sou nie moontlik gewees het voor die inwerkingstelling van Wet 92 van 1996 nie (kyk tabel 1.2 A en D).

'n Vermeerdering van 2443 terminasies van swangerskappe, slegs in die kategorie waar vroue wat op versoek hul swangerskappe laat termineer, is tussen 1997 tot 2004 waarneembaar. Slegs 'n baie klein aantal terminasies word om mediese redes gedoen, soos getoon in tabel 1.2 B, E, F, G, H, I, J en K.

Vanaf 1997 tot 2001 is 'n totaal van 314 terminasies van swangerskappe om mediese redes gedoen, in vergelyking met die 3801 terminasies wat op versoek van vroue gedoen is.

Terminasies wat op versoek gedoen word, is egter 'n individuele en persoonlike besluit, sowel as die redes wat daartoe aanleiding gegee het. Elke persoon wat met sodanige besluit gekonfronteer word, naamlik om 'n swangerskap te behou of te terminer sal egter op haar eie manier op diè kontroversiële onderwerp reageer (Hlahele, 1998: 5).

Terwyl 'n klein proporsie van vroue wat terminasies versoek dit as gevolg van gesondheidsredes of fetale abnormaliteite doen, versoek die meerderheid 'n terminasie as gevolg van 'n ongewenste swangerskap. Ongewenste swangerskappe omvat egter nie die volledige raamwerk vir die redes waarom vroue terminasies versoek nie (Finer et al, 2005: 119). Diè redes sal deeglik in die studie ondersoek word.

1.3 Konsep definisies

1.3.1 Terminasie van swangerskap:

Terminasie van swangerskap word vir die doeleindes van die studie beskou as die skeiding en uitdrywing, deur geneeskundige of chirurgiese metodes, van die inhoud van die uterus van 'n swanger vrou (Suid-Afrika. Wet op die Keuse oor die Beeindiging van Swangerskap, 1996: 1303).

1.3.2 Fetus:

Die ontwikkelende struktuur in die uterus wat voor agt weke as 'n embrio bekend staan en reeds herkenbare strukturele eienskappe van die gevormde kind weerspieël (Pilliteri, 2003: G8).

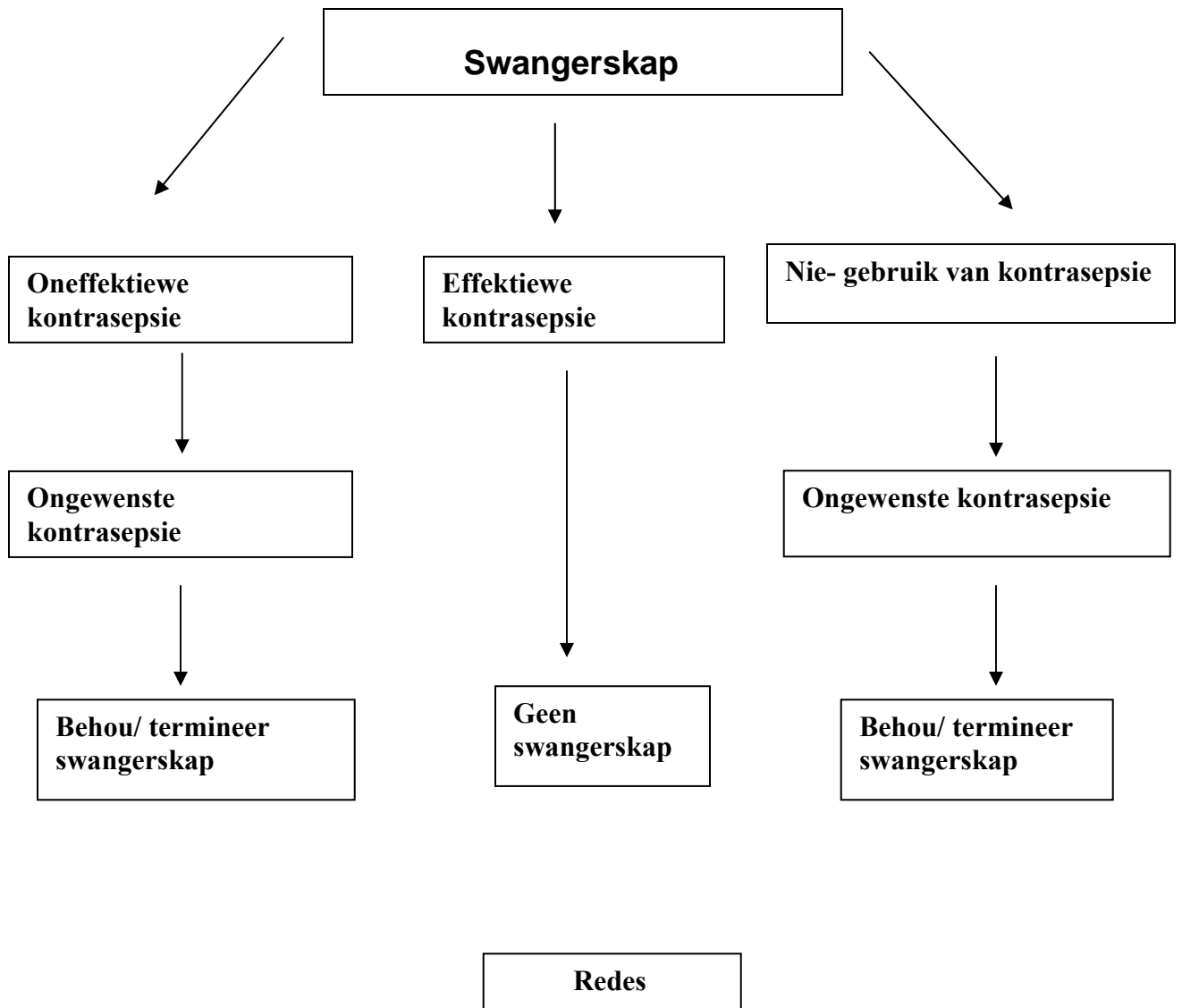
1.3.3 Kontrasepsie:

Kontrasepsie is meganiese metodes of hormonale voorbehoedmiddels wat gebruik word vir die voorkoming van swangerskap deur die voorkoming van sperm-oösiet-kontak en die inplanting van 'n bevrugte oösiet of die onderdrukking van ovulasie bewerkstellig (Theron & Grobler, 1998: 126).

1.4 Konseptuele Raamwerk

Vroue het die keuse om indien hulle swanger sou raak, hul swangerskap te laat termineer of te behou. Die keuse bly egter steeds geldig ongeag die instelling van voorsorgmaatreëls hetsy dit die effektiewe of oneffektiewe of die nie-gebruik van kontrasepsie mag wees. In die geval van die oneffektiewe of nie-gebruik van kontrasepsie bestaan daar 'n groot moontlikheid vir die ontstaan van 'n ongewenste swangerskap.

Haar keuse om dan na die ontstaan van 'n ongewenste swangerskap die swangerskap te behou of te laat termineer kan as gevolg van verskeie redes geneem word. Die redes vir haar keuse kan dus vir haar en haar gesin fisieke en emosionele implikasies inhou (Althaus, 2000:6).



Figuur 1.1 Konseptuele Raamwerk

1.5 Doelstelling

Die doelstelling van die studie is om die redes vir die hoë insidensie van ongewenste swangerskappe en terminasie van swangerskappe in die Vrystaat te ondersoek, met die uiteindelijke doel om aanbevelings vir rolspelers te maak.

1.6 Doelwitte

Die doelwitte van die studie is om die moontlike redes vir:

- 1) ongewenste swangerskappe en
- 2) die terminasie van swangerskappe te identifiseer.

1.7 Navorsingsontwerp

Die navorser beplan om 'n beskrywende ontwerp te gebruik. Volgens Mouton (2001:102) en Bless en Higson-Smith (2000: 154) word 'n beskrywende ontwerp gebruik om meer inligting oor die eienskappe in 'n spesifieke studieveld te versamel. 'n Omvattende bespreking rondom aspekte van kontrasepsie en die redes vir die terminasies van swangerskappe sal in die studie bespreek word.

1.8 Navorsingstegniek

Na 'n deeglike literatuuranalise sal 'n gestruktureerde vraelys saamgestel word. Die navorser sal persoonlik die gestruktureerde onderhoud aan die hand van die vraelys met respondente voer en self die vraelys voltooi. Marshall en Rossman (1999: 108) definieer 'n gestruktureerde onderhoud as 'n gesprek wat met 'n doel gevoer word. Die gebruik van gestruktureerde onderhoude sal die navorser in staat stel om in interaksie met die respondente te verkeer (Terre Blanche & Durrheim, 1999: 128), die vraelys te voltooi en so die doelwitte van die studie te bereik.

1.9 Populasie

Die populasie van 'n studie verwys na die algehele stel elemente of individue wat aan die insluitingskriteria van die steekproef voldoen (Burns & Grove, 2005: 447; Oppenheim, 2000: 38). Die populasie bestaan uit alle pasiënte wat inrigtings waar terminasies in die Vrystaat plaasvind, besoek ten einde 'n terminasie van swangerskap te laat doen

1.10 Steekproef

Die steekproef bestaan uit 'n groep mense, gebeurtenisse, gedragspatrone of ander elemente om 'n studie mee uit te voer (Burns & Grove, 2005: 447; Punch, 2000: 194). In hierdie studie het die steekproefeenhede uit die inrigtings waar terminasies van swangerskappe gedoen word, bestaan.

Met behulp van die Departement Biostatistiek van die Universiteit van die Vrystaat is daar besluit om die steekproef soos volg te bepaal: 'n Lys van alle inrigtings (43) in die Vrystaat waar terminasies gedoen word, is saamgestel. Die lys, soos in Bylae A uiteengesit, weerspieël slegs die inrigtings waar groot getalle kliënte per maand hanteer word. Waar getalle te klein was, soos in die geval van 39 inrigtings in die Vrystaat, waar daar oor die afgelope 5 jaar tussen geen en 0,97 kliënte per maand besoek afgelê het, is die inrigtings uitgelaat.

Die vier inrigtings waar die meeste kliënte gesien word, is dus vir die steekproef geselekteer. Een van die inrigtings is spesifiek as gevolg van gerieflikheidsredes in Bloemfontein deur die navorser geselekteer om die loodsstudie te doen. In die ander drie gekose inrigtings is 'n gerieflikheidseleksie gedoen, aangesien nuwe kliënte inrigtings op 'n daaglikse basis besoek. Die navorser was een maand in elk van die inrigtings werksaam, en alle individue is by hul aankoms by die inrigtings vir insluitingskriteria geëvalueer en om deelname genader.

Daar is beraam dat die getal per inrigting ongeveer 40 kliënte, soos in Bylae A weerspieël is, sou wees. Die volgende insluitingskriteria was van toepassing:

Die kliënt moes:

- 1) 'n terminasie van swangerskap versoek;
- 2) Engels of Afrikaans kon praat of verstaan, aangesien die navorser hierdie twee tale goed praat en verstaan. Alle vrugbaarheidsouderdomme is ingesluit en geen vroue is uit die studie uitgesluit aangesien almal Engels of Afrikaans kon praat en verstaan.

1.11 Loodsstudie

'n Loodsstudie word as 'n kleiner weergawe van 'n voorgenome studie, uitgevoer om die metodologie te verifieer, gedefinieër (Burns & Grove, 2005: 42; van Teijlingen & Hundley, 2005: Intyds). Die navorser het beplan om spesifiek inrigtings waar terminasies van swangerskappe in Bloemfontein plaasvind vir die loodsstudie te gebruik. Die kliënte is om gerieflikheidsredes by die inrigting in Bloemfontein om deelname aan die loodsstudie genader. Die eerste twee kliënte wat aan die insluitingskriteria voldoen, en op 'n gegewe dag die inrigting besoek het, is om deelname genader. Die data ingesamel is nie vir die uiteindelijke studie gebruik nie, maar is gebruik om :

- 1) Die volledigheid van die vraelys te bepaal;
- 2) die duidelikheid van die vrae vir respondente te bepaal;
- 3) siggeldigheid en inhoudsgeldigheid te verseker, en
- 4) die tydsduur vir die invul van die vraelys tydens die gestruktureerde onderhoudsvoering te bepaal.

1.12 Data-insameling

Met behulp van gestruktureerde onderhoude is data, in die inrigtings waar terminasies van swangerskappe in die Vrystaatstreek plaasvind, ingesamel. Die navorser het persoonlik die inrigtings waar die terminasies plaasvind, besoek en self die data deur middel van individuele onderhoudsvoering aan die hand van 'n gestruktureerde vraelys ingesamel (kyk Bylae E2 en E4). Onderhoude is voor die terminasie van swangerskappe met individue gevoer, maar nadat hulle 'n definitiewe besluit tot terminasie geneem het. In samewerking met die inrigting se personeel is die privaatheid van deelnemers verseker, deur die onderhoud in 'n afsonderlike vertrek, waar geen steurnisse was nie, te voer.

1.13 Data-ontleding

Beskrywende statistiek, naamlik gemiddeldes en standaardafwykings of mediane en persentiele vir kontinue data en frekwensies en persentasies vir kategorie data, is bereken. Die ontleding is deur 'n Biostatikus van die Departement Biostatistiek aan die Universiteit van die Vrystaat, gedoen, terwyl die interpretasie en literatuurkontrole deur die navorser self gedoen is.

1.14 Geldigheid en betroubaarheid

Volgens Burns en Grove (2005: 376; Shaw, 1999: 64) word die geldigheid van 'n instrument bepaal deur die mate waarin dit evalueer wat dit veronderstel is om te evalueer. Die navorser het beplan om na 'n deeglike literatuuranalise 'n gestruktureerde vraelys wat relevant tot die navorsingsdoel is, saam te stel. Die navorser het die onderhoude persoonlik met die respondente gevoer en die meetinstrument voltooi. Vrae is aan deelnemers verduidelik, indien dit nie verstaan is nie.

Die siggeldigheid van 'n instrument hang van die subjektiewe beoordeling van die navorser self, sowel as ander kundiges, af (Leedy & Ormrod, 2001: 33; Marshall & Rossman, 1999: 115). Vrae is dus geformuleer om die relevante inligting van die deelnemers te versamel, en daarna is die vraelys aan kundiges by die Skool vir Verpleegkunde, die Evalueringskomitee by die Skool van Verpleegkunde sowel as die Biostatistiekdiens vir goedkeuring voorgelê.

Die inhoudsgeldigheid sluit by die siggeldigheid aan. Inhoudsgeldigheid word gedefinieer as die akkuraatheid waarmee die instrument die situasie onder bespreking meet (Leedy en Ormrod, 2001: 34). Soos reeds gemeld is vrae geformuleer volgens die navorsingsdoelwitte en die vraelys is aan kundiges voorgelê.

Betroubaarheid van die maatstaf is die mate van akkuraatheid en konstantheid waarmee dit meet, ongeag wat dit meet (Burns & Grove, 2005: 374; Silverman, 1999: 203). Die navorser het eers die vraelys aan 'n loodsstudie onderwerp om te verseker dat die vrae duidelik is en op die dieselfde manier deur respondente geïnterpreteer word. 'n Deeglike literatuuranalise het 'n omvattende vraelys verseker, om sodoende betroubare inligting in te samel.

1.15 Etiese aspekte

Toestemming is van die Etiekkomitee van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die Universiteit van die Vrystaat, sowel as die Hoofde betrokke by die inrigtings waar die terminasies van swangerskappe plaasvind, verkry (kyk Bylae A en D). Toestemming van individue wat aan die studie deelgeneem het, is skriftelik verkry, nadat hulle oor die voorgenome studie en die omvang daarvan, ingelig is (kyk Bylae E). Die navorser het self die onderhoude gevoer en die vraelyste ingevul. Geen name of identifiserende data het op die vraelyste verskyn nie om sodoende vertroulikheid en konfidensialiteit van data te verseker. Geen finansiële vergoeding was by die navorsing betrokke nie.

1.16 Waarde van die studie

Die waarde van die studie is daarin geleë dat faktore wat tot die terminasie van swangerskappe lei, geïdentifiseer is. Met inagneming van die geïdentifiseerde faktore sal die navorser aanbevelings maak ten einde terminasies van swangerskappe moontlik te verminder. Navorsingsartikels wat uit die resultate gepubliseer word, kan die professionele gemeenskap rakende nuwe insigte oor die terminasie van swangerskappe inlig.

HOOFSTUK 2

NAVORSINGSMETODOLOGIE

2.1 Inleiding

Die hoofstuk verskaf 'n bespreking van die navorsingsmetodologie wat tydens die studie gebruik is. Die navorsingsmetodologie sluit die volgende belangrike aspekte in: die doelstelling van die studie, die doelwitte, navorsingsontwerp, populasie en steekproef, meetinstrumente, loodsstudie, geldigheid en betroubaarheid en die etiese aspekte wat op die studie van toepassing was.

Dit is 'n kwantitatiewe studie wat handel oor die hoë insidensie van die terminasie van swangerskappe in die Vrystaat wat 'n baie kontroversiële onderwerp is, maar tog ondersoek moet word. Daar is gepoog om hierdie onderwerp in al sy fasette te ondersoek sodat daar tot 'n gevolgtrekking ten opsigte van die moontlike redes vir die hoë insidensie van terminasie van swangerskappe in die Vrystaat, gekom kan word.

'n Deeglike literatuurstudie ten opsigte van terminasies van swangerskappe, is uitgevoer, om die navorsingsmetodologie asook die onderwerp te verifieer sowel as om vraelyste saam te stel. Vervolgens is gestruktureerde onderhoude in die navorsingsveld, naamlik die inrigtings waar terminasie van swangerskappe plaasvind, gedoen met diegene wat terminasies van swangerskappe versoek het.

Die Wet op die Keuse van die Beëindiging van Swangerskap, Wet 92 van 1996 wat in werking getree het op 1 Februarie 1997, het die geleentheid aan Suid-Afrikaanse vroue met ongewenste swangerskappe verleen om op versoek terminasie van hul swangerskappe te laat doen. Reeds gedurende 1996, voor

die wettiging van Wet 2 van 1996, het tussen 12000 tot 20000 terminasies van swangerskappe in Suid-Afrika plaasgevind. Slegs 1500 van die terminasies van swangerskappe is wetlik gedoen en meestal op gemiddeld tot hoë sosiale klas vroue (de Pinho & Hoffman, 1998: 564).

Die statistieke rakende terminasie van swangerskappe het 'n drastiese toename na die wettiging van Wet 92 van 1996 getoon. 'n Toename van 17732 terminasies van swangerskappe is in vyf jaar waargeneem soos in Tabel 2.1 weerspieël.

Tabel 2.1 : Statistieke rakende terminasie van swangerskappe, vanaf 1991-1995 volgens die Wet op Aborsie en Sterilisering van 1975, en vanaf 1999 - 2003 volgens die Wet op die Keuse van die Beëindiging van Swangerskap, Wet 92 van 1996 (Suid-Afrika, Departement van Gesondheid, Statistiekdiens, 2001:2-3).

1991-1995 5 jaar voor wettiging	1999-2003 5 jaar na wettiging	Toename in gevalle
1991 - 756	1999 - 1969	3412
1992 - 1024	2000 - 4168	4882
1993 - 1449	2001 - 5906	4196
1994 - 2208	2002 - 5645	3554
1995 - 2463	2003 - 5762	1688
Totaal - 7900	Totaal - 23450	Totaal - 17732

Indien die statistieke van die Departement van Gesondheid voor 1996, dus voor die wettiging van terminasies van swangerskappe, bestudeer word, is dit duidelik dat die aantal terminasies van swangerskappe, die afgelope jare drasties toegeneem het (kyk tabel 1.1). In die vyf jaar vanaf 1991 tot 1995, vóór die wettiging, was daar 7900 terminasies terwyl daar in die tydperk 1999 - 2003, 'n totaal van 23450 terminasies was. Tabel 1.2 toon die indikasies van toepassing tydens die terminasies van swangerskappe na die wettiging van Wet 92 van 1996 aan.

Die wettiging mag dus vir die groot getalle verantwoordelik wees, aangesien die Wet op Aborsie en Sterilisasie van 1975 slegs voorsiening gemaak het vir terminasies in die volgende gevalle:

- 1) Indien die voorsetting van die swangerskap 'n risiko vir die vrou se fisieke of geestesgesondheid inhou;
- 2) indien daar 'n wesenlike risiko bestaan dat die fetus aan ernstige fisieke of geestesabnormaliteite sal lei;
- 3) indien die swangerskap as gevolg van verkragting of bloedskande ontstaan het, en
- 4) indien 'n vrou ernstig geestelik gestremd is.

Volgens 'n ginekoloog in Bloemfontein dui statistieke nie regtig 'n afname in die totale aantal geboortes aan nie, alhoewel daar tog baie meer wettige terminasies van swangerskappe nà 1996 gedoen is (Cilliers, 2002: suiweringsgesprek).

Die navorser is van mening dat dit bykans onmoontlik is om nie 'n opinie oor die terminasie van swangerskappe in die hedendaagse lewe te hê nie. 'n Ongewenste swangerskap is bejammerenswaardig en vir die sosiale probleme soos enkelouerskap is daar nie maklik antwoorde nie. Die besluit om 'n ongewenste swangerskap te laat termineer, hou verder emosionele implikasies vir die kliënt en haar gesin in, wat moontlik eers weke, maande of selfs jare na die terminasie 'n rol in die gezondheidstoestand van die kliënt mag speel (Reardon, 1998: Intyds).

Die toename in swangerskapterminasies het 'n studie genoodsaak om die definitiewe redes wat die terminering van swangerskappe tot gevolg het, te beskryf. Die veronderstelling was dat 'n terminasie van swangerskap slegs onder wetlike voorskrifte gedoen moes word, om wetlike bepalinge na te kom.

Die Wet stel dit duidelik dat terminasie van swangerskap nie 'n vorm van kontrasepsie of bevolkingsbeheer is nie; (Theron & Grobler,1998:125), dus kan die volgende vrae met reg gestel word:

1) Waarom word swangerskappe nie liefs verhoed in plaas van getermineer nie?

2) Wat is die redes vir die hoë insidensie van terminasie van swangerskappe?

2.2 Doelstelling

Met die navorsingsdoelstelling word 'n breë aanduiding van wat met die navorsing bereik wil word, gegee (Mouton, 2001: 44). Die doelstelling van hierdie studie was om die redes vir die hoë insidensie van ongewenste swangerskappe en terminasie van swangerskappe in die Vrystaat te ondersoek, met die uiteindelijke doel om aanbevelings vir die rolspelers te maak.

2.3 Doelwitte

Die doelwitte is 'n meer spesifieke, meetbare uiteensetting van die doelstelling, waarvolgens bepaal kan word of die navorsingsprobleem opgelos kan word en watter aanbevelings gemaak kan word (Bless & Higson-Smith, 2000: 53).

Die doelwitte van die studie was om die redes vir:

- 1) ongewenste swangerskappe te identifiseer; en
- 2) die terminasie van swangerskappe te identifiseer.

2.4 Navorsingsontwerp

Die navorsingsontwerp is die strukturele raamwerk van die studie, wat die navorser tydens die beplanning en implementering van die studie in staat stel om optimale beheer oor die faktore wat die studie kan affekteer, uit te oefen (Polit, Beck & Hungler, 2001: 53). Die navorsingsplan of bloudruk vir die uitvoering is die uitvoering van 'n navorsingsproses volgens bepaalde praktiese oorwegings en met inagneming van beperkinge wat dus ooglopende navorsingsbeplanning impliseer. Die doel van 'n navorsingsontwerp is om die betrokke navorsingsprojek sodanig te beplan en te struktureer dat die eindelike geldigheid van die navorsingsbevindinge verhoog word (Mouton, 2001: 34).

Die navorser het 'n beskrywende ontwerp tydens die studie gebruik aangesien die klem op 'n indiepte beskrywing van 'n spesifieke groep individue val. Volgens Burns en Grove (2005: 232) word 'n beskrywende studie gebruik om meer inligting oor die eienskappe van 'n spesifieke studieveld te versamel. 'n Meer direkte definisie van Bless en Higson-Smith (2000: 154) lui soos volg: 'n Beskrywende ontwerp is 'n sosiale navorsingsmetode met die hoofdoel om 'n sekere fenomeen te beskryf eerder as om dit te verduidelik.

'n Beskrywende ontwerp poog om 'n gekompliseerde situasie verstaanbaar te maak deur die redes daarvoor te bepaal, en te beskryf hoe dit in die situasie ontwikkel het (Punch, 2000: 15). Die navorser het in dié studie gepoog om die belangrikste metodologiese oorweging in beskrywende studies, naamlik om akkurate inligting of data oor die domeinverskynsel onder bestudering in te samel, te verwerklik.

Die gebruik van 'n beskrywende studie het die navorser se taak vergemaklik om proefpersone vir die studie te bekom en om die bestaande gedragspatrone en opinies van die proefpersone te beskryf, aangesien die navorser inrigtings waar terminasie van swangerskappe plaasvind, persoonlik besoek het, die persone wat terminasie van swangerskappe versoek het, daar gevind het en die gestruktureerde onderhoude kon voer (cf. Huysamen, 1993: 20).

Die rasionaal vir die gebruik van 'n beskrywende ontwerp is om die navorsingsprojek te beplan en te struktureer op so 'n wyse dat die eksterne validiteit van die navorsingsbevindinge verbeter en moontlike potensiële foute geëlimineer word (Mouton, 2001: 108). Die navorser het daarin geslaag, aangesien die proefpersone sowel as die teorie die domeinverskynsel weerspieël het.

2.5 Populasie

Die populasie van 'n studie verwys na die algehele stel elemente of individue wat oor kenmerke beskik wat daartoe lei dat navorsingsbevindinge op hulle van toepassing gemaak kan word (Burns & Grove, 2005: 447). Volgens Oppenheim (2000: 38) moet die populasie verteenwoordigend wees van die kategorie wat bespreek word. Die populasie van die studie het bestaan uit alle kliënte wat die inrigtings waar terminasies van swangerskappe in die Vrystaat plaasvind, besoek het, ten einde 'n terminasie van swangerskap te laat doen.

Die populasie het bestaan uit alle pasiënte wat die inrigtings besoek het, aangesien dit die fokuspunt van die navorsing weerspieël het, sowel as die kenmerke wat deur die navorser bespreek is (Bless & Higson-Smith, 2000:84). Die populasie het vroue van alle vrugbaarheidsouderdomme en taalgroepe ingesluit. Vir die insluiting in die studie moes vroue Afrikaans of Engels magtig wees, aangesien die navorser self die onderhoude gevoer en die vraelyste voltooi het.

2.5 Steekproef

Die steekproef bestaan uit 'n groep mense, gebeurtenisse, gedragspatrone of ander elemente waarmee 'n studie uitgevoer word, soos in die studiereeks waar die steekproefelemente uit die inrigtings waar die terminasie van swangerskappe plaasvind, bestaan het (cf. Burns & Grove, 2005:447).

Die steekproef moet relevansie ten opsigte van die konseptuele raamwerk sowel as die navorsingsvrae toon. Die fenomeene ter sprake, naamlik die kliënte wat die inrigtings besoek het ten einde 'n terminasie van swangerskap te ondergaan moet verteenwoordigend van die populasie wees, aangesien dit die fokuspunt van die navorsing was. Eerbare beskrywings en verduidelikings moet van die steekproef geproduseer word (Garbers, 1996:31).

2.6.1 Seleksie van die deelnemende klinieke

Die steekproefseleksie moet ten opsigte van die tydraamwerk, finansiële implikasies sowel as toeganklikheid van die steekproefelemente wat in die studie gebruik sal word, haalbaar wees. Etiese aspekte in terme van ingeligte toestemming, potensiële voordele en nadele sowel as die navorsers se verwantskap met die steekproefelemente moet ook verteenwoordigend van die steekproefplan wees (Punch, 2000;194).

Die steekproeftrekking, naamlik die proses waarvolgens 'n steekproef uit die populasie getrek word is met behulp van die Biostatistiekdiens van die Universiteit van die Vrystaat gedoen. Daar is altesaam 43 inrigtings waar swangerskapterminasies in die Vrystaat, gedoen word. Op aanbeveling van die Biostatistiekdiens van die Universiteit van die Vrystaat is besluit om die vier inrigtings waar die meeste terminasies per maand plaasvind vir die steekproef te gebruik.

Hierdie inrigtings was :

- 1) Inrigting 1 (Bloemfontein) - 42 kliënte per maand
- 2) Inrigting 2 (Witsieshoek) - 93 kliënte per maand
- 3) Inrigting 3 (Thaba 'Nchu) - 25 kliënte per maand
- 4) Inrigting 4* (Bloemfontein) - 97 kliënte per maand

Die inrigtings is doelgerig geselekteer deur 'n steekproeftrekking na aanleiding van die aantal kliënte wat die inrigtings besoek het. Die inrigtings wat dus gekies was het die meeste terminasies per maand uitgevoer. Drie van die inrigtings is vir die data insameling gebruik terwyl Inrigting 1 in Bloemfontein vir die loodsstudie gebruik is. Toestemming vir die gebruik van Inrigting 1 in my navorsingsprojek, was gegrond op die feit dat die loodsstudie minder tydrowend as die data-insameling is.

Die respondente is deur middel van 'n gerieflikheidsseleksie geselekteer aangesien die navorser die kliënte geselekteer het soos hulle by die inrigting teenwoordig was. Niemand was spesifiek geïdentifiseer nie (kyk 2.6.2. Seleksie van die deelnemende respondente). Die steekproef van die studie was verteenwoordigend van die populasie en die steekproefgrootte, bestaande uit 120 respondente, het ook by die grootte van die populasie gepas, soos deur die Biostatistiekdiens bevestig (cf. Bless & Higson-Smith, 2000: 85).

*Inrigting 4 is gevorm is na die samevoeging van Nasionale- en Pelonomi Hospitale.

2.6.2 Seleksie van die deelnemende respondente aan die studie

Die kliënte wat die inrigtings, waar terminasie van swangerskappe plaasvind, besoek het, is deur 'n gerieflikheidsseleksie bekom. Die gerieflikheidsseleksie is met die aankoms van die navorser by die inrigtings uit die kliënte wat reeds by die inrigtings was, gedoen. Hulle was elke dag met die aankoms van die navorser reeds by die inrigting teenwoordig (cf .Walliman, 2001: 234). Die kliënte is dan oor die navorsingsprojek ingelig en om deelname genader. Die besluit om aan die navorsingsprojek deel te neem, het uitsluitlik by elk van die kliënte berus en die navorser het geen versteuring in die normale roetine van die inrigting veroorsaak nie.

Die gespesifiseerde insluitingskriteria was uitsluitlik daarop gemik om die navorsingsdoelwitte te bereik. Die volgende het as insluitingskriteria gedien en was van toepassing op die kliënte wat aan die navorsingsprojek deelgeneem het.

Die kliënte :

- 1) het 'n terminasie van swangerskap versoek; en
- 2) moes Engels of Afrikaans kon praat en verstaan

2.7 Meetinstrument

Aangesien die samestelling van die vraelys 'n integrale deel van die navorsingsontwerpingsfase was, is dit spesifiek vir die insameling van die data wat verteenwoordigend van die navorsingsdoelwitte was, gebruik (cf. Oppenheim, 2000: 10). Na afhandeling van die deeglike literatuuranalise is 'n gestruktureerde vraelys saamgestel ten einde die navorsingsdoelwitte te bereik. Die vraelys is saamgestel om die gestruktureerde onderhoude met die kliënte te voer. Met behulp van die saamgestelde vraelys aan die hand waarvan die gestruktureerde onderhoud gevoer is, was daar minder variasie in respons (Punch, 2000:176).

Die navorsingstegniek was dus 'n gestruktureerde onderhoud met die hulp van 'n vraelys. 'n Gestruktureerde onderhoud is gebaseer op 'n vasgestelde stel vrae met spesifieke bewoording wat in 'n sekere volgorde aan die respondente voorgehou word (Bless & Higson-Smith, 2000: 105).

Oop sowel as geslote vrae is in die vraelys ingesluit, om 'n ewewig tussen maklike en moeilike vraagstelling te behou. Die vrae is sistematies ingedeel. Daar is op gestruktureerde onderhoude as data-insamelingstegniek besluit aangesien :

- 1) dit moontlik was dat alle kliënte nie kon lees of skryf nie;
- 2) verkeerde interpretasies van vrae uitgesluit kon word;
- 3) verseker is dat alle vrae in die gestruktureerde onderhoud verteenwoordigend van die navorsingsdoelwitte was; en
- 4) kliënte nie moontlike moeilike vrae kon ontduik of uitsluit nie (Bless & Higson-Smith, 2000: 176).

Die vrae is soos volg vir die gestruktureerde onderhoude ingedeel:

- | | |
|-------------|--|
| Vraag 1 - 4 | - Demografiese data. |
| Vraag 5-15 | - Vrae rakende seksuele voorligting en redes vir die terminering van swangerskap. |
| Vraag 16-17 | - Reaksies rakende die ongewenste swangerskap en reaksies van pre-aborsieberading. |
| Vraag 18 | - Die terminering van swangerskap :Die prosedure self |
| Vraag 19-20 | - Voornemes rakende kontraseptiewe gebruik na terminering. |

2.8 Loodsstudie

'n Loodsstudie word volgens die literatuur gedefinieer as 'n kleiner weergawe van 'n voorgenome studie om die metodologie te verifieer (Burns & Grove, 2005: 42; van Teijlingen & Hundley, 2005: Intyds).

Die doel van die loodsstudie was om die:

- 1) volledigheid van die studie;
- 2) duidelikheid van die vrae;
- 3) die tydsduur vir die voltooiing van die vraelys; en
- 4) siggeldigheid en inhoudsgeldigheid van die vraelys te beraam.

Die loodsstudie is in 'n Aborsiekliniek in Bloemfontein uitgevoer. Hierdie kliniek is nie in die uiteindelijke studie ingesluit nie, aangesien die navorser slegs toegang tot die inrigting vir die uitvoer van die loodsstudie kon verkry.

Twee dames wat die kliniek besoek het, was voor afhandeling van die swangerskapterminasie in die loodsstudie ingesluit. Die dames is individueel deur die navorser om deelname aan die navorsingsprojek genader. Gestruktureerde onderhoude is voor die terminering van hul swangerskappe met hulle gevoer. Die onderhoude is in 'n privaat waglokaal gevoer, waar die kliënte op 'n terminasie gewag het. Die kliënte was tydens die onderhoudsvoering wakker en georiënteerd en kon alle vrae verstaan. Geen vrae is onbeantwoord gelaat nie. Onderhoude van ongeveer een uur is met elke respondent gevoer.

Die gestruktureerde onderhoud is na afhandeling van die loodsstudie onveranderd gelaat. Geen vrae is weggelaat, bygevoeg of verander nie, aangesien geen probleme tydens die loodsstudie ondervind is nie. Die data bekom is egter nie in die finale studie ingesluit nie.

2.9 Betroubaarheid en Geldigheid

Die sentrale geldigheidsoorweging in die proses van data-insameling is **betroubaarheid**, dit wil sê, of die toepassing van 'n meetinstrument op die verskillende ondersoekgroepe onder verskillende omstandighede tot die dieselfde waarnemings sal lei (Mouton, 2001: 81). Volgens Punch (2000: 99) word die betroubaarheid van 'n maatstaf bereken volgens die mate van akkuraatheid en konstantheid waarmee dit meet, ongeag wat dit meet. Die betroubaarheid van waarneming van data word deur vier veranderlikes bepaal, naamlik:

- 1) die navorser,
- 2) die individue wat bestudeer word,
- 3) die meetinstrument, en
- 4) die navorsingskonteks (die omstandighede waaronder die navorsing plaasvind).

Die navorser het tydens die navorsingsprojek maatreëls getref om die betroubaarheid van die projek te verseker. Die navorser was alleen by die navorsingsprojek betrokke, en sy het self die onderhoude gevoer en die vraelyste voltooi (cf. Punch, 2000: 99).

Die individue wat bestudeer is het direk met die navorsingsdoelwitte verband gehou aangesien respondente waarmee onderhoude gevoer is wel 'n swangerskapsterminasie versoek het en onderliggende redes wat tot die besluit gelei het, gehad het. Die respondente wat aan die navorsingsprojek deelgeneem het was dus in staat om lig op die onderhoud ter sprake te werp (cf. Bless & Higson-Smith, 2000: 127).

Na 'n deeglike literatuuranalise het die navorser die **meetinstrument** van die studie, naamlik 'n gestruktureerde vraelys wat relevant tot die navorsingsdoelwitte was, saamgestel (cf. Robinson & Reed, 1998: 58). Die vraelys is eers

aan die Eksperts in die navorsingsveld vir evaluering voorgelê, waarna die vraelys aan die Evalueringskomitee van die Skool van Verpleegkunde aan die Universiteit van die Vrystaat voorgehou is. Die finale goedkeuring van die vraelys, wat uit die gestruktureerde onderhoud gebruik is, het tydens die goedkeuring van die navorsingsvoorstel deur die Etiekkomitee, Fakulteit van die Gesondheidswetenskappe van die Universiteit van die Vrystaat, plaasgevind, aangesien die vraelys reeds by die navorsingsvoorstel ingesluit was (cf. Babbie, 1999: 110)

Die navorsing is in die inrigtings waar terminasies van swangerskappe plaasvind, gedoen en individue wat aan die insluitingskriteria voldoen het, is bestudeer. Die navorser het self die onderhoude met die respondente gevoer. Die navorsing het te alle tye onder private omstandighede plaasgevind en geen steurnisse het tydens die navorsingsproses voorgekom nie. Die studie is dus binne in verteenwoordigende navorsingskonteks uitgevoer (cf. Blaxter, Hughes & Tight, 2001: 155).

Die **geldigheid** van 'n meetinstrument word bepaal deur die mate waarin dit slaag om die spesifieke element waarvoor dit ontwerp is te evalueer (Punch, 2000:100 ; Theron & Grobler: 2000: 399). Geldigheid van die vraelys is met die loodsstudie bevorder. Die navorser het self die gestruktureerde onderhoude gevoer en die vraelyste voltooi.

Siggeldigheid van die vraelys het afgehang van die subjektiewe beoordeling van die navorser self, wat duidelik weerspieël is in die samestelling van die gestruktureerde vraelys (cf. Leedy & Ormrod, 2001: 33). Die vraelys is ook deur kundiges, naamlik 'n Evalueringskomitee van die Skool van Verpleegkunde, eksperts in die navorsingsveld en die Etiekkomitee van die Universiteit van die Vrystaat, geëvalueer. Vrae is geformuleer om presiese relevante inligting van die respondente te versamel, soos weerspieël deur die antwoorde wat tydens die onderhoudsvoering van die kliënte verkry is (cf. Robinson & Reed, 1998: 121).

Inhoudsgeldigheid, wat gedefinieer word as die akkuraatheid waarmee die situasie onder bespreking gemeet word, is verseker deur die vrae in die vraelys wat volgens die navorsingsdoelwitte geformuleer is (cf. Leedy & Ormrod, 2001: 33). Die navorser het dus na die deeglike literatuurstudie alle aspekte wat aanleiding gee tot die navorsingsonderwerp ondersoek om dit in die vraelys in te sluit (cf. Bless & Higson-Smith, 2000: 133).

Die redes vir die hoë insidensie van terminasie van swangerskappe en die gebruik van kontrasepsie was die belangrikste aspekte van die studie. Om inhoudsgeldigheid te verseker, het die navorser dus minder op demografiese data in die vraelys gefokus. Die vraelys is deur die kundiges, naamlik 'n Evalueeringskomitee van die Skool van Verpleegkunde, eksperts in die navorsingsveld en die Etiekkomitee van die Universiteit van die Vrystaat geëvalueer.

2.10 Data insameling

Die navorser het persoonlik die data-insameling waargeneem en dus die vraelyste self ingevul ten einde 'n meer objektiewe vergelyking van die data te kon maak. Data- insameling het soos volg in die onderskeie inrigtings plaasgevind:

2.10.1 Inrigting 2

Data is vanaf 20.02.03 tot 06.03.03 by hierdie inrigting ingesamel.

Voorafreëlings is met die Verpleegkundige in bevel van die kliniek getref om toestemming te verkry om die data-insameling in die inrigting te doen. Al die kliënte wat die kliniek op die spesifieke dae besoek het, is in die oggend in 'n groepsessie deur die navorser met die hulp van die inrigting se hoofverpleegkundige rakende die navorsingsprojek ingelig.

Die verpleegkundige in bevel het as tolk opgetree en tydens die inligtingsessies vir die kliënte in hul taal verduidelik dat die onderhoud slegs in Afrikaans en Engels gevoer sou word.

'n Privaat beradingslokaal is gebruik om onderhoud met kliënte te voer, waar geen versteuring van die daaglikse roetine van die inrigting veroorsaak kon word nie. Konfidensialiteit is te alle tye verseker en geen name is op die inligtingstukke op die vraelyste geskryf nie. Kliënte is toegelaat om die inligtingsstuk ten opsigte van die vraelyste te lees, om seker te maak dat hulle wel vrywillig aan die navorsingsprojek deelneem. Kliënte wat nie kon lees nie, is weer persoonlik deur die navorser oor die navorsingsprojek ingelig en het hulle van die inligtingstukke bo-op die vraelyste vergewis. Onderhoud is uiteindelik met 40 kliënte nadat hulle toestemming verleen het, in hierdie inrigting gevoer. Geen onderhoud het langer as 60 minute geduur nie en die navorser kon elke vraelys volledig voltooi.

2.10.2 Inrigting 3

Data insameling het tussen 12.03.03 en 04.04.03 plaasgevind.

Persoonlike reëlings is met die Administratiewe Direkteur van die Hospitaal getref om toestemming vir die insameling van die data by hierdie inrigting te verkry. 'n Formele toestemmingsbrief is aan die Hospitaalbestuur oorhandig en die nodige toestemming om die navorsingsprojek te doen, is verkry. Die navorser is slegs toegelaat om die inrigting op Maandae, Woensdae en Vrydae te besoek, aangesien kliënte wat swangerskapterminasies versoek het, die inrigting slegs op die dae besoek.

Elke respondent het vrywillig ingestem om aan navorsingsprojek deel te neem, nadat hulle deeglik daarvoor ingelig was. Onderhoud is daarna in 'n privaat lokaal wat deur die verpleegkundige, werksaam in die inrigting, aan die navorser toegewys was, gevoer.

Geen steurnisse het tydens die onderhoudvoering voorgekom nie. Die navorser het onderhoude met 40 kliënte in die inrigting gevoer. Onderhoude het ongeveer 60 minute geduur.

2.10.3 Inrigting 4

Data is by hierdie inrigting tussen 06.04.03 en 13.05.03 ingesamel.

Die navorser het vooraf reëlings met die Administratiewe Bestuur van die inrigting getref ten einde toestemming, om die data aan die inrigting in te samel, te verkry. Die Administratiewe Bestuur van die inrigting het aan die navorser toestemming verleen om die inrigting elke wekedag te besoek, aangesien nuwe kliënte elke dag by die inrigting behandel word.

Inligting ten opsigte van die navorsingsprojek is individueel aan elke kliënt verskaf. Respondente het vrywillig aan die onderhoude deelgeneem en ingeligte toestemming daarvoor verskaf. Onderhoude is met 40 kliënte aan dië inrigting gevoer en die vraelys is volledig deur die navorser voltooi. Elke onderhoud het ongeveer 60 minute geduur.

2.11 Etiese aspekte

Dit was die navorser se verantwoordelikheid om te alle tye die individue wat aan die navorsingsprojek deelneem se reg tot privaatheid, anonimiteit, vrywillige deelname en konfidensialiteit te verseker. Deelnemers het die reg gehad om te weier om aan die navorsingsprojek deel te neem asook om ter enige tyd aan die navorsingsprojek te onttrek (cf. Bless & Higson-Smith, 2000: 100; Miller & Wendler, 2004: 9). Die volgende etiese aspekte is ook in die studie in ag geneem.

2.11.1 Privaatheid

As gevolg van die persoonlike aard van seksualiteit is die reg van privaatheid 'n groot etiese kwessie. Dit was uiters belangrik vir die navorser om die reg op privaatheid van die respondente te beskerm, aangesien inbreuk hierop moontlike morele kwessies tot gevolg kan hê; byvoorbeeld 'n minderjarige wat inligting oor haar seksualiteit privaat wil hou (cf. Babbie, 1999: 406). Die reg tot privaatheid omsluit die respondent se keuse om sekere inligting oor hul privaat lewe te weerhou. Die respondent moet dus ingeligte, skriftelike toestemming om aan die navorsingsprojek deel te neem, gee (Bless & Higson-Smith, 2000: 101).

Privaatheid is deur die navorser verseker deurdat elke onderhoud wat met respondente gevoer was, in 'n privaat lokaal geskied het, waar geen steurnis of inmenging tydens die onderhoud kon plaasvind nie. Elke respondent kon dus natuurlik optree sonder die inmenging van die ander respondente en met sekerheid dat haar aksies of gedrag nie teen haar sou gebruik word nie. Die respondente is reeds tydens die inligtingsessie asook in die inligtingstuk op die voorblad van die gestruktureerde onderhoud, van privaatheid verseker.

2.11.2 Konfidensialiteit

Konfidensialiteit is 'n reg, aangesien dit die beskerming van persoonlike inligting omsluit. Dit was die navorser se verantwoordelikheid om dié reg te beskerm sodat deelname aan die navorsingsprojek nie negatief op die respondente kon reflekteer nie (cf. Foster, 2001: 131). Elke onderhoud is deur die navorser persoonlik gevoer en elke vraelys is afsonderlik voltooi.

Onderhoude was in privaat lokale gevoer met geen steurnisse tydens onderhoudsvoering nie. Geen respondent se naam is tydens die navorsingsprojek bekend gemaak nie. Geen name of identifiserende besonderhede het op enige van die vraelyste verskyn nie. Die inligting bekom

kan dus nie met enige persoon in verband gebring word nie. Die navorser het alle inligting wat tydens die data-insamelingsproses verkry is, in 'n geslote laaikabinet in haar studeerkamer gestoor. Die navorser het dus alleen toegang tot die ingesamelde data gehad.

2.11.3 Vrywillige deelname

Die reg tot vrywillige deelname is tydens die inligtingsessies oor die navorsingsprojek aan die respondente voorgehou. Vrywillige deelname het die respondente instaat gestel om 'n ingeligte besluit te neem, aangesien hulle reeds oor die navorsingsdoelwitte ingelig was (cf. Foster, 2001: 60). Geen respondente wat ingestem het om aan die navorsingsprojek deel te neem, het agterna onttrek nie.

2.11.4 Ingeligte toestemming

Ingeligte toestemming is van alle respondente verkry en dit was dus uitsluitlik elke respondent se besluit om aan die navorsingsprojek deel te neem. Die respondente is voor die aanvang van die onderhoud oor die aard van die navorsing ingelig en die versekering is gegee dat geen inligting wat van die respondente verkry is, teen hulle gebruik sou word nie. Elke respondent wat kon lees, het ook die geleentheid gehad om eers die inligtingstuk op die voorblad van die vraelys deur te lees, om sodoende ingeligte toestemming te verleen. Die respondente wat nie kon lees en skryf nie is tydens die inligtingsessie, asook voor die onderhoudsvoering ten opsigte van die navorsingsprojek ingelig, maar die uitsluitlike besluit het steeds by hulle berus om aan die navorsingsprojek deel te neem.

Toestemming van minderjarige vroue is dieselfde as volwasse vroue hanteer. Die swanger minderjarige het geen verpligting om 'n volwassene tydens 'n swangerskapsterminasie te raadpleeg nie, dus is hulle nie uit die studie gelaat nie. Die Wet maak ook voorsiening dat enige swanger vrou, hetsy minderjarig,

wel 'n vrou van enige ouderdom is (Suid-Afrika. Wet op die Keuse oor die Beeindiging van Swangerskap, 1996:1303).

Die navorser het verseker dat die ingeligte toestemming wat tydens die navorsingsprojek verkry is aan die voorgeskrewe vereistes voldoen het; naamlik

- 1) Elke individu was volledig ten opsigte van die navorsing ingelig.
- 2) Die doel van die navorsing is duidelik aan respondente gestel.
- 3) Konfidensialiteit en anonimiteit is verseker.
- 4) Deelname aan die navorsingsprojek was vrywillig.
- 5) Die reg om ter enige tyd aan die navorsingsprojek te onttrek, is verduidelik.
- 6) Die navorser het alle vrae wat deur die respondente gevra is, beantwoord (Burns & Grove, 2005: 194).

Volledige inligting rakende die navorsing is aan alle betrokkenes verskaf sodat hul in staat was om 'n ingeligte besluit ten opsigte van die navorsing te neem.

Skriftelike toestemming tot die uitvoer van die navorsingsprojek is verkry van die:

- respondente self;
- administratiewe owerhede van die inrigtings waar die terminasies gedoen word;
- ekspertkomitee van die Skool vir Verpleegkunde ;
- evalueringskomitee van die Skool vir Verpleegkunde; en
- etiekkomitee, Fakulteit van Gesondheidswetenskappe van die Universiteit van die Vrystaat.

2.12 Samevatting

In hierdie hoofstuk is aandag aan die metodologie geskenk. Die wyse waarop respondente geselekteer en data ingesamel is, is onder die belangrike aspekte wat bespreek is. Die meetinstrument, naamlik onderhoudvoering aan die hand van 'n gestruktureerde vraelys is ook volledig bespreek. Vervolgens word aandag geskenk aan die omvattende literatuurstudie.

HOOFSTUK 3

LITERATUURSTUDIE

3.1 Inleiding

Swangerskap is een van die mees ingewikkelde aspekte van alledaagse liefdesverhoudings. Dit begin deur die fisieke aksie van 'n paartjie deur koïtus, waarna fertilisasie plaasvind, gevolg deur die ontwikkeling van 'n menslike wese en daarna die geboorte. Die proses is fisies en chemies, maar in ons alledaagse lewe het die proses meer as net die blote biologiese proses geword. Swangerskap het verander in 'n sosiale, psigologiese dilemma en is in die proses getransformeer vanaf 'n doodgewone skepping van 'n lewe na 'n obsessie met profesie, fenomene, perversie en paradoks (Fassett, Curtis, Abelman, Schulkin & William, 2006:53).

Volgens wet en sosiale beleid kan die doodgewone skepping van 'n lewe meer kontroversieel word, veral as die kwessie om die swangerskap te behou of te laat termineer ter sprake is. Deur die algehele periode van swangerskap het die vrou die volle reg tot privaatheid, liggaamsoutonomieit en individuele besluitneming (Tavris, 1995: 121).

Die staat het dit vir vroue vanaf 12-jarige ouderdom moontlik gemaak om voor 12 weke gestasie hul swangerskappe te laat termineer met die instelling van Wet 92 van 1996; naamlik die Wet op die Keuse van die Beëindiging van Swangerskap. Sou enige vrou voel dat 'n swangerskap inbreuk op haar lewenswyse of gesondheid maak, mag sy sonder rede 'n terminasie van swangerskap by 'n goedgekeurde gesondheidsorgsentrum waar terminasie van swangerskappe uitgevoer word, versoek (Nkala, 1997:13). Die vrou het dan ook die keuse om die nie-verpligte en nie-voorskriftelike voorligting voor en nà die beëindiging van haar swangerskap te aanvaar of nie (Theron & Grobler, 2000:125).

Beeindiging van swangerskap wetgewing in die nuwe bedeling is geliberaliseer om aansluiting te vind by 'n nuwe grondwet wat veral die regte en vryheid van die individu beskerm. Die klem val hoofsaaklik op die vrou en haar keuse en redes ten opsigte van die terminering swangerskap (Nkala,1997: 13).

Ongeag die redes erken Wet 92 van 1996 elke vrou se reg om aanspraak te maak op 'n terminasie van swangerskap, wat haar in staat stel om ter enige tyd, sonder enige toestemming, haar swangerskap te laat beëindig (Suid-Afrika. Wet op die Keuse oor die Beeindiging van Swangerskap,1996:1303).

Wet 92 van 1996, erken in 'n neutedop :

- * Die waardigheid van die individu, gelykheid tussen mense, die reg op veiligheid, nie-rassisme en nie-seksisme.
- * Die reg van persone om besluite te neem aangaande hul veiligheid en beheer oor hul liggame.
- * Die fundamentele reg van vroue om toegang tot reprodktiewe gesondheidsorg te hê; insluitende gesinsbeplanning, kontrasepsie en **terminasie van swangerskap**.
- * Dat die staat die verantwoordelikheid het om reprodktiewe gesondheidsorg aan almal te voorsien en om veilige omstandighede te skep waaronder die reg van keuse sonder vrees uitgeoefen kan word.

- * **Dat terminasie van swangerskap nie 'n vorm van kontrasepsie of bevolkingsbeheer is nie** (Theron & Grobler, 1998: 123; Suid-Afrika. Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, 1996: 1303).

Die Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie, Wet 2 van 1975, is in 1996 herroep en die Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, Wet 92 van 1996 is gepromulgeer. Die nuwe Wet het op 1 Februarie 1997 in werking getree en het radikaal van die vorige verskil. Die Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie, Wet 2 van 1975 word vervolgens bespreek

3.2 WETGEWING OOR TERMINASIE VAN SWANGERSKAP

3.2.1 Die Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie, Wet 2 van 1975

Terminasie van Swangerskap was tot en met die aanvaarding van die Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie (Wet 2 van 1975) 'n gemeenregtelike misdaad, wat beteken dat dit deur 'n oorgelewerde, ongeskrewe wet hanteer is. Die streng toepassing van die gemeenregtelike posisie het tot gevolg gehad dat slegs een verweer teen die misdaad terminasie van swangerskap gegeld het, naamlik die van noodtoestand, dus terapeutiese terminasie van swangerskap wanneer die vrou se lewe in gevaar was (Jewkes, Brown, Dickson-Tetteh, Levin & Rees, 2002: 1252).

Die Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie is as beperkende wetgewing gesien, waar die hoofdoel van die regering was om die prenatale lewe van die fetus te beskerm. Die beskerming van die fetus word dus meer omvattend namate die swangerskap vorder. Die wetgewing het dus die vrou met 'n ongewenste swangerskap genoodsaak om die swangerskap te behou met alle morele, sosiale en wetlike verantwoordelikhede verbonde aan gestasie en ouerskap (Peters & Wolper, 1995: 262).

Die beskerming van vroue se reprodktiewe regte was nie hoë prioriteit in die waardesisteme van die regering en die wette wat hulle ontwerp het nie. Die historiese hoofdoel van vroue was om swanger te raak, geboorte aan kinders te gee, verkieslik seuns, wat as die fondament van die familie moes dien. Die beperkende en ontoeganklike omstandighede waaronder vroue toegelaat was om hulle swangerskappe te laat termineer het gereflekteer as minimale impak op die gesondheidsorg sisteem in terme van die tydperk wat die Wet nagevolg was (Peters & Wolper, 1995: 263).

Die Wet op Vrugaafdrywing en Sterilisasië, Wet 2 van 1975, het gefokus op die omstandighede waarin vrugaafdrywing by 'n vrou bewerkstellig mag word of waarin iemand wat nie in staat is nie of onbevoeg is om tot sterilisasië toe te stem, gesteriliseer mag word; en om vir bykomstige aangeleenthede voorsiening te maak. Die Wet is op 28 Februarie 1975 goedgekeur en stipuleer onder watter omstandighede terminasies uitgevoer mag word:

1) Vrugaafdrywing mag slegs deur 'n geneesheer bewerkstellig word en slegs:

a) waar die voortgesette swangerskap die lewe van die betrokke vrou in gevaar stel of 'n ernstige bedreiging vir haar liggaamlike gesondheid uitmaak, en twee ander geneesheer skriftelik gesertifiseer het dat na hul oordeel die voortgesette swangerskap die lewe van die betrokke vrou aldus in gevaar stel of 'n ernstige bedreiging vir haar liggaamlike gesondheid inhou en vrugaafdrywing noodsaaklik is om die vrou se lewe of liggaamlike gesondheid te verseker;

b) waar die voorgesette swangerskap 'n ernstige bedreiging vir die geestesgesondheid van die betrokke vrou inhou, en twee ander geneesheer skriftelik gesertifiseer het dat na hul oordeel die voortgesette swangerskap die gevaar skep van blywende skending van die vrou se geestesgesondheid, en vrugaafdrywing noodsaaklik is om die geestesgesondheid van die vrou te verseker;

c) waar daar 'n ernstige gevaar bestaan dat die kind wat gebore gaan word, aan 'n liggaamlike gebrek of geestesgebrek van so 'n aard sal ly dat hy/sy onherstelbaar ernstig gestrem sal wees, en twee ander geneesheer skriftelik gesertifiseer het dat daar, na hul oordeel, op wetenskaplike gronde so 'n gevaar bestaan;

d) waar die vrug na bewering verwek is as gevolg van onwettige vleeslike gemeenskap, en twee ander geneesheer skriftelik gesertifiseer het na die

ondervraging van die betrokke vrou wat beide geneeshere nodig geag het, dat die swangerskap na hul oordeel te wyte is aan die beweerde onwettige vleeslike gemeenskap; of

e) waar die vrug verwek is ten gevolge van buite-egtelike vleeslike gemeenskap en twee ander geneeshere skriftelik gesertifiseer het dat die betrokke vrou weens 'n blywende geestesgebrek of -defek nie in staat is om die implikasies van koïtus te begryp of die ouerlike verantwoordelikheid vir die vrug van koïtus te dra nie (Suid-Afrika. Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasië 1975: 872).

Die swanger vrou se fisieke en of geestesgesondheid moes dus deur die voortgesette swangerskap bedreig word en die bewerstelling van 'n terminasie van swangerskap moes die gevaar uit die weg ruim. Wat die ongebore kind betref, moes daar 'n moontlikheid bestaan het dat die kind ernstig en onherstelbaar gestremd sou wees alvorens die terminasie uitgevoer kon word. Indien 'n vrou swanger geraak het as gevolg van bloedskunde of verkragting, kon sy vir 'n terminasie van swangerskap aansoek doen, terwyl dit ook van toepassing was op vroue wat nie die implikasies van gemeenskap besef het nie. Dit was veral vroue wat weens een of ander gebrek nie verantwoordelik vir hul dade gehou kon word nie (Jewkes, Brown, Dickson-Tetteh, Levin & Rees, 2002: 1252).

Die beperkende wet het 'n impak op die verdrukking van vroueregte gehad. Dit was 'n direkte voorstelling van die ongelykheid wat gepaard gaan met die feit dat die vrou alleen die verantwoordelikheid gedra het om voorsorg teen 'n ongewenste swangerskap te tref (Peters & Wolper, 1995: 263). Die Wet is onder die omstandighede, soos beskryf, uitgevaardig, en het die volgende statistieke opgelewer soos in tabel 3.1 verskaf.

Tabel 3.1: Jaarlikse aantal terminasies van swangerskappe gedoen in terme van die Wet op Vrugafdrying en Sterilisasië van 1975, vanaf 1991 tot 1995.

Jaar	Aantal terminasies	Jaarlikse toename
1991	1024	-
1992	1449	425
1993	1479	30
1994	2208	729
1995	2463	255
Totaal: 5 jaar	8623	1439

Uit die tabel 3.1 blyk dit dat slegs 'n matige vermeerdering van terminasies van swangerskappe gedurende die tydperk 1991-1995, plaasgevind het. Die statistieke sluit egter net die terminasies in wat wettig, onder die volgende omstandighede uitgevoer is: die swangerskap was 'n fisiese bedreiging vir die moeder of die fetus se lewe, verkragting of bloedskunde en onwettige vleeslike gemeenskap. Soos weerspieël in tabel 3.1 is daar gedurende die genoemde vyf jaar periode 8623 terminasies van swangerskappe gedoen (Suid-Afrika, Departement van Gesondheid, Statistiekdiens, 2005:2).

3.2.2 Die Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, Wet 92 van 1996.

Dië wet wat op 1 Februarie 1997 in werking getree het, het aan alle Suid-Afrikaanse vroue 'n geleentheid gebied om 'n terminasie van swangerskap op hul versoek te ondergaan. Die Wet het dus die beperkende en ontoeganklike Wet op Vrugafdrying en Sterilisasië van 1975 vervang, bevorder reprodktiewe regte en verbreed die 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 (Theron & Grobler, 2000: 125).

Die hele aansig rondom die terminasie van swangerskap het verander toe Wet 92 van 1996 in werking tree. Sommige vroue het in die verlede enigiets gedoen om 'n ongewenste swangerskap te voorkom, byvoorbeeld deur kontrasepsie in die geheim te gebruik, haar te laat steriliseer om swangerskappe heeltemal te voorkom of selfs om die swangerskap onwettig te laat termineer (Cleland & Ali, 2006: 1788).

Ingevolge dié wet het vroue nou die reg om hul swangerskappe, sonder enige toestemming te termineer. Die reg is slegs een van die buigbare maatreëls waaronder hulle 'n terminasie van swangerskap kan uitvoer (Cleland & Ali, 2006: 1788).

Die Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap is op 12 November 1996 goedgekeur en op 1 Februarie 1997 in werking gestel. Die wet fokus hoofsaaklik op die omstandighede waaronder en voorwaardes waarop die swangerskap van 'n vrou beëindig kan word, en om vir aanverwante aangeleenthede voorsiening te maak.

Die aanhef tot die Wet is soos volg:

* In erkentlikheid aan die waardes van menswaardigheid, die bereiking van gelykheid, sekuriteit van die persoon, nie-rassisme, en nie-seksisme, en die bevordering van menseregte en vryhede wat 'n demokratiese Suid-Afrika tot grondslag lê.

* In erkentlikheid 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 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 voorligtings programme en dienste insluit.

* 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 tot behoorlike gesondheidsorgdienste om veilige swangerskap en kindergeboorte te verseker.

* 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 kan word.

***In geloof dat beëindiging van swangerskap nie 'n tipe voorbehoeding of bevolkingsbeheer is nie** (Suid Afrika. Wet op die Keuse van die Beëindiging van Swangerskap, 1996: 1303)

Die terminasie van swangerskap kan onder die volgende omstandighede en voorwaardes ingevolge Wet 92 van 1996 gedoen word:

1) Op versoek van 'n vrou gedurende die eerste 12 weke van swangerskap. Die terminasie van 'n swangerskap kan op die versoek, sonder enige vrae of beperkings, gedoen word (Suid-Afrika. Wet op die Keuse van die Beëindiging van Swangerskap, 1996:1303).

2) Vanaf die veertiende tot, en insluitende die twintigste week van swangerskap stem die voorwaardes en omstandighede min of meer ooreen met die faktore waarvolgens 'n terminasie van swangerskap, volgens die Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie van 1975, kan plaasvind. Vanaf die veertiende tot, en insluitende die twintigste week van swangerskap, indien die mediese praktisyn na konsultasie met die swanger vrou van mening is dat:

- * die voorsetting van die swangerskap 'n risiko inhou vir die vrou se fisieke of geestesgesondheid; of
- * daar 'n wesenlike risiko bestaan dat die fetus aan ernstige of geestesabnormaliteite sal lei; of
- * die swangerskap as gevolg van verkragting of bloedskunde ontstaan het; of
- * die voortgesette swangerskap die sosiale of ekonomiese omstandighede van die vrou betekenisvol nadelig sal beïnvloed (Theron & Grobler, 1998: 124).

Ten spyte van die voorwaardes soos deur die Wet daargestel, mag enige vrou 'n terminasie van haar swangerskap versoek. Sy het alleenreg om haar ingeligte toestemming vir die terminering van haar swangerskap te gee. Geen ander toestemming, hetsy dit van haar seksmaat of familie is, is nodig in die geval waar die vrou 'n terminasie van swangerskap versoek nie. In geval van 'n swanger minderjarige moet die geneesheer of geregistreerde vroedvrou, na gelang van die geval, sodanige minderjarige adviseer om haar ouers, voog, familieledede of vriende te raadpleeg alvorens die swangerskap beëindig word, met dien verstande dat die beëindiging van die swangerskap nie geweier mag word omdat die minderjarige verkies om hulle nie te raadpleeg nie (Suid-Afrika. Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, 1996: 1303).

Niemand mag verbied word om terminasie te ontvang nie; selfs al stem verpleegsters en dokters nie met die wetgewing saam nie, het hul steeds 'n plig om die kliënt met die korrekte inligting te voorsien, soos in die Wet gestipuleer (Suid-Afrika. Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, 1996 :1303).

Enige vrou wat versoek dat haar swangerskap voor 12 weke swangerskap getermineer word, moet van al haar regte ingelig word voor die terminasie van swangerskap gedoen word. Die wet voorsien ook dat die identiteit van die vrou wat die terminasie versoek het, ten alle tye konfidensieel gehou word. Slegs die betrokke vrou het die reg om enige persoon oor haar besluite in te lig (Hlalele, 1998: 35).

Die regte van die vrou sluit die reg van gelykheid in waar die Staat nie direk of indirek, teen enige vrou, as gevolg van haar ras, geslag, swangerskap, huwelikstatus, etiese en sosiale oorsprong, kleur, seksuele oriëntasie, ouderdom, ongeskiktheid, geloof, bewustheid, kultuur, taal en geboorte mag diskrimineer nie. Die vrou het ook die reg tot vryheid en sekuriteit. Sy alleen het die reg tot haar liggaams- en psigologiese integriteit om self besluite aangaande reproduksie te neem, beheer oor haar liggaam uit te oefen, asook om ingeligte toestemming te gee tot enige prosedure wat op haar uitgevoer mag word (Suid-Afrika. Die Konstitusie van die Republiek van Suid-Afrika, 1996: 5-6)

In die lig van bogenoemde voorwaardes en omstandighede het elke vrou die reg om 'n terminasie van swangerskap te versoek, ongeag haar redes. Wet 92 van 1996 is daargestel om die ontoeganklike en beperkende Wet 2 van 1975 te vervang en **nie om terminasie van swangerskap as 'n kontraseptiewe middel te bevorder nie**. Tog laat dit aansienlike ruimte hiervoor, aangesien dit moontlik as 'n maklike uitweg vir 'n ongewenste swangerskap, gesien kan word.

Wet 92 van 1996 stel dit egter duidelik dat **terminasie van swangerskap nie 'n vorm van kontrasepsie is nie**. Volgens Van Oosten (1999: 63) is swangerskap en kontrasepsie twee verskillende komponente. Indien 'n swangerskap ontstaan, beteken dit daar dat geen kontraseptiewe werkingsmeganisme plaasgevind het nie. Indien kontrasepsie effektief gebruik was, beteken dit dat daar geen swangerskap behoort te ontstaan nie, want effektiewe kontraseptiewe meganismes moes plaasgevind het. Die feit dat kontraseptiewe maatreëls getref

was, maar nie effektief toegepas is nie, maak geen verskil nie. Oneffektiewe kontrasepsiegebruik is gelykstaande aan geen kontrasepsiegebruik aangesien die gevolg van oneffektiewe en geen kontrasepsiegebruik dieselfde is naamlik, die ontstaan van 'n swangerskap, hetsy ongewens of nie. Indien 'n terminasie van swangerskap ondergaan word, terwyl geen kontrasepsie gebruik was nie, bestaan die moontlikheid wel dat dit as 'n vorm van kontrasepsie gebruik kan word (Van Oosten, 1999: 63).

Wet 92 van 1996 lê klem op die feit dat terminasie van swangerskap nie 'n vorm van bevolkingsbeheer is nie. Dit impliseer dat die motief vir die wetgewing oor terminasie van swangerskap nie was om die bevolkingsgroei te stuit nie (Theron & Grobler, 1998: ix; Cilliers, 2002: suiweringsgesprek).

In Suid-Afrika het die regering al vir dekades probeer om die probleem van populasiegroei aan te spreek, maar met min sukses. Indien die jaarlikse groeikoers van 2,3 persent volgehou word, sal daar reeds teen die jaar 2020, 80 miljoen mense in Suid-Afrika wees. Indien daar nie 'n dramatiese verandering in die bevolkingsaanwas kom nie, sal daar teen die jaar 2100 ongeveer 183,401 miljoen mense gevoed, moet word en sou die wetgewing van terminasie van swangerskap moontlik 'n antwoord kan bied (Du Preez, 1999: 16).

Die wetgewing oor terminasie van swangerskap kan sekerlik die groei van die populasie in 'n mate stuit, want die effektiewe terminasie van embryo's en fetusse termineer hul potensiaal om verder tot volwasse wesens te ontwikkel. Sekere regerings het bevolkingsbeleide aangeneem om die bevolkingsgroei te beheer, terwyl ander liberalisasie van die terminasie van swangerskapswette gebruik. Die verskaffing van terminasie van swangerskapsdienste is soms ontwikkel om hierdie doel te bereik (Van Oosten, 1999: 63). Dit was egter nie die geval in Suid-Afrika nie.

Terminasie van swangerskap word reeds jare in baie gemeenskappe as 'n vorm van kontrasepsie gesien en Suid-Afrika is moontlik geen uitsondering nie, alhoewel die wet dit duidelik uitspel dat dit nie die geval is nie. In die middel van die 19de eeu het Britse offisiere aan die Oos-Kaap verslag gedoen oor talle terminasies van swangerskappe wat op verskillende klasse swart vroue uitgevoer is. Terminasie van swangerskap is reeds toe gesien as 'n aanvaarbare manier om van ongewenste swangerskappe ontslae te raak (Engelbrecht & Van Rensburg, 2000: 5).

In die lig van die bestaande wet is in 1997 reeds meer as 17 400 swangerskapterminasies op meisies jonger as 18 gedoen. Gedurende 1997 is 26 401 wettige swangerskapterminasies uitgevoer, wat in 2002 tot 57 472 vermeerder het. Alhoewel die Wet bepaal dat swangerskapterminasies binne die eerste twaalf weke van swangerskap gedoen moet word, is daar vanaf 1997-2002 ongeveer 20 000 fetusse ouer as twaalf weke getermineer (Suid-Afrika. Instituut vir Rasseverhoudings, 2003: 342).

Statistieke rakende terminasie van swangerskappe **oor die hele land**, soos weergegee deur die Departement van Gesondheid se Statistiekdiens (2005:2) toon dat 87035 terminasies in 2004 gedoen is. Die aantal terminasies van swangerskappe is drie keer meer as in 1997 toe slegs 26455 terminasies uitgevoer was, met die instelling van Wet 92 van 1996 (Suid-Afrika. Departement van Gesondheid, Statistiekdiens, 2005:2).

Tydens interkollegiale gespreksvoering en die bestudering van statistieke het dit geblyk dat die wettiging van die terminasies van swangerskappe, dus Wet 92 van 1996, 'n impak op die terminasiestatistieke van die Vrystaat Provinsie gehad het, aangesien die Vrystaat naas Gauteng die hoogste terminasie van swangerskapsyfer in die land het (Suid-Afrika. Departement van Gesondheid, Statistiekdiens, 2004:2).

3.2.3 Die Impak van Wet 92 van 1996 op die Vrystaat Provinsie

Die Vrystaat Provinsie het 'n vroulike populasie van 720033 vroue tussen die ouderdomsgroepe van 15 - 49 jaar. Die gegewe getal sluit nie ouderdomsgroepe onder 15 jaar en bo 49 jaar in nie, maar verwys spesifiek **na die ouderdomsgroepe in hul fertiliteitsjare**. Die Vrystaat het ook die tweede grootste getal terminasies van swangerskappe in Suid-Afrika (Suid-Afrika. Departement van Gesondheid, Statistiekdiens, 2004:2). Die eerste sentrum waar terminasie van swangerskap gedoen sou word, het op 1 Februarie 1997 in Bloemfontein, die hoofstad van die Vrystaat, begin funksioneer (Botes; 1997:1)

Vanaf 1 Februarie 1997 tot Augustus 1997 was daar reeds 1064 terminasies van swangerskappe in Bloemfontein uitgevoer. 'n Ontstellende 16,28 persent van die vroue wat die terminasies versoek het, was nog onder 18 jaar oud en ongeveer 93 persent van die terminasies van swangerskappe is om sosio-ekonomiese redes gedoen (Botes, 1997: 1; Suid-Afrika, Departement van Gesondheid, Statistiekdiens, 2004:2).

Volgens Cruywagen & Jooste (1997: 1) het 'n studie wat deur die Reproductiewe Gesondheid Navorsingseenheid ten opsigte van die verskaffing van terminasie van swangerskapsdienste in die Vrystaat uitgevoer is, bevestig dat sosio-ekonomiese redes by een derde van kliënte as die rede vir hul besluit tot terminasie van die swangerskap aangevoer word.

In totaal is daar in die vyf jaar na die instelling van Wet 92 van 1996 in Suid-Afrika 59551 terminasies van swangerskappe uitgevoer (Engelbrecht & Van Rensburg, 2000: 4). In die Vrystaat, 'n relatief klein provinsie met 'n relatief klein bevolking, is tydens die vyf jaar na die wettiging, tien persent van die terminasies van swangerskappe in Suid-Afrika uitgevoer (Suid-Afrika. Departement van Gesondheid, Statistiekdiens, 2005:2).

Luidens die 2001 jaarverslag van me. Ouma Tshopo, Lid vir die Uitvoerende Raad van Gesondheid in die Vrystaat, het minstens 2700 vroue in 1997 terminasie van swangerskappe ondergaan, en in 1999 minstens 4000 vroue (Suid-Afrika. Departement van Gesondheid, Statistiekdiens, 2004:2).

Die Vrystaat provinsie het volgens diè jaarverslag 'n konstante groei in terminasie van swangerskappe oor die eerste vier jaar na die implementasie van Wet 92 van 1996 getoon, terwyl 'n afname gedurende die vyfde jaar (2002) vanaf die implementering gemerk is. Gedurende die eerste jaar (1997) is 2700 terminasies van swangerskappe uitgevoer wat gegroei het tot 6557 terminasies in die vierde jaar (2001) en het weer na 4629 terminasies in die vyfde jaar afgeneem. Die afname in die terminasies van swangerskappe in die 5de jaar na die wettiging kan moontlik aan 'n toename in gesinsbeplannings dienste en die kwaliteit van die postterminasieberading toegeskryf word (Cruywagen & Jooste, 1997: 1).

Die Wet van 1996 het dus definief vir menige vroue met ongewenste swangerskappe 'n alternatief gestel, indien na die groeiende statistieke, asook die navorsingsprojekte wat gedoen is, gekyk word. Die ironie is egter dat sosio-ekonomiese omstandighede in die meeste gevalle as rede vir die besluit om 'n terminasie van swangerskap te laat doen, aangevoer word en dat dit net op versoek van vroue gedoen word. Die vraag wat geredelik ontstaan is egter of daar wel gepoog is om die swangerskappe te voorkom, 'n maatreël wat baie maklik in Suid-Afrika getref kan word, aangesien kontrasepsie gratis en vir die hele bevolking beskikbaar is (Mbokane & Ehlers, 2006:43).

3.4 KONTRASEPSIE

Die praktyk van kontrasepsie of swangerskapvoorkoming is so oud soos mensbestaan. Vir eeue het die mens op allerlei gelowe staatgemaak om swangerskap te voorkom. Die Antieke Egiptiese beskrywings verwys na tegnieke waar krokodil-stoelgang en gefermenteerde deeg in die vagina geplaas is om 'n ongunstige omgewing vir spermpenetrasie te skep. Gedurende die vroeë tweede eeu in Rome, is 'n hoë suur- mengsel van vrugte, neute en wol op die serviks geplaas, wat moes dien as 'n spermisied (Connell, 1999: 75). Die tegnologie het intussen ontwikkel en kontrasepsie is meer gevorderd.

Theron en Grobler (1998: 126) definieer kontrasepsie as die voorkoming van swangerskap deur meganiese metodes en hormonale voorbehoedmiddels, wat die voorkoming van sperm-oösiet- kontak en die inplanting van 'n bevrugte oösiet of die onderdrukking van ovulasie bewerkstellig, terwyl Anderson (2000: 398) kontrasepsie as die voorkoming van konsepsie deur die gebruik van 'n toestel of middel soos 'n kondoom of diafragma wat fisies voorkom dat spermselle die endometriële holte binnegaan, omskryf.

3.4.1 Die noodsaaklikheid van kontrasepsie gebruik

Vroue wil toegang tot 'n verskeidenheid kontraseptiewe metodes hê, wat met die verskillende stadiums in hul lewens, korreleer. Die verskillende stadia in hul lewens hang gewoonlik af van verskeie faktore soos, onder andere, die sosio-ekonomiese omstandighede waarin vroue hulle bevind, hul vryheid ten opsigte van besluite aangaande hul lewens en liggame, finansiële onafhanklikheid, die aantal kinders wat hul graag wil hê, hul ouderdom en gesondheid, asook toegang tot gesondheidsorgfasiliteite, insluitende dienste vir veilige swangerskap=terminasies (Richter, 1996: 39). Kontrasepsie gebruik word dus deur sommige vroue as 'n noodsaaklikheid beskou.

Die noodsaaklikheid van kontrasepsie gebruik speel 'n groot rol in die bekamping van die ernstige maatskaplike en ekologiese gevolge van oorbevolking op sowel nasionale en globale vlak (Theron & Grobler, 2000: xi). Elke gesinslid trek voordeel uit die noodsaaklikheid van kontraseptiewe gebruik deurdat:

- vroue hulself teen ongewenste swangerskappe beskerm en deurdat die gebruik van hormonale metodes kanker kan voorkom.
- dit dertien tot vyftien miljoen kindersterftes jaarliks as gevolg van 'n gebrek aan essensieële noodsaaklikhede om 'n normale lewe te lei bv. verhogering voorkom.
- paartjies met minder kinders 'n groter kans op oorlewing en beter vir hul gesinne ten opsigte van voedsel, klere, behuising en opvoeding, kan voorsien (Dietz & Brandrup-Lukanow, 1993: 3).

Die algehele impak van die gebruik van kontraseptiewe metodes, die uitstel van die eerste swangerskap, spasiëring van geboortes, die voortbring van minder as vier kinders, en die voorkoming van 'n swangerskap na die 35-jaar ouderdomsgrens het 'n geweldige invloed op die vermindering van moederlike, infantiele en kinderlike mortaliteit (Coliver, 1995: 89). Aangesien gesondheid, voedingstatus, opvoeding en die verwerking van die beskikbare kapitaal in 'n huishouding gewoonlik op 'n moederlike vlak gehandhaaf word, kan die gehalte daarvan in verhouding met gesinsbeplanning, aansienlik verhoog word (Coliver, 1995: 89). Dit is dus belangrik vir die kliënt om die geskikte kontraseptiewe metode volgens haar behoefte te kies.

3.4.2 Kenmerke van die ideale kontraseptiewe middel

Die hoofdoel in die voorsiening van gesinsbeplanning is om die kliënt te help om die beste kontraseptiewe metode te kies en dit so effektief as moontlik te gebruik. Dit is gewoonlik die vrou wat gesinsbeplanningsdienste konsulteer, aangesien mediese kontraseptiewe metodes meestal van toepassing op die vroulike geslag is. Die regte metode vir enige individu of paartjie is die kontraseptiewe metode wat die beste in hul behoeftes op die gegewe tydstip van hul lewens voorsien (Loudon, Glasier & Gebbie, 1995: 31) , dog is dit elke vrou se wens om die ideale kontraseptiewe middel te gebruik.

Die kenmerke van die ideale kontraseptiewe metode sou definitief alle vroue van die keuse van terminering van hul swangerskappe vrywaar en sou fertiliteit streng kon beheer (Oddens, 1999: 277). Die ideale kontraseptiewe middel soos deur Guillebaud (1997: 7) en Dietz en Brandrup-Lukanow (1993: 17) beskryf word is :

- 100% effektief;
- 100% veilig;
- onafhanklik van seksuele omgang;
- omkeerbaar;
- goedkoop en maklik om te versprei;
- onafhanklik van die mediese professie;
- aanvaarbaar vir alle kulture, godsdienste en politieke sienswyse;
- bruikbaar deur alle vroue;
- aan geen nuwe-effekte verbind nie;
- ongekompliseerd en pynloos;
- nie-afhanklik van die gebruiker se geheue;
- onafhanklik van die gebruiker se mediese agtergrond;
- aan geen geskeduleerde opvolgbesoeke verbind nie, en is
- vir beide seksmaats aanvaarbaar.

Volgens (Mols, 2005: 1) is dit belangrik om die kliënt se ouderdom, die graad van effektiwiteit nodig, of die kliënt rook al dan nie, vas te stel wanneer die keuse vir 'n geskikte kontraseptiewe metode geneem moet word. Die volgende faktore het ook 'n geweldige impak op die effektiewe gebruik van die kontraseptiewe middel wat deur die kliënt verkies word en moet met die kliënt bespreek word:

- geskiktheid van die kontraseptiewe metode vir die kliënt;
- absolute kontra-indikasies vir die spesifieke middel;
- die newe-effek profiel van die spesifieke middel;
- voordele verbonde aan die kontraseptiewe middel gebruik;
- inisiëring van die middel gebruik;
- opvolgbesoeke;
- tydsraamwerk vir die terugkeer van fertiliteit, en die
- graad van beskerming van die middel teen seksueel oordraagbare siektes.

3.4.3 Tipes kontraseptiewe metodes

Daar bestaan verskeie tipes kontraseptiewe metodes om 'n ongewenste swangerskap te voorkom. Die gebruik van hormonale voorbehoedmiddels wat ovulasie voorkom, word gewoonlik deur die gebruik van 'n gereelde dosis van 'n kontraseptiewe pil bewerkstellig. Hormonale voorbehoedmiddels kan ook deur die vel toegedien word deur 'n twee-maandelikse inspuiting van 'n langwerkende progestoëen. Gevorderde ontwikkelde metodes bestaan vir deurlopende toediening van hormonale voorbehoedmiddels. Die deurlopende toediening van hormonale kontrasepsie kan deur subkutane inplantings van progestoëen geskied, byvoorbeeld Norplant en vaginale ringe, wat progestoëen bevat wat oor 'n tydperk van drie maande vrygestel word (Audu, Yahya & Bassi, 2006: 555).

Kontraseptiewe metodes wat poog om fertilisasie van die oösiet te voorkom sluit in: koïtus interruptus, kondoom, diafragma en chirurgie. Daar bestaan ook kontraseptiewe metodes wat daarop gerig is om inplantasie van die bevrugte oösiet in die uterus te voorkom, naamlik intra-uteriene kontraseptiewe toestelle. Post-koïtale kontrasepsie of noodkontrasepsie kan na koïtus, maar voor inplanting van die bevrugte oösiet gebruik word om die swangerskap te stuit. Paartjies wat as gevolg van geloofsoortuiging verbied word om hormonale of meganiese voorbehoedmiddel te gebruik, kan alternatiewe natuurlike kontraseptiewe metodes soos die ritme-metode beoefen om swangerskappe te voorkom (Audu, Yahya & Bassi, 2006: 555).

Daar word onderskei tussen manlike en vroulike kontrasepsie-metodes. Manlike metodes sluit seksuele onthouding, koïtus interruptus, kondome en sterilisasie in. Vroulike kontraseptiewe metodes word soos volg geklassifiseer:

3.4.3.1 Seksuele onthouding

Seksuele onthouding word deur Theron en Grobler (2000:16) as een van die effektiëste, maar die ongewildste metodes van kontraseptiewe gebruik, beskou. Daar is weinig gevalle waar die metode wel toegepas word.

3.4.3.2 Konvensionele metodes

3.4.3.2.1 Natuurlike metodes

i) Kalender- (“ritme metode”):

Die metode is gebaseer op die feit dat die meeste vroue twee weke voor elke menstruasie, ongeag van die lengte van haar menstruele siklus, ovuleer. Vroue wat die metode wil gebruik, moet die verloop van haar vorige 6-12 menstruele siklusse in ag neem. Indien agtien dae van haar kortste menstruele siklus

afgetrek word, is dit verteenwoordigend van die eerste dag van haar menstruele siklus, wanneer sy fertiel is. Die weglating van elf dae van haar langste menstruele siklus sal 'n aanduiding wees van die laaste dag wanneer sy haarself as fertiel kan beskou. Gedurende diè tydperk moet die paartjie hul van seksuele aktiwiteit onthou indien 'n swangerskap voorkom wil word (Hatcher, Rinehart, Blackburn & Geller, 1997: 3-3).

ii) Liggaamstemperatuurmetode :

Die bepaling van ovulasie by wyse van akkurate liggaamstemperatuurmeting is gebaseer op die termogene effek van progesteron. Na ruptuur van die follikel, en dus ovulasie, produseer die nuutgevormde corpus luteum progesteron, wat verantwoordelik is vir 'n geringe styging in liggaamstemperatuur van tussen 0,3 tot 0,5 grade Celsius (Williams, 2005: Intyds). Volgehoue verhoogde temperatuur kan hoogstens as 'n moontlike aanduiding van ovulasie beskou word. Die metode is op die basale liggaamstemperatuur gebaseer, wat in die oggend, voor enige aktiwiteit plaasvind, aksillêr geneem kan word. Die metode is egter nie betroubaar nie en word nie aanbeveel nie (Loudon, Glasier & Gebbie, 1995: 227).

iii) Servikale-mukus-metode :

Servikale mukus is 'n komplekse sekreet van die endoservikale krippe onder die invloed van ovariële hormone. Estrogeen stimuleer die produksie van dun, alkaliese, asellulêre mukus wat deurdringbaar is vir sperme. Hierdie veranderinge is maksimaal net voor ovulasie wanneer estrogeenvlakke 'n hoogtepunt bereik. Onmiddelik voor ovulasie kan mukus tot 'n lengte van minstens ses sentimeter gerek word (Spinnbaarheid). Die verskynsel is 'n aanduiding van wanneer die vrou haarself as fertiel kan beskou (Theron & Grobler, 2000: 17).

iv) Simptotermiese metode :

Die volume en viskositeit van die servikale mukus skep 'n nat of droë sensasie in die vagina wat deur sommige vroue waargeneem kan word. Daar word gepostuleer dat sulke vroue hulle sogenaamde vrugbare dae kan bepaal deur die sensasie met die kalender en temperatuurmetode te kombineer (Feldblum & Joanis, 1994: 15).

v) Ovulasie pyn (Mittelschmerz):

Sommige vroue ondervind 'n duidelike en meestal eensydige onderbuikpyn, wat ook na verwys word as die 'Mittelschmerz', 'n Duitse benaming vir die kontraseptiewe metode wat eintlik 'middelpyn' beteken. Dit is egter uiters onbetroubaar as kontrasepsiemetode en word selde deur vroue gebruik. Indien onbeskermd seks gedurende daaropvolgende drie tot vier dae vermy word, word aanvaar dat die vrou nie swanger sal raak nie (Theron & Grobler, 1998: 18).

vi) Laktasie amenoree:

Die metode is op 'n wetenskaplike bewyse gebaseer, naamlik dat 'n vrou tydens laktasie amenoree infertiel is, tot haar baba ses maande oud is. Die verhoogde biosintese en uitskeiding van prolaktien vanaf die hipofise gedurende swangerskap veroorsaak anovulasie en amenoree. Die produksie van prolaktien word normaalweg (wanneer swangerskap nie voorkom nie) deur 'n prolaktien-inhiberende faktor vanaf die hipotalamus geïnhibeer. Die inhiberende faktor verminder gedurende die laat stadium van swangerskap en laktasie en gevolglik styg die prolaktienvlak. Melkproduksie word dus gestimuleer en ovulasie onderdruk. Die vermindering van die inhiberende faktor word deels deur die suigaksie van die baba aan die tepels veroorsaak (Theron & Grobler, 1998: 18).

Eksklusiewe borsvoeding beteken dat borsvoeding toegepas word met geen toediening van supplementêre voedings nie, dit wil sê slegs borsvoeding, geen water of enige ander voeding mag met 'n bottel of lepel toegedien word nie. Die moeder moet deurgaans borsvoed en die baba mag met geen onreëlmatige tye uit die moeder se sorg weggeneem word nie (Feldblum & Joanis, 1994: 17).

3.4.3.2.2 Spermetode

i) Diafragma:

Die diafragma is 'n koepelvormige, dun sintetiese rubber- of latekstoestel met 'n verdikte rand waarin 'n metaalspiraalveer ingebou is. Die diafragma word net voor koïtus oor die serviks geplaas. Die buitenste deursnit van die diafragma wissel van 60 tot 90 mm. 'n Medikus of verpleegkundige wat vertrou is met die gebruik van hierdie toestel moet die bepaalde grootte vir die betrokke individu bepaal en haar inlig aangaande die gebruik daarvan. 'n Spermisied word langs die kante en in die holte van die koepel aangewend (Theron & Grobler, 2000: 22) Die diafragma moet vir minstens 8 uur na koïtus in posisie gelaat word om sodoende geëjakuleerde spermindringing na die serviks te verhoed.

ii) Vroulike kondoom:

Die vroulike kondoom bestaan uit 'n sagte, lospassende skede en twee buigbare poli-uretaan ringe aan beide eindpunte. Een ring is aan die geslote end van die skede en dien as 'n toedieningsmeganisme en interne anker in die vagina. Die buite ring vorm die eksterne rante van die toestel en bly buite die vagina na toediening, wat tydens koïtus verdere beskerming aan die labia en die penisbasis bied. Die vroulike kondoom word voor seksuele omgang ingeplaas en is slegs vir eenmalige gebruik (Feldblum & Joanis, 1994: 43).

3.4.3.2.3. Sterilisasie

i) Manlike sterilisasie:

Manlike sterilisasie behels gewoonlik 'n vasektomie, wat in die meeste gevalle omkeerbaar is, maar sterilisasie moet in die algemeen as onomkeerbaar beskou word. 'n Spermioogram (semenondersoek vir spermatozoë) word na ses maande of twintig ejakulasies gedoen, aangesien steriliteit nie onmiddellik na vasektomie volg nie. Die paartjie moet dus in dië tydperk steeds 'n betroubare kontraseptiewe metode gebruik om die ontstaan van 'n ongewenste swangerskap af te weer (Benderev, 2005: Intyds; McLachlan & Royce, 1996: 107).

ii) Vroulike sterilisasie:

Vroulike sterilisasie word gewoonlik deur 'n mini-laparotomie (insnyding van twee tot vier sentimeter) of 'n laparoskopie gedoen. Die mini-laparotomie is egter die ideaal, aangesien dit post-partum gedoen kan word. Tydens die post-partum periode is die uterus nog baie groot, en die buise maklik bereikbaar. Postpartum sterilisasie moet so gou moontlik na die bevalling gedoen word (Blincoe, 2005: 398). Daar is hoofsaaklik vier tegnieke wat gebruik word tydens die uitvoering van 'n minilaparotomie, naamlik

a) Weense tegniek:

Die tegniek, met goeie omkeerbaarheidspotensiaal, word uitgevoer deur die Fallopiusbuise in die ismusgedeelte met chroom-dermsnaar dubbel te onderbind en tussen die twee onderbindings deur te sny (Theron & Grobler, 1998: 116).

b) Parkland-tegniek:

Tydens diè tegniek word die Fallopiusbuis ook in die ismusgedeelte met chroom-dermsnaar dubbel onderbind, maar die gedeeltes van die buise word tussen die onderbindings verwyder (Theron & Grobler, 1998: 116; Sklar, 2004: Intyds).

c) Pomeroy-tegniek:

Die tegniek, waar 'n betreklik groot hoeveelheid buislengte verloor word, word uitgevoer deur 'n lus van die buis met onverchromde dermsnaar te onderbind en te eksideer. Die omkeerbaarheidspotensiaal van diè tegniek is aansienlik minder en dit word dus nie vir jong vroue aanbeveel nie (Theron & Grobler, 1998: 116; Khanna, 1995: Intyds).

d) Afsluitingstoestelle-tegniek:

Die tegniek behels die afsluiting van die fallopiusbuis deur die aanwending van 'n silastiekring of 'n geveerde knip. Die aanwending van die geveerde knip veroorsaak minder buisskade en die minste buislengte word met diè tegniek verloor. Die afsluitingstoestelle-tegniek is dus die ideale tegniek indien moontlike toekomstige heranastomose oorweeg word (Theron & Grobler, 1998: 116; World Health Organization, 1996: Intyds).

3.4.3.2.4 Spermisiede:

Spermisiede bevat 'n bestanddeel wat spermatoesoë of dood of in so 'n mate verswak dat bevrugting verhinder word. Nonoxynol-9 is die preparaat wat die algemeenste gebruik word. Daar is verskillende tipes spermisiede, naamlik skuimpreparate, rome en jellies en vaginale pessaria. Die spermisiedpreparaat word minstens 20 minute voor koïtus aangewend en elke keer daarna.

Die spermiesiede kan 8 uur na koïtus verwyder sodat geëjakuleerde spermindringing verhoed kan word (Feldblum & Joanis, 1994: 2).

3.4.3.3 Hormonale metodes

3.4.3.3.1. Orale hormonale metodes :

Die hormonale kontraseptiewe preparate bestaan uit gekombineerde estrogeen en progestogeen pille en progestogeen alleen pille. Gekombineerde estrogeen en progestogeen pille word soos volg ingedeel:

i) Monofasiese pille:

Monofasiese pille bevat een tot ses progestogene wat met een of twee estrogene gekombineerd is. Elke verpakking van monofasiese pille bevat een en twintig aktiewe pille wat gevolg word deur sewe onaktiewe of plasebo-pille. Die plasebo-pille of tablet-vrye periode is verteenwoordigend van die psigologiese afname van steroïede hormone wat in die menstruele siklus voorkom (Loudon et al, 1995: 50).

ii) Bifasiese pille:

Bifasiese pille bestaan uit 21 aktiewe pille wat 'n gelyke hoeveelheid estrogeen bevat. Die eerste elf aktiewe pille bevat 'n lae dosering progestogeen, terwyl die daaropvolgende tien pille 'n hoër dosis progestogeen bevat. Die bifasiese pille bevat ook sewe agtereenvolgende plasebo-pille (van Vliet, Grimes, Helmerhorst & Schultz, 2002: 321).

iii) Trifasiese kombinasiepille :

Die kombinasiepille boots die fluktuierende eienskappe van estrogeen en progestogeen na. Die pille bestaan dus uit beide doserings van die hormone wat weer soos met monofasiese en bifasiese preparate, gevolg word deur sewe pilvrye dae (Edelman, Gallo & Jensen, 2006: 53).

iv) Die kontraseptiewe meganisme van kombinasie orale kontrasepsie:

Volgens Theron en Grobler (1998:38) word die mid-siklus-luteïniserende hormoon piek tydens die gebruik van orale kontrasepsie onderdruk. Die follikelwand ruptuur nie en gevolglik kan ovulasie nie plaasvind nie. Die produksie en uitskeiding van die gonadotropienvrystellingshormoon, follikelstimulerende hormoon en luteïniserende hormoon verminder en gevolglik word follikelontwikkeling en maturasie voorkom. Die verhoogde viskositeit van die servikale mukus verhoed spermindringing. Endometriële veranderinge maak dit ongunstig vir blastosistinplanting. Die kapasitasie van die sperme in die endometriële vloeistof word belemmer. Inhibering van transportasie van die oösiet, sigoot en sperme kom voor tydens die gebruik van orale kontrasepsie om swangerskap te verhoed (McBride, 2003: Intyds).

v) Progestogeen-alleen pille :

Die preparaat word na verwys as die mini-pil en is estrogeenvry. Die progestogeen bevattende pille word daagliks op 'n deurlopende basis geneem. Die kontraseptiewe meganisme van progestogeen-alleen pille verskil slegs van orale kombinasie- kontrasepsie deurdat die luteïniserende- en follikel stimulerende hormoonvlakke wel daal, maar ovulasie kan steeds vyftig tot sewentig persent voorkom (Loudon et al, 1995: 51; Cerel-Suhl & Yeager, 1999: Intyds).

3.4.3.3.2 Inspuitbare kontrasepsie:

Inspuitbare kontrasepsie bestaan uit twee preparate.

i) Depo-medroksieprogesteron-asetaat:

Depo-medroksieprogesteron-asetaat, bekend as Depo-Provera is beskikbaar in 'n mikrokristalpoeier. Die poeier is gesuspendeer in 1 ml water wat 150 mg medroksieprogesteron-asetaat bevat. Die suspensie word oor 'n drie-maandelikse basis of oor 90 dae, intramaskulêr toegedien. In vergelyking met orale kombinasie word die luteïniserende hormoon-piekvlak ook tydens die gebruik van depo-medroksieprogesteron-asetaat onderdruk. Follikel-ruptuur, dus ovulasie, vind nie plaas nie (Plourd & Rayburn, 2003: 666).

ii) Depo-noretisteron-enantaat:

Depo-noretisteron-enantaat bestaan uit 200 mg noretisteron in 'n oliërige basis. Die inspuiting staan op die alledaagse mark bekend as Nur-Isterate. Dit moet elke twee maande (50-56 dae) toegedien word, indien dit effektief gebruik wil word. Die kontraseptiewe werking van depo-noretisteron-enantaat is hoofsaaklik op die verdikking van die servikale wand en mukus gefokus om spermindringing te verhoed (Theron & Grobler, 1998: 79).

3.4.3.4 Vaginale ring :

Die ring is ontwerp om vir 'n tydperk van drie maande in die vagina te bly, waartydens 'n hoeveelheid van 20 mikrogram levonorgestrel daagliks afgeskei word. Die ring bestaan uit 'n silastiese binnewand wat 6 mg levonorgestrel bevat. Die buitewand is slegs silasties, maar bevat geen hormone nie. Vaginale ringe stel 'n hoeveelheid progestoëen in die sirkulasie vry. Die doel is om ovulasie vir ten minste 50% van die siklus te blokkeer, sowel as die kwaliteit van die servikale mukus en die ontvanklikheid van die endometrium in te kort. Die sistemiese

uitwerking van die geabsorbeerde steroïede is dat dit ovulasie voorkom om sodoende swangerskap te verhoed (Loudon et al, 1995: 439).

3.4.3.5 Intra-uteriene kontrasepsie :

Gemedikeerde, of tweedegenerasie- intra-uteriene toestelle bestaan uit 'n onaktiewe poli-etileen struktuur wat op sigself 'n kontraseptiewe effek het, met toegevoegde medikasie wat die kontraseptiewe effektiwiteit verhoog en/of newe-effekte verminder. Hierdie medikasie sluit in koper, progesteron, progestogene, mefenaamsuur, traneksaamsuur en antibiotika in. Kopertoestelle is welbekend en algemeen in gebruik. Die kontraseptiewe bio-aktiwiteit van die toestelle veroorsaak servikale mukus verdikking wat terselfdertyd spermpenetrasie verhoed (Theron & Grobler, 1998: 85).

3.4.3.6 Subdermale inplanting :

Die toestel, ook bekend as Norplant-inplanting, bestaan uit silastiese inplantings wat uit progestogeen-levonorgestrel bestaan. Soos met gekombineerde orale kontrasepsie is die primêre doel van Norplant-inplantings om die ovulatoriese soeke na die luteïniserende hormoon van die pitiutêre klier te onderdruk. Die kontraseptiewe werking van die kapsules veroorsaak verdikking van die endoservikale mukus. Embrio-inplanting in die endometrium word verhinder en ovulatoriese siklusse kan met minstens vyftig persent voorkom word (Diaz, Zepeda, Maturana, Reyes, Miranda, Casado, Peralta & Croxatto, 1997: 225).

3.4.3.7 Transdermale toediening :

Geslagsteroïede in 'n alkoholbasis op die vel aangewend in die vorm van 'n plakker wat gereedlik deur die vel geabsorbeer word. Die frekwensie van aanwending van die plakkers wissel van daaglik in die geval van jel tot twee-weeklik of weeklik in die geval van velplakkers (Theron & Grobler, 2000: 67).

3.4.4 Die keuse van 'n geskikte kontraseptiewe middel

Verskeie aspekte moet in gedagte gehou word wanneer kontrasepsie vir 'n bepaalde kliënt gekies word. Die **graad en duur van die beskerming wat verlang word, die persoonlikheid en voorkeure van die kliënt, kontra-indikasies, kulturele en geloofsoortuiginge sowel as die opvoedingspeil en die intellek van die kliënt** is belangrik. Die kliënt moet ook 'n ingeligte besluit ten opsigte van die keuse van 'n geskikte kontraseptiewe middel neem, wat slegs geneem kan word indien die kliënt oor akkurate en spesifieke inligting ten opsigte van kontrasepsie beskik. Die klient moet haar eie behoeftes ten opsigte van kontrasepsie verstaan deur seker wees watter kontraseptiewe middel optimaal met haar lewenstyl en verwagtinge sal korreleer. Die kliënt moet daartoe in staat wees om self 'n kontraseptiewe middel ten opsigte van haar behoeftes te kies en onmiddellike toegang tot 'n inrigting hê wat haar van die kontraseptiewe middel kan voorsien (Hatcher et al, 1997: 3-3).

Verskeie aspekte, naamlik die graad en duur van die beskerming wat verlang word, die persoonlikheid en voorkeure van die kliënt, kontra-indikasies, kulturele en geloofsoortuiginge sowel as die opvoedingspeil en die intellek van die kliënt, hou direk verband met die keuse en die voorgesette en korrekte gebruik van kontrasepsie. Die aspekte is afhanklik van die aanvaarbaarheid van die metode vir die kliënt en haar seksmaat. Die faktore wat aanvaarheid ten opsigte van die kliënt beïnvloed, kan soos volg beskryf word:

Die gebruiker se **persoonlikheid** kan 'n bydrae ten opsigte van aanvaarheid van die kontraseptiewe middel lewer. Die vermoë van die kliënt om die realiteit rondom die risiko van 'n ongewenste swangerskap te besef sal die opweging van die verskillende kontraseptiewe middels, hul voordele en nadele vergemaklik.

Die keuse van 'n kontraseptiewe metode met die doel om 'n ongewenste swangerskap te voorkom sal 'n volslae produk van die kliënt se persoonlikheid, maturiteit, intelligensie, emosionele stabiliteit, vertrouwe en deursettingsvermoë wees (Loudon et al, 1995: 35). Die gebruiker se **kulturele en geloofsagtergrond** dra gewoonlik tot die aanvaarheid van die kontraseptiewe metode waarop die kliënt besluit, by. Daar is verskeie gelowe en kulture wat in gedagte gehou moet word en kan die gebruik van kontrasepsie soos volg beïnvloed:

Die Buddiste gebruik geen kontrasepsie nie en geen oorwegings word aan terminasies van swangerskappe geskenk nie. Die grootte van die gesin weerspieël hul status, dus hoe meer kinders voortgebring word, hoe groter word die gesin se status in die gemeenskap. Die Chinese geloof aanvaar enige metode van kontrasepsie veral intra-uteriene toestelle en sien **terminasie van swangerskap as 'n metode van** kontrasepsie (Rigdon, 1996:545). Christene gebruik alle metodes, maar is in 'n mate **gekant teen terminasie van swangerskap** (Schenker, 2000:86).

Hindoes het geen subjektiwiteit ten opsigte van kontraseptiewe gebruik nie, alhoewel dit belangrik is om 'n seun voort te bring, aangesien die manlike geslag as die sterker geslag in die geloof gesien word. Hindoe-vroue mag ook nie tydens menstruele vloei voedsel voorberei nie, aangesien hul dan as onrein beskou word. Dieselfde beginsel van onreinheid geld by die Ortodokse- Moslems wat nie die moskee mag besoek wanneer hulle menstrueer nie. Hulle is ook gekant teen kontraseptiewe metodes, maar opinies oor kontraseptiewe gebruik verskil van persoon tot persoon (Loudon et al, 1995: 34).

Die **opvoedingspeil en intellek** van 'n persoon kan 'n groot bydrae lewer tot die besluit van die persoon om kontrasepsie verantwoordelik te gebruik. Vir sommige vroue sal dit eers belangrik wees om 'n swangerskap uit te stel om 'n kwalifikasie te verwerf en om finansiële standvastigheid te verkry. Dit is dus belangrik vir

sulke persone om 'n hoogs betroubare kontraseptiewe metode te gebruik sodat hulle die spesifieke geleë tyd vir 'n swangerskap kan bepaal (Beekle & McCabe, 2006: 266).

Die **graad en duur van beskerming** van kontraseptiewe middels hang gewoonlik af van die effektiwiteit van die middel. Die effektiwiteit van enige kontraseptiewe middel word hoofsaaklik bepaal deur die korrekte en voorgesette gebruik daarvan, wat weer afhanklik is van die aanvaarbaarheid van die metode vir die pasiënt en haar seksmaat (Weisman, Mccannon, Henderson, Shortridge & Orso, 2002: 81).

3.4.5 Die effektiwiteit van kontraseptiewe metodes

Kontraseptiewe metodes word geklassifiseer as uiters betroubaar, baie betroubaar, en betroubaar. Die spesifieke effektiwiteit van kontraseptiewe metodes word in tabel 3.2 uiteengesit.

Tabel 3.2 Die effektiwiteit van kontrasepsiemetodes

Uiters Betroubaar	1)Depo-medroksieprogesteron-asetaat-inspuiting 2) Sterilisasië 3) Intra-uteriene toestel
Baie Betroubaar	1) Depo- norestisteron- enantaat inspuiting 2) Kombinasie orale kontrasepsie
Betroubaar	1) Progesteron alleen-pille 2) Manlike of vroulike kondome.

(Theron & Grobler, 1998:13)

Die effektiwiteit van kontrasepsie kan soos volg bereken en omskryf word:

3.4.5.1 Teoretiese of metode-effektiwiteit:

Die teoretiese of metode-effektiwiteit van die middel neem die aantal swangerskappe in ag wat ontstaan indien 'n metode gereeld en korrek gebruik

word. Dit is dus 'n maatstaf van die beste resultate met ideale gebruik. Die metode-effektiwiteit-syfers verskil as gevolg van psigologiese verskille tussen individue, byvoorbeeld ouderdom wat lei tot 'n afname in fertiliteit (Guillebaud, 1997: 9).

3.4.5.2 Gebruikseffektiwiteit:

Gebruikseffektiwiteit word bereken volgens die aantal swangerskappe wat voorkom wanneer die metode nie noodwendig korrek of gereeld gebruik word nie. Swangerskap kan dus ontstaan weens die mislukking van die metode of die nie-korrekte gebruik van die middel. Die gebruiker se voorneme om nog 'n kind voort te bring, is verbonde aan die effektiwiteit van kontraseptiewe gebruiksberading. Die faktore verbonde aan die mislukking van 'n kontraseptiewe metode het 'n groot effek op die gebruikseffektiwiteit van 'n kontraseptiewe metode (Theron & Grobler, 1998: 12; Petersen, Gazmananan, Andersen-Clark & Green, 2001: 432).

3.4.5.3 Voortgesette gebruikseffektiwiteit:

Voortgesette gebruikseffektiwiteit meet al die swangerskappe wat gedurende 'n tydperk van een jaar of meer, as gevolg van die middel mislukking of gebruiksfoute asook die aantal swangerskappe wat weens die beëindiging van die metode met die doel om swanger te raak, ontstaan. Die mislukkingsyfer van voortgesette gebruikseffektiwiteit is aansienlik hoog ongeag die gebruik van hoogs effektiewe metodes soos die gekombineerde pil, aangesien die gebruiker die pil, as gevolg van nuwe-effekte sonder bykomende voorsorgmaatreëls, oneffektief kan gebruik (Guillebaud;1997: 9 ; Theron & Grobler, 1998: 12).

Hormonale kontraseptiewe metodes is binne 7 dae na aanvang van gebruik effektief, selfs indien dit nie op die eerste of tweede dag van die siklus begin is nie. Daar word egter aanbeveel dat daar gedurende die eerste 14 dae van gebruik 'n bykomende maatreël, soos spermisiede, kondome of seksuele weerhouding toegepas word. Die aanvang van beskerming van die verskillende kontrasepsie metodes word in tabel 3.3 weerspieël:

In geval van orale kontrasepsie bestaan daar onmiddellik beskerming teen swangerskap, maar dit word aanbeveel dat bykomende beskerming vir ten minste 14 dae gebruik word, indien die eerste aktiewe pil nie op die eerste dag van die reproductiewe siklus geneem is nie. Inspuitbare kontrasepsie werk op die dieselfde beginsel as orale kontrasepsie, terwyl intra-uteriene toestelle, vroulike sterilisasie, kondome en spermisiede onmiddellik beskerm teen 'n swangerskap bied. Dit is egter belangrik om seker te maak dat die man na vasektomie die opvolgafsprake nakom. In die geval van 'n vasektomie, hang die aanvang van kontraseptiewe beskerming grootliks af van die aantal ejakulasies nà die vasektomie (ten minste twintig ejakulasies, of 'n tydperk van ses tot agt weke word aanbeveel) (Schwingl & Guess, 2000: 926).

Tabel 3.3: Aanvang van beskerming van die verskillende kontrasepsiemetodes.

Kontraseptiewe metode	Aanvang van beskerming
1) Orale kontrasepsie	Onmiddellik indien die eerste aktiewe pil op die eerste dag van 'n reproductiewe siklus geneem word, indien nie, 14 dae.
2) Inspuitbare kontrasepsie	Soos orale middels
3) Intra-uteriene toestel	Onmiddellik
4) Sterilisasie	Vroulik: onmiddellik Manlik : ses tot agt weke (afhangend van die aantal ejakulasies na die vasektomie)
5) Kondome/Spermisiede	Onmiddellik

(Theron & Grobler, 1998: 14)

Effektiwiteit van kombinasie orale kontrasepsie is aansienlik hoër as progestogeen- alleen pille, aangesien die effektiwiteit van die middel afneem as gevolg van die toediening van 'n klein dosering progesteron.

Die estrogeen-element wat in kombinasie orale kontrasepsie teenwoordig is, is in progestogeen- alleen pille afwesig. Die feit dat geen estrogeen in progestogeen- alleen pille voorkom nie, verminder die effektiwiteit van progestogeen-alleen pille aansienlik (Speroff & Darney, 1994: 42; Hatcher, 2001: Intyds).

3.4.6 Die mislukking van kontrasepsie

Die effektiwiteit van 'n kontraseptiewe metode word nie in die sukses nie, maar in die mislukkingsyfer (ongewenste swangerskappe) daarvan gemeet. 'n Sekere periode moet eers verstryk voor die algehele effektiwiteit van die metode gemeet kan word. Die maatstaf wat die mislukkingsyfer van 'n kontraseptiewe metode meet, naamlik die "Pearl indeks" word bereken op 'n basis van 1200 gebruikersmaande, wat vergelyk word met 100 vroue wat die metode vir een jaar gebruik het (100 vroue x 12 maande = 1200 gebruikersmaande).

Mislukkingsyfer = $\frac{\text{Totale ongewenste swangerskappe} \times 1200 \text{ gebruiksmaande}}{\text{Totale maande van gebruik/ blootstelling aan middel}}$

(Speroff & Darney, 2005: 5; Audet, Moreau, Koltun, Waldbaum, Shawgold, Fisher & Creasy, 2001: Intyds).

Die gebruikersmislukkingsyfers van die verskillende kontraseptiewe metodes wat gemeet word in terme van fertiliteit, sien soos volg daaruit: Die kontraseptiewe metodes soos natuurlike simpto-termiese metode, diafragma, kondoom, spons en koïtus interruptus, wat nie-hormonale metodes is, het 'n baie hoër mislukkingsyfer as die hormonele metodes. Hiermee tesame is geen kontraseptiewe middel 100% effektief nie, dit wil sê, mislukking is moontlik.

Die mislukkingsyfer van kontraseptiewe metodes wissel, dog dit is duidelik dat die kontraseptiewe inspuiting en sterilisasie die effektiwste is in vergelyking met die mislukkingsyfer van minder as 1 per elke 100 vroue. Die konvensionele metodes, onder andere die natuurlike kontraseptiewe metodes sowel as koïtus interruptus, het die hoogste mislukkingsyfer (vergelyk tabel 3.4).

Tabel 3.4 Mislukkingsyfer van kontraseptiewe metodes

Kontraseptiewe metode	Mislukkingsyfer per 100 vroue
Gekombineerde tablette	<1-7
Progestoëen - alleen tablette	1-4
Inspuiting	<1
Intra-uteriene toestel	1-3
Diafragma	2-15
Kondoom	2-15
Spons	9-25
Natuurlike simpto-termiese metode	2-20
Manlike sterilisasie	0.1
Vroulike sterilisasie	0.5
Koïtus interruptus	8-17

(Loudon et al, 1995: 33).

Benewens die effektiwiteit en die mislukking van kontraseptiewe metodes bestaan daar ook nuwe-effekte van die middels wat vervolgens bespreek sal word.

3.4.7 Nuwe-effekte van kontraseptiewe middels

Kliënte is gewoonlik meer op die nuwe-effekte van die kontraseptiewe middels, wat 'n effek op of skade aan hul liggame of op hul gesondheid kan hê of veroorsaak, ingestel. Baie min middels, indien enige, is geheel en al sonder nuwe-effekte. Die kliënt behoort korrek geëvalueer te word, kontra -indikasies moet in ag geneem word en die geskikste metode moet toegepas word.

Moontlike newe-effekte van die verskillende kontraseptiewe metodes word vervolgens genoem.

3.4.7.1 Orale kontrasepsie

Intermenstruele bloeding, hoofpyn, amenorree en oligomenorree, massatoename, moegheid, prikkelbaarheid en depressie, seksuele disfunksie, olierige hare en aknee, naarheid en melasma (Theron & Grobler, 1998: 40-42)

3.4.7.2 Kontraseptiewe inspuiting

Onreëlmatige vaginale bloeding, amenoree, vertraagde terugkeer van fertiliteit, massatoename, neoplastiese verandering, matige hoofpyn, vermindering van libido, buikopsetting en dispareunie (Theron & Grobler, 1998: 71).

3.4.7.3. Sper- of meganiese kontraseptiewe metodes

Irritasie en jeuking, allergiese reaksies, vaginale droogheid en urienweginfeksies (Feldblum & Joanis, 1994: 30-36).

3.4.7.4 Intra-uteriene kontrasepsie

Bloeding, sinkopie, pyn, vaginale afskeiding, uteriene perforasie en infeksie van die boonste genitale traktus (El-Tagy, Sakr, Sokal & Issa, 2003: 230).

3.4.7.5 Sterilisasie

Post-chirurgiese komplikasies (Oddens, 1999: 280)

3.4.7.6 Noodkontrasepsie

Naarheid en braking (Trussell & Raymond, 2006:1747)

Nuwe-effekte is nie altyd die enigste rede waarom kontrasepsie gestaak word nie, ander faktore mag ook 'n rol speel.

3.4.8 Redes vir die staking van kontraseptiewe middels

Vroeër jare het vroue die gebruik van kontrasepsie as gevolg van die volgende redes gestaak:

- Manspersone is as die belangriker en sterker geslag in die gesin beskou, dus was dit belangrik vir die ouer geslag om 'n seun tot die familie by te voeg. Kontrasepsie is dus gestaak totdat die vrou 'n seun voortgebring het (Piotrow, Kincaid, Rimon & Rinehart, 1997: 39).

- Vroue kon die opsie om kontrasepsie te gebruik oorweeg, maar moes eers wag vir toestemming van hul mans om kontrasepsie te gebruik (Piotrow et al, 1997: 39).

- Beide gebruikers, sowel as potensiële gebruikers van kontrasepsie was gekant teen die nuwe-effekte wat met kontrasepsiegebruik gepaard gaan en het die kwaliteit van die reprodktiewe gesondheidsorgsisteem wantrou (Piotrow et al, 1997:39). Dit mag wees dat diè redes nog in sommige gevalle vir die staking van kontrasepsie aangevoer word.

Volgens Pipes (1998: 12) kan die hoofredes vir die staking van kontraseptiewe middels tans die volgende wees

- Die kliënt wil graag swanger word.
- Seksmaats besluit om 'n vasektomie of 'n sterilisasie te laat doen.
- Nuwe-effekte geassosieer met kontraseptiewe gebruik.
- Seksmaat se invloed.
- Vrees vir infertiliteit.

Die balans en kwaliteit van 'n seksuele verhouding kan bydra tot die kliënt se besluit om kontrasepsie as gevolg van die volgende redes te staak:

- Wanneer 'n paartjie baie in konfliktsituasies betrokke is, kan dit lei tot die staking van kontrasepsie. Weens die onstandvastigheid van die verhouding mag die vrou die gebruik van die pil staak en probeer om haar van seks te weerhou, maar dit kan maklik tot 'n ongewenste swangerskap lei as die paartjie versoen, raak.
- Die besluit ten opsigte van die tipe kontrasepsie, asook wie die hoofgebruiker van die kontrasepsiemiddel moet wees, het ook 'n invloed op die staking van kontraseptiewe gebruik. Beide partye betrokke in die seksuele verhouding mag 'n rede hê waarom hulle teen die gebruik van kontrasepsie gekant is, byvoorbeeld die newe-effekte verbonde aan kontraseptiewe gebruik (Guillebaud, 1997: 444).

Die newe-effekte van kontrasepsie lei dikwels tot die staking van die benutting daarvan. Vroue vrees onder andere ginekologiese kanker, onreëlmatige bloeding, naarheid, gewigstoename, borsteerheid en hoofpyne wat met die gebruik van hormonale kontrasepsie geassosieer word. Die vrese veroorsaak dat die kliënt besluit om kontrasepsie te staak of om minder effektiewe kontrasepsie te gebruik. Verandering van kontrasepsie as gevolg van newe-effekte vergroot die kliënt se kans om met 'n ongewenste swangerskap gekonfronteer te word.

Die gebruiker staak gewoonlik eers die kontraseptiewe metode wat sy gebruik sonder om verdere voorsorgmaatreëls te tref. Dit is gewoonlik gedurende die tydperk dat die persone in onbeskermdede seksuele praktyke betrokke raak en ongewenste swangerskappe ontstaan (Lammers, 1998: 632). Vroue het egter steeds 'n keuse indien die moontlikheid van 'n ongewenste swangerskap bestaan, kan van noodkontrasepsie gebruik gemaak word.

3.4.9 Noodkontrasepsie

Noodkontrasepsie is 'n kontraseptiewe metode wat na 'n geneesheer bekend as Albert Yuspe vernoem is. Dit is gebaseer op 'n beginsel wat bestaan uit die toediening van groot dosisse etinielestradiol en levenorgestel, om die inplanting van die bevrugte oösiet wat uit onbeskermdde midsiklus koïtus voorspruit, te voorkom. Die gebruik van noodkontrasepsie kan ook as intersepsie beskryf word (Theron & Grobler, 1998: 123 ; Grimes, 2001: 19).

3.4.9.1 Noodkontrasepsie-gebruiksmaatreëls

Die metodes wat as noodkontrasepsie gebruik kan word, is meer effektief hoe gouer dit na onbeskermdde koïtus gebruik word, en daarom is die volgende gebruiksmaatreëls belangrik:

- Indien die noodkontrasepsie binne 72 uur na seksuele aktiwiteit geneem word, moet twee tablette van 'n kombinasie-kontrasepsiepil, wat 50 mikrogram etinielestradiol en 250 mikrogram levonorgestiel bevat, onmiddellik en weer twaalf uur later geneem word. Op diè manier word die vrystelling van die oösiet vanuit die ovaria vertraag. Die progressie van die oösiet na die Fallopiusbuise word verstadig, die endometriële fisiologie word versteur, en die endometrium raak ongunstig vir embryo-inplanting (Trussell & Raymond, 2006: 1747).

- 'n Spesiale verpakking van noodkontrasepsie met dieselfde dosering as bogenoemde, is onder die handelsnaam E-Gen-C beskikbaar. Dit bestaan uit vier tablette, wat elk 250 mikrogram levonorgestiel en 50 mikrogram etinielestradiol bevat. Twee tablette moet dadelik geneem word, en die oorblywende twee tablette moet twaalf uur later geneem word (Theron & Grobler, 1998: 146).

- Twee progestogeen-alleen pille wat 0,75 mg levenorgestrel bevat, kan ook as noodkontrasepsie gebruik word. Een pil kan onmiddellik of 72 uur na onbeskermdede koïtus geneem word en die volgende pil twaalf uur later. Die gebruik van progestogeen-alleen pille affekteer follikelgroei en die ontwikkeling van die corpus luteum (progestogeen-sekretende weefsel wat in die ovarium na ovulasie ontwikkel) Die servikale mukus word verdik wat spermindringing vertraag (Grimes, 2001: 20).

- Die inplasing van 'n intra-uteriene toestel binne vyf dae na onbeskermdede koïtus is 'n hoogs betroubare metode om embryo-inplanting te voorkom. Die metode sluit die newe-effekte, wat met hoë dosisse geslagsteroïede geassosieer word, uit. Die intra-uteriene toestel kan weer na 10 dae verwyder word of insitu gelaat word om as 'n kontraseptiewe metode gebruik te word (Theron & Grobler, 1998: 146).

3.4.9.2 Redes vir die gebruik van noodkontrasepsie

Noodkontrasepsie kan om verskeie redes as noodmaatreël teen onbeskermdede koïtus gebruik word om swangerskap te voorkom. Die gebruik van die post-koïtale kontrasepsie of noodkontrasepsie word slegs aanbeveel:

- indien onbeskermdede koïtus wel paasgevind het, sonder die gebruik van kontrasepsie;
- indien gereelde kontrasepsie misluk;
- indien braking voorkom binne een uur na gereelde kontrasepsie oraal geneem is, en
- indien verkragting plaasgevind het (Trussell & Raymond, 2006: 1747).

Persone wat hulself in die volgende situasies bevind, kan ook noodkontrasepsie as 'n noodmaatreël gebruik:

- Na verkragting en molestering.
- Mislukte gebruik van kontrasepsie, byvoorbeeld wanneer die kliënt nalaat om die pil te neem, en die laat toediening van die kontraseptiewe metode.
- Mislukking van kontrasepsie, byvoorbeeld gebarste kondome en die algehele of gedeeltelike uitwerping van die intra-uteriene toestel (Lammers, 1998: 631).

3.4.9.3 Voordele van noodkontrasepsie

Noodkontraseptiewe metodes is in 1995 op lae-inkomste vroue getoets, om te bepaal hoe die kliënt dit ervaar en of dit vir hulle aanvaarbaar is. Honderd en agtien vroue wat 72 uur vantevore aan onbeskermdede koïtus blootgestel was, het aan die studie deelgeneem. Twee en veertig persent van die vroue het reeds een of meer terminasies van swangerskappe gehad.

In die studie is van norgestrel 0,3 milligram en etinielestradiol 30 mikrogram as noodkontrasepsie gebruik gemaak. 'n Aanvangsdosis van vier tablette is onmiddellik geneem en weer twaalf uur later. In twee en negentig persent van die vroue wat aan die studie deelgeneem het, het die noodkontrasepsie die swangerskap voorkom (Breitbart, 2000: 26).

Volgens Trussell en Raymond (2006: 1748) is die effektiwiteit van noodkontrasepsie hoogstens vyf en sewentig persent. Dit is egter nie gelykstaande aan 'n mislukkingsyfer van 25 persent nie. Indien 100 vroue onbeskermdede koïtus gedurende die twee middel weke van hul siklus het, sal agt van die vroue na verwagting swanger word. Die noodkontrasepsie sal in ses van die vroue suksesvol wees, terwyl dit in twee van die vroue sal misluk.

Noodkontrasepsie het potensieel groot waarde om onbeplande en ongewenste swangerskappe te voorkom en kan dus swangerskaps terminasies voorkom. **Die gebruik van noodkontrasepsie is egter net 'n noodmaatreël** en daar moet nie daarop as 'n metode van kontrasepsie staatgemaak word nie (Theron & Grobler; 1998: 23).

Die voordele van noodkontrasepsie voorsien 'n weg van ontvlugting van 'n ongewenste swangerskap nadat onbeskermdde koïtus plaasgevind het. Beide metodes van noodkontrasepsie is effektief en dus uiters belangrik in die voorkoming van 'n ongewenste swangerskap. Die metodes is veilig ten spyte daarvan dat dit ook tot die dieselfde newe-effekte van hormonale en intra-uteriene kontrasepsie, kan lei. Geen mortaliteit is al tydens die gebruik van noodkontrasepsie gerapporteer nie, dus is dit veilig om die middele as 'n noodmaatreël te gebruik (Guillebaud, 1997: 379).

Die metodes het 'n hoë effektiwiteitsyfer en kan met sukses gebruik word na blootstelling aan onbeskermdde koïtus. Die ontstaan van 'n swangerskap is uiters onwaarskynlik veral indien die intra-uteriene toestel as noodkontrasepsie gebruik word. Die gebruik van die intra-uteriene toestel as noodkontrasepsie voorsien dus ook kontraseptiewe beskerming vanaf die tyd van implasing en die voordeel hiervan is dat die intra-uteriene toestel vir verdere kontraseptiewe gebruik, insitu gelaat kan word. Die gebruik van hormonale behandeling is slegs effektief vir 'n kort periode, dit wil sê slegs 12 ure tot 5 dae afhangende van watter metode gebruik word (Loudon et al, 1995: 275).

3.4.9.4 Nadele van noodkontrasepsiegebruik

Daar is slegs 'n paar nadele verbonde aan die gebruik van noodkontrasepsie, naamlik:

- Die wagperiode vir die gebruik van noodkontrasepsie mag nie 72 uur na die blootstelling aan onbeskermdde koïtus oorskry nie, aangesien die inplanting van die bevrugte oösiet dan reeds plaasgevind het.
- Koïtus moet nà die gebruik van noodkontrasepsie vermy word totdat die kliënt 'n betroubare kontraseptiewe middel begin gebruik.
- Die moontlikheid van 'n ongewenste swangerskap sal dus weer bestaan, indien onbeskermdde seks weer plaasvind sonder dat kontrasepsie gebruik word (Loudon et al, 1995: 275).

- Naarheid, geassosieer met post-koïtale noodkontrasepsie, mag ontstaan, maar kan suksesvol met 'n anti-emetika beheer word.
- Die kliënt se menstruele siklus mag nà die gebruik van noodkontrasepsie vervroeg word, aangesien die liggaam aan hoë vlakke van hormonale kontrasepsie blootgestel is, wat 'n duidelike verandering in die menstruele siklus kan teweegbring.

- Die inplasing van die intra-uteriene toestel mag pynlik wees en die risiko van pelviese inflammatoriese infeksies bestaan, omdat die liggaam aan 'n indringende vreemde voorwerp blootgestel word (Loudon et al, 1995: 275).

- Promiskuiteit van vroue kan tot 'n hoë risiko vir seksueel oordraagbare siektes lei. Vroue met veelvuldige seksgenote is dus nie kandidate vir intra-uterienetoestel- inplasing nie, as gevolg van montlike van pelviese infeksies (Mols, 2005: 52). Dit is egter belangrik om die kliënt goed oor die voordele en die nadele van die gebruik van noodkontrasepsie in te lig.

3.4.9.5 Berading voor die gebruik van noodkontrasepsie

Dit is uiters belangrik om 'n kliënt oor die gebruik van noodkontrasepsie in te lig. Die kliënt moet beseft dat die gebruik van **noodkontrasepsie slegs as 'n noodmaatreël aangewend mag word**. Die kliënt se menstruele en koïtale geskiedenis moet volledig beraam word om vas te stel of die gebruik van noodkontrasepsie noodsaaklik is. Die beskikbare kontraseptiewe metodes, hul werkingsmeganismes en die risiko's verbonde aan noodkontraseptiewe gebruik moet met die kliënt bespreek word (Trussell & Raymond, 2006:1747).

Volgens Guillebaud (1997:386) is dit ook belangrik om die volgende punte tydens berading van die kliënt wat van voorneme is om die noodkontrasepsie te gebruik, in ag te neem:

- Die mislukkingsyfer van die beskikbare kontraseptiewe metodes en hul kontra-indikasies moet deeglik met die kliënt bespreek word.
- Die spesifieke kliënt se denkwyse ten opsigte van suksesvolle gebruik van noodkontrasepsie moet geïdentifiseer word.
- Die belangrikheid van opvolgbesoeke moet aan die kliënt verduidelik word.
- Bespreek die neem van noodkontrasepsie, sowel as die nuwe-effekte daaraan verbonde.

- Die gebruik van kontrasepsie in die kliënt se huidige siklus moet ook vasgestel word.
- Die kliënt moet ook die besluit neem om in die toekoms 'n gereelde kontraseptiewe metode te gebruik (Guillebaud, 1997: 386).

Die tydsraamwerk verbonde aan die neem van 'n gereelde kontraseptiewe metode is belangrik. Dit sal dus ook uiters belangrik wees om by die berading oor noodkontrasepsie, die aspekte rondom die tydsraamwerk, waarvolgens noodkontrasepsie se effektiwiteit bepaal word, te bespreek:

- Beide hormonale kontraseptiewe metodes is effektief tot en met 72 uur na seksuele omgang.
- Die voorgeskrewe 72 uur word bereken vanaf die inisiëring van die noodkontraseptiewe middel en nie vanaf die voltooiing van die aanbevole hoeveelheid kontraseptiewe middels wat geneem moes word nie.
- Die beste opsie is om die eerste pil so gou as moontlik te neem, al sou dit dan beteken dat die kliënt dan wel die tweede pil op 'n ongewone tyd neem.
- Hoe nader die kliënt aan die voorgeskrewe 72 uur limiet is, hoe belangriker is dit om die eerste dosis van die kontraseptiewe middel te neem.
- Indien die tweede dosis vergeet word, moet dit so gou as moontlik geneem word en die inplasing van 'n intra-uteriene toestel sterk oorweeg word.
- Indien beide dosisse binne twee uur na inname gebruik word moet 'n derde dosis saam met 'n anti-emetikum geneem word. Die opsie van die inplasing van 'n intra-uteriene toestel moet ook in die geval sterk oorweeg word (Mols, 2005: 52).

3.5. Terminasie van swangerskappe

Terminasie van swangerskap word beskou as die skeiding en uitdrywing, deur geneeskundige of chirurgiese metodes, van die inhoud van die uterus van 'n swanger vrou, of anders gestel, as die premature verwydering van die produkte van konsepsie, naamlik die embryo of onontwikkelde fetus vanuit die uterus (Suid-Afrika. Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap 1996: 1303; Anderson, 2002: 5).

3.5.1 Medies verwante indikasies vir terminasie van swangerskap

Volgens Prollius en de Coning (2001: 28) word die medies verwante indikasies vir terminasie van swangerskap soos volg onderverdeel:

3.5.1.1. Fetale indikasies (enige swangerskapsduur)

Evaluasie van die voorwaardes wat aanduidend is vir fetale indikasies van swangerskapterminasies moet uitsluitlik op die graad van die fetale besering en die individuele fisieke en geestesgesondheid van die moeder gebaseer word. Dit is belangrik om die evaluasie noukeurig te doen, aangesien die geboorte van 'n normale kind as resultaat van 'n swangerskapterminasie erge regsimplikasies tot gevolg kan he (Furedi & Lee, 2001: Intyds). Die fetale indikasies vir terminasie van swangerskap word vervolgens genoem:

3.5.1.1.1 Geskende ovum

'n Toestand wat deur 'n onreëlmatige amnionsak, wat meer as 3 cm in deursnee is, sonder 'n embrio daarin, gediagnoseer word (Nel, 1995: 365). Die toestand word gewoonlik in die eerste trimester, wanneer die vrou nog onbewus mag wees dat sy swanger is, gediagnoseer. As gevolg van die hoë vlak van chromosomale abnormaliteite sal die vrou spontaan aborteer, dog, indien nie, mag sy 'n manuele vakuüm-aspirasie vir die verwydering van die swangerskapsprodukte ondergaan (Henry, M, 2003: Intyds).

3.5.1.1.2 Teruggehoue miskraam

'n Teruggehoue miskraam word deur 'n fetus wat in utero dood is, voordat dit lewensvatbaarheid bereik het en sonder dat kraam 'n aanvang geneem het, gekenmerk. Die pasiënt sal met 'n geskiedenis van amenorree, wat soms deur 'n episode van geringe vaginale bloeding onderbreek is, presenteer. Die

aanvanklike simptome en tekens van swangerskap wat deur die pasiënt herken is, sal ook verdwyn. Die pasiënt se uterus sal aansienlik kleiner wees as wat volgens die swangerskapsduur verwag word. Die servikale opening sal toe bly (Littleton & Engelbretson, 2002: 508).

Die behandeling in geval van 'n teruggehoue miskraam word grotendeels deur die swangerskapsduur bepaal. As die uterusgrootte kleiner as 12 tot 14 weke swangerskapsgrootte is, moet die uterus onder algemene narkose geledig word. Die swangerskapsprodukte word eers met 'n deppertang, en daarna met 'n suigkuret verwyder. Indien die bloeding voortduur, is dit 'n aanduiding dat daar steeds swangerskapsprodukte in die uterus aanwesig is, dus moet die lediging voortgesit word. As die uterusgrootte meer as 12 tot 14 weke swangerskapsgrootte is, kan die swangerskap deur die inplasing van prostaglandien vaginale setpille wat gevolg word deur suigspirasie, getermineer word (Nel, 1995: 363)

3.5.1.1.3 Onvermydelike miskraam

'n Onvermydelike miskraam word deur erge vaginale bloeding met pynlike kontraksies, gekenmerk. Die pasiënt het erge pyn en haar uterusgrootte is in verhouding met haar gestasie. Die interne os van die serviks is ontsluit en laat ten minste 'n vinger of meer toe met 'n vaginale ondersoek. (Pilliteri, 2003: 381).

Indien swangerskapsprodukte in die servikale kanaal gevoel kan word, moet dit reeds tydens die vaginale ondersoek verwyder word, aangesien swangerskapsprodukte wat die servikale kanaal dilateer, bloeding en skok kan veroorsaak. Die in utero swangerskapsprodukte kan op 'n gestasie van minder as 12 tot 14 weke met manuele suigspirasie verwyder word. Op 'n gestasie van meer as 12 tot 14 weke kan 'n induksie met 'n intraveneuse indruppelings van Syntocinon ter uitwerping van die fetus, gedoen word. Pynverligting moet ten minste vier- tot sesuurliks toegedien word (Nel, 1995: 362).

3.5.1.1.4 Ruptuur van vliese in die eerste en tweede trimester met volgehoue oligohidramnios

Die ruptuur van vliese in die eerste en tweede trimester met volgehoue oligohidramnio's word met moederlike, fetale en neonatale risiko's geassosieer. Die mees algemene risiko's naamlik, premature geboorte, respiratoriese sindrome, intraventrikulêre bloeding en fetale dood hou met die toestand verband (Hnat, Mercer, Thurnau, Goldenberg, Thom, Meis, Moawad, Lams & Dorsten, 2005: 164).

Die toestand gaan met belemmerde fetale groei as gevolg van verminderde vrugwater (minder as 600 ml) gepaard. Die normale volume van amniotiese vog vermeerder gewoonlik tot ongeveer 1000 ml teen die 24 tot 36 ste week van swangerskap. Die volume neem daarna aansienlik af tot die geboorte. Die ruptuur van vliese vind gewoonlik as gevolg van die verminderde amniotiese vloeistof plaas. Die uterus is gewoonlik ook klein-vir-datum en die fetale liggaamsdele is ook meer palpeerbaar. Die belemmerde fetale groei is 'n aanduiding van die swak prognose wat in die tweede trimester kan voorkom. Die aanbevole tegniek vir die uitvoering van 'n terminasie van swangerskap, in die afwesigheid van 'n spontane terminasie, sal die uitvoering van 'n manuele vakuum aspirasie wees (Queenan, 1999:429).

3.5.1.1.5 Retroplasentale bloeding as gevolg van trauma met plasentale ontoereikendheid

Retroplasentale bloeding hou verband met 'n toestand wat algemeen in swangerskap voorkom, naamlik abruptio placentae. Abruptio placentae is die gedeeltelike of onvolledige loslating van die plasenta vanaf die aanhegting in die uterus. Die bloeding vanaf die plasenta kan tot intra-uteriene dood lei, aangesien daar onvoldoende utero-plasentasirkulasie ontstaan. Die bloeding kan gemiddeld 700 milliliter retroplasentale stolselvolumen wees (Page, 2003: Intyds).

Die fetus is algeheel van suurstof, voeding en metaboliese funksies wat deur die plasenta verskaf word, afhanklik. Akute of chroniese steurnisse van een van die plasentale funksies kan fetale groei en ontwikkeling belemmer. Die steurnisse het tot die ontwikkeling van die patofisiologiese oorsig van plasentale ontoereikendheid gelei. Die plasenta kan egter nie die fetus van al die nodige voedingstowwe en suurstof voorsien nie. Daar is verskeie faktore wat utero-plasentale sirkulasie kan beïnvloed, wat die vermoë van die plasenta om sy normale funksie uit te voer, kan belemmer. Dië faktore is die volgende:

- Plasentale metaboliese steurnisse;
- onvoldoende utero-plasentale sirkulasie;
- onvoldoende naelstringbloedvloei; en
- ingekorte moederlike voorsiening van die utero-plasentale sirkulasie van suurstof en voedingstowwe (Cronje & Grobler, 2003: 155).

As gevolg van die genoemde faktore sal die swangerskap spontaan aborteer, dog, indien, nie kan 'n manuele vakuüm-aspirasie vir die verwydering van die oorgeblewe swangerskapsprodukte gedoen word (Page, 2003: Intyds).

3.5.1.1.6 Perinatale infeksies: Rubella, sitomegaaalvirus, toksoplasmose en parvovirus

Die feit dat die immuunstelsel reeds tydens swangerskap onderdruk is, verhoog die insidensie van infeksies, asook die verergering in die simptome van die infeksies. Rubella, sitomegaaalvirus, toksoplasmose en parvovirus is transplasentaal in swangerskap oordraagbaar (Dirckz, 1997: 775).

Kongenitale geïnfekteerde babas met erge multisisteeminfeksies sal waarskynlik teen die einde van hul eerste lewensjaar sterf. Dit is ideaal vir vroue wat beplan om swanger te raak om vir rubella getoets te word, as deel van hul pre-konsepsie evaluasie (Queenan, 1999: 305).

Rubella is 'n hoogs aansteeklike virusinfeksie, wat tot vergroting van die limfnodusse in die nek en 'n wydverspreide rooi uitslag lei. Die virus word deur intieme kontak met 'n pasiënt veroorsaak. Na 'n inkubasietydperk van 2-3 weke sal pasiënte 'n hoofpyn, seer keel en 'n ligte koors, gewoonlik gevolg deur opswelling en pyn in die nek, ontwikkel (Dirckz, 1997: 774).

Rubella, of Duitse masels, ontwikkel transplasentaal en die insidensie van kongenitale rubella-infeksie, nadat rubella met 'n uitslag by die moeder gediagnoseer is, is soos volg:

- ≥ 50 % in die eerste trimester;
- 50 % in die 13 tot 14 week van swangerskap; en
- 25% tot teen die einde van die swangerskap.

Die kans dat 'n rubella-infeksie 'n kongenitale abnormaliteit sal veroorsaak, is die grootste wanneer die infeksie in die eerste trimester, plaasgevind het. Die kongenitale abnormaliteite wat deur rubella veroorsaak word, is gewoonlik hartletsels, doofheid, oogletsels, brein-, lewer-, milt- en skeletaantasting wat tot intra-uteriene groeivertraging, terminasie, intra-uteriene dood, mikrosefalie, verstandelik gestremdheid en 'n verhoogde perinatale mortaliteit aanleiding gee (Nel, 1995: 153).

Sitomegalvirus is deel van 'n groep Herpesvirusse wat spesifiek die mens en diere infekteer. Die oordrag van die virus vind van persoon tot persoon, veral tydens intieme seksuele kontak plaas (Dirckz, 1997:776)

Die virus het 'n besondere affiniteit vir die speekselkliere, nasofarinks, uriene en die serviks van vrou. Die diagnosering van die spesifieke virus hang grootliks af van die isolasie van die virus asook van die identifisering van virus-spesifieke immunoglobuliene. Die teenwoordigheid van virusspesifieke immunoglobuliene dui op 'n onlangse infeksie (Cronje & Grobler, 2003: 412).

Vyftig persent van babas word deur 'n primêre virale infeksie van die swanger vrou transplasentaal geïnfekteer. Die meeste gevalle is asimptomaties, maar kan tot erge perinatale en neonatale komplikasies soos intra-uteriene groeivertraging, hidrokefalie, optiese atrofie met blindheid en fetale dood, lei. Sowat twintig persent van geïnfekteerde babas sterf (Glissman, 2004: Intyds).

Toksoplasmose word deur die protosoon Toksoplasmose Gondii veroorsaak. Die virus is wydverspreid in die natuur en die huiskat is die natuurlike gasheer van die virus. Infeksie tydens swangerskap word gewoonlik deur die hantering van katafval, en blootstelling aan geïnfekteerde grond, geïnfesteer. Die virale infeksie is dikwels subklinies in volwassenes. Die swanger vrou mag moontlik met 'n nie-spesifieke beeld van algemene malaise, hoofpyne, spierpyne en 'n laegraadse pireksie presenteer (Queenan, 1999: 301)

Die virus dring deur die plasenta, wat tot kongenitale aantasting soos mikrokefalie, intra-kraniale verkalkings, hepatosplenomegalie en intra-uteriene dood lei. Transplasentale oordrag van die virus kan slegs geskied as die swanger vrou 'n primêre virale infeksie ontwikkel. Die risiko van 'n kongenitale toksoplasmose- infeksie vanaf die swanger ma met primêre toksoplasmose, kan tot nege persent in die eerste trimester, tot nege en vyftig persent in die derde trimester verhoog (Kravetz & Frederman, 2005: 214).

Die behandeling van die virale infeksie is op 'n akute infeksie van toepassing. Pirimetamien (Daraprim) 25 mg, word voorgeskryf om twee keer per dag vir slegs een dag te neem. Die dosis word met sulfadiazien gekombineer tot 'n totale dosis van 2-6 gram, wat vir 3-4 weke geneem moet word. As gevolg van die moontlike nuwe-effekte, soos trombotopenie en megaloblastiese anemie, word dit aanbeveel dat foliensuur, (Leucovorin) 6-10 mg daaglik, met die middels geneem word. Beide pirimetamien en sulfadiazien het 'n geringe teoretiese teratogene potensiaal, omdat hulle die bron van biologiese aktiewe foliniese suur via foliensuur onderdruk (Cronje & Grobler, 2003: 456).

Aangesien die behandeling slegs op die akute infeksie van toepassing is, bly die voorkoms van abortus en intra-uteriene dood steeds hoog (Gagne, 2001: 126).

Parvovirus B19 is 'n klein DNA-virus wat aan die familie virusse, Parvoviridia, behoort, en word algemeen met pasiënte wat aan eritema infectiosum en hemolitiese anemie lei, geassosieer. (Dirkckz, 1997: 654). Die virus word deur respiratoriese sekresies, bloed produkte en transplasiaal gedurende swangerskap oorgedra. Parvovirus B19 manifesteer reeds algemeen tydens kinderjare en kan volle infestasië in die volwasse lewende ontwikkel (Ergaz & Ornoy, 2005: 421). Die transplasiële oordrag van die virus kom in een derde van alle swangerskappe voor indien die moeder primêr geïnfekteer was. Die risiko van fetale komplikasies hang grootliks van die gestasietydperk af. Die hoogste risiko vir intra-uteriene dood, as gevolg van transplasiële oordrag, kom in die eerste nege tot sestien weke van swangerskap voor (Queenan, 1999: 654).

Rubella, Sitomegalavirus, Parvovirus B19 en toksoplasmosis kan terminasie van swangerskap, afhangend van die tydperk waarin dit tydens die swangerskap voorkom, veroorsaak. Die moontlikheid van die terminering van die swangerskap is egter groter indien die tipe virusinfeksies vroeg, veral in die eerste trimester van die swangerskap voorkom aangesien die voorkoms van die virusinfeksies aansienlike risiko's vir die ongebore baba inhou (Glissman, 2004: Intyds; Daiminger, Bäder & Enders, 2005: 166).

Beide die Wet op Vrugaafdrywing en Sterilasie, Wet 2 van 1975 en die Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, Wet 92 van 1996, regverdig 'n terminasie van swangerskap indien dit 'n risiko vir die fetus inhou (Wette van Suid-Afrika, 47: 872,1303). Afhangende van die swangerskapgestasie en na aanleiding van die risiko vir die fetus kan 'n terminasie van swangerskap in die hedendaagse lewende uitgevoer word, dog is dit die besluit van die ouer en hoef 'n terminasie nie noodwendig uitgevoer te word nie (Yasadhara et al, 2004: 243; Heegard & Brown, 2002: Intyds).

3.5.1.1.7 Fetale abnormaliteite: Chromosomaal, geneties of struktureel

Chromosomale abnormaliteite is die oorsaak van 40-60 persent van alle spontane terminasies in die eerste trimester en 5-10 persent van spontane terminasies van swangerskappe in die tweede trimester van swangerskap. Die mees algemene **chromosomale** abnormaliteite is die volgende:

1) Trisomie - 'n toestand waar 'n ekstra outosomale chromosoom teenwoordig is, byvoorbeeld Down-sindroom (trisomie 21). Down-sindroom word met verstandelike gestremdheid en hartletsels geassosieer (Nel, 1995:365). Vroue met fetusse wat deur Down-sindroom geaffekteer is, kies gewoonlik om die fetus te aborteer, aangesien Down-sindroom een van die grootste potensieële oorsake van verstandelik gestremdheid is (Bennett, 2004: Intyds)

2) Turner se sindroom - 'n toestand waar die afwesigheid van een X-chromosoom voorkom. Turner-sindroom is 'n geslagschromosoom-abnormaliteit. In 'n studie wat op 61 paartjies met prenatale diagnose van geslagschromosoom afwyking, gedoen is, is gevind dat 42,9 persent van die paartjies hulle swangerskappe laat termineer het. Die babas word deur 'n webnek, 'n lae haarlyn, kort postuur, afwesige sekondêre geslagsontwikkeling en 'n skildvormige borskas met wyd-gespasieerde tepels gekenmerk (Hamamy & Dahoun, 2004: 58).

Triploïede chromosoom-abnormaliteit - 'n toestand waar drie keer die haploïede chromosoomgetal; dit wil sê 69 chromosome, teenwoordig is. Die voorkoms van die haploïede chromosoomgetal kan 'n oorsprong uit onderskeidelik die moederlike of die vaderlike chromosoomsamestelling hê. Die toestand kom in ongeveer een persent van alle konsepsies voor. Die meeste van die swangerskappe sal voor die einde van die eerste trimester in spontane terminasies, eindig (Bennett, 2004: Intyds).

Genetiese abnormaliteite hang gewoonlik van die bepaalde genetiese samestelling van die mens af. Mense met 'n bepaalde genetiese samestelling is meer gevoelig vir die invloed van infeksies, chemiese stowwe en bestraling, byvoorbeeld Albino's. Hul babas het 'n groter kans om 'n afwyking te hê as die babas van persone met 'n nie-vatbare samestelling (Queenan, 1999: 353).

Strukturele abnormaliteite of afwykings soos spina bifida, mikrokefalie, hidrokefalie, anenkefalie en siamese tweeling kan vroegtydig met ultrasonografie gediagnoseer word. Afhangend van vroeë diagnose en die effek van die afwykings op die fetus kan 'n terminasie van swangerskap gedoen word. Die aanbevole tegniek vir die uitvoering van die terminasie van swangerskap is 'n manuele vakuumaspirasie om die swangerskapsprodukte te verwyder (Jalan, 2005: Intyds; Woman's Health Issues, 2003: Intyds).

3.5.1.2. Moederlike indikasies (enige swangerskapsduur)

3.5.1.2.1 Moederlike siektes: Vroeë aanvang pre-eklampsie, gekompliseerde hartklepletsels, niersiektes, maligniteite, outo-immuunsiektes en psigiatrisse toestande.

Pre-eklampsie is een van die mees algemene toestande wat in swangerskap tot moederlike en perinatale morbiditeit en mortaliteit kan lei. Pre-eklampsie word as hipertensie van ten minste 140/90 mmHg wat by twee geleenthede met 'n vier- uur- tussenpose gemeet word, gedefinieer. Die voorkoms van hipertensie gaan gepaard met erge proteïenurie, hoofpyn, visuele steurnisse en epigastriese pyn (Hayman, 2004: 2).

Die toestand is 'n multi-sisteemversteuring, wat tot abnormale en onvoldoende utero- en plasentale sirkulasie lei. Die abnormale sirkulasie word met verhoogde sistemiese vaskulêre weerstand, aktivering van die koagulasiesisteem en die abnormale funksionering van die endoteelselle geassosieer. Dit wil sê, die

voorkoms van pre-eklampsie hou direk met plasentale ontoereikendheid verband, aangesien daar onvoldoende utero-plasentale sirkulasie voorkom. Intra-uteriene groeivertraging kan voorkom wat tot intra-uteriene dood kan lei (Sibai, Dekker & Kupferminc, 2005: 785).

Swangerskap lei tot 'n verhoging in die werkslading van die niere, aangesien die niere die afvalprodukte van die moeder sowel as die fetus vir 40 weke lank moet utskei. **Niersiekte** kan as gevolg van die verskeie faktore of fisiologiese veranderinge in die niere ontstaan, naamlik;

- hipertensie as gevolg van swak nierfunksie;
- proteïenurie;
- bakteriurie, indien 'n urienweginfeksie voorkom;
- piëlonefritis
- verhoogde serum-kreatinien as gevolg van ingekorte nierfunksie; en
- edeem as gevolg van die niere se onvermoë om vloeistof te verwerk (Pilliteri, 2003: 339).

Indien die toestand nie deeglik behandel word nie, is die insidensie van spontane en terapeutiese terminasies van swangerskappe, sowel as die insidensie van lae geboortegewig as gevolg van prematuriteit en intra-uteriene groeivertraging, hoog (Kuvacic, Sprem, Skrablin, Kalafatic, Bubic, Filipi & Milicic, 2000: 314).

Gekompliseerde hartletsels kan fetale groei affekteer wanneer die moederlike bloeddruk onvoldoende bloedvloei en voedingstowwe aan die plasenta voorsien. Die fetus van die vrou met gekompliseerde hartletsels het gewoonlik 'n lae geboortegewig, aangesien die fetus nie voldoende voedingstowwe ontvang nie. Die swak perfusie vlak kan tot erge fetale respiratoriese en sistemiese onderdrukking lei. Intra-uterine dood kan ook voorkom, indien die moederlike hartletsel plasentale ontoereikendheid veroorsaak (Smith, Cooper, Clutton, Lewis, Wilkey, Millns & Bowden, 2001: 63).

Maligniteite en swangerskap kan 'n paradokse voorstelling van 'n vergelyking van gekontroleerde groei (swangerskap) en ongekontroleerde groei (maligniteit) tot gevolg hê. Maligniteite kan een uit elke 1000 swangerskappe kompliseer en is die tweede mees algemene oorsaak van dood in die reprodktiewe lewe (Karim & Shafi, 2005: 1)

Indien die maligniteite reeds tydens swangerskap aan radio-aktiewe stowwe blootgestel was, hou dit erger komplikasies vir die swangerskap in. Bewyse van radiale blootstelling, soos met die Japannese oorlewendes wat deur 'n atoombom getref is, het tot fetale dood, kongenitale abnormaliteite, mikrokefalie, verstandelike gestremdheid, intra-uteriene groeivertraging en terminasie van swangerskappe gelei (McEwan, 2002: 307).

3.5.1.2.2 Sosio-maatskaplike indikasies (voor 20 weke)

Volgens die Wetgewing van Suid-Afrika oor die terminering van swangerskappe word sosio-maatskaplike omstandighede as rede vir die terminasies van swangerskappe aanvaar (Suid-Afrika. Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap 1996: 1303).

Die sosio-maatskaplike indikasies is veral wanneer swangerskap as gevolg van verkragting ontstaan het, wanneer bloedskande ter sprake is, of na geslagsgemeenskap met 'n verstandelik gestremde persoon. In die geval waar 'n vrou ernstig geestelik gestremd is, of in 'n staat van voortdurende bewusteloosheid verkeer, mag haar swangerskap getermineer word. Die terminasie mag geskied op versoek van en met die uitsluitlike toestemming van haar natuurlike voog, na gelang van die geval of, indien nie beskikbaar nie, haar curator personae (Theron & Grobler, 2000: 125).

Sosio-maatskaplike indikasies kan dus 'n groot rol in die bepaling van die redes vir terminasies van swangerskappe speel. Redes soos die spasiëring of die inkorting van geboortes mag as die verwagte en aanvaarbare redes vir die terminasie van swangerskappe gesien word. Vroue word egter nie deur enige reël vir die verskaffing van redes vir die terminasie van hul swangerskappe gebind nie (Uygur & Erkaya, 2001: 211).

Die wet op die keuse vir terminasie van 1996 bepaal dat 'n persoon haar swangerskap na willekeur kan termineer tot en met 12 weke swangerskapsduur. Terminasie tussen 12 tot 20 weke kan geskied in geval van inkorting van sosiale en ekonomiese omstandighede van die moeder (vergelyk indikasies soos voorgestel deur die Wet 92 van 1996; bl.8). Terminasie op aanvraag mag slegs deur praktisyns en geregistreerde vroedvroue in fasiliteite wat deur die Minister van Gesondheid goedgekeur is, uitgevoer word (Suid-Afrika. Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap 1996: 1303).

3.5.2 Redes vir die terminasie van swangerskappe

Die terminasie van 'n swangerskap gedurende die eerste twaalf weke van die swangerskap kan uitsluitlik op die versoek van 'n swanger vrou, gedoen word (Suid-Afrika. Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap 1996: 1303). Verskeie redes word ook deur vroue vir hul besluit op 'n swangerskapterminasie aangevoer. Die redes vir swangerskapterminasies is gewoonlik divers, en sluit die inmenging met studies, finansiële probleme sowel as die gereedheid om 'n kind voort te bring, in. Reeds voltooide gesinne en beroepsverwante aangeleenthede word ook vir die besluit om 'n swangerskap te termineer, soos in vorige navorsing bevind is, aangevoer (Adanlawo & Moodley; 1999: 101).

Geldenhuys en De Lange (2001:92) het in 2001 in Suid-Afrika onderneem, om die opinie van swart adolessente, wat terminasie van swangerskappe in Uitenhage versoek het, te ondersoek. Die navorsing het verskeie redes vir die besluit op die terminasie van swangerskap opgelewer. Tydens 'n suiweringsgesprek met 'n maatskaplike werkster van die Kerklike Maatskaplike Dienste in Bloemfontein (Botha, 2003: suiweringsgesprek) is soortgelyke redes rakende die keuse van terminasie van swangerskap bevestig. Die vernaamste redes vir die besluit om 'n swangerskap te termineer, word vervolgens bespreek;

3.5.2.1 Sosio-ekonomiese redes

Sosio- ekonomiese faktore as rede vir die terminering van swangerskap kom die algemeenste voor en sluit die persoon se ouderdom, ondersteuningsbronne, vlak van tersiêre opleiding, beroepstatus, huwelikstatus en aantal kinders, finansies, enkelouerskap sowel, as sosiale interaksie in (Lammers,1998: 591).

3.5.2.1.1 Ouderdom

Die ouderdom van die swanger vrou en haar ontwikkelingsfase word as rede aangevoer, byvoorbeeld in die geval van 'n adolessent. Sy word gekonfronteer met die opsies om voort te gaan met die swangerskap of die kind te laat aanneem, of die swangerskap te termineer. Sy moet ook met al die emosies gepaardgaande met haar besluit, saamleef (Bennett, 2004: Intyds).

Jong vroue of adolessente wat met 'n ongewenste swangerskap gekonfronteer word, is op diè stadium van hul lewens nog jonk en minimaal ingelig oor die verantwoordelikhede van ouerskap. Die meeste van die adolessente is in 'n fase van eksperimentering wanneer hul die keuse tot terminasie van 'n ongewenste swangerskap moet neem. Die keuse om 'n swangerskap te termineer, is gewoonlik die direkte gevolg van eksperimentering sonder die gebruik van enige kontrasepsie of die nie-korrekte gebruik daarvan (Finer et al, 2005:114).

3.5.2.1.2 Ondersteuningsbronne

Die gebrek aan ondersteuningsbronne word dikwels as rede vir die terminering van 'n swangerskap aangevoer. Familie en vriende is gewoonlik die beste ondersteuningsbronne tydens ongewenste swangerskappe, maar kan ook die teenoorgestelde effek hê, indien die ongehuide vrou deur haar familie en vriende op 'n subtiele wyse geforseer word om haar swangerskap te laat termineer (Mhlanga; 2003: 125).

Die meeste adolessente wat met 'n ongewenste swangerskap gekonfronteer word, is ten tyde van die ontstaan van die swangerskap nog afhanklik van hul ouers. Hulle weet dat hul ouers 'n sekere verwagting van hul koester. Die vrees om hul ouers teleur te stel kan hulle dikwels noodsaak om die swangerskap te laat termineer (Bennett: 2004: Intyds). Die besluit om 'n swangerskap te laat termineer, word dikwels bepaal deur die voorafbepaalde waardes en verwagtinge wat deur hul ouers daargestel is (Miller, Benson & Galbraith, 2001: 2)

Die invloed van die vader van die ongebore kind of sy familie kan 'n groot impak hê op die besluit van 'n vrou om haar swangerskap te laat termineer. Die vader se ouderdom en die tipe verhouding met die vrou kan 'n groot rol ten opsigte van die voortsetting, van die swangerskap speel, al dan nie. Die vader voel dikwels dat hy te jonk is om vaderskap te aanvaar. Die moontlikheid van 'n toekomstige verhouding met die vrou mag ook aanduidend wees van die vader se aanvaarbaarheid van die swangerskap en die besluit ten opsigte van die terminering daarvan, beïnvloed (Bennett, 2004: Intyds).

3.5.2.1.3 Vlak van tersiêre onderrig

Studente wat besig is met tersiêre onderwys is oor die algemeen eksperimenteel en word egter gereeld met negatiewe situasies soos ongewenste swangerskappe, gekonfronteer. Hulle het die geneigdheid om hulle in 'n situasie

te begewe waaroor hulle geen inligting het nie. In die geval van ongewenste swangerskappe moet hulle dan die besluit tot terminasie neem, aangesien hulle nog met hul studies besig is. Die meeste studente is ook van hul ouers afhanklik, en kan dus nie 'n swangerskap behou en hul studies voortsit nie (Pallikadarath & Stones, 2006: 120).

3.5.2.1.4 Beroepstatus

Die beroepstatus van die persoon kan as 'n rede om 'n swangerskap te terminer, aangevoer word, veral vir 'n toegewyde beroepsvrou wie se beroep vir haar sukses, status, erkenning en bevrediging verskaf en die voortgesette swangerskap die einde daarvan kan beteken (Pojman, 2000: 252; Rahmqvist, 2006: 1262).

3.5.2.1.5 Huwelikstatus

Die persoon se huwelikstatus as rede vir die terminering van 'n swangerskap, hang gewoonlik af van of die persoon getroud, geskei, 'n weduwee is, of in 'n saamleefverhouding betrokke is. Die besluit om 'n swangerskap te laat terminer sal byvoorbeeld makliker wees as sy ongetroud is, aangesien sy moontlik enkelouerskap, negatiewe kritiek, verwerping deur die samelewing, finansiële probleme, asook emosionele probleme en moontlik ook selfverwyrt in die oë moet staar (Rasch, Weihardt & Knudsen, 2002: 295; Combes, Gaillard, Pellet & Demongeot, 2004: 93).

3.5.2.1.6 Aantal kinders

Die aantal kinders van die persoon wat met die besluit van terminasie gekonfronteer word, speel 'n aansienlike rol, veral as die persoon reeds kinders het en tot 'n besluit gekom het dat sy nie nog kinders wil hê nie. 'n Ongewenste swangerskap sal dus nuwe beplanning en aandag verg (Lammers, 1998: 591; Trybulsiki, 2006: 683).

3.5.2.1.7 Finansiële oorwegings

Volgens 'n Sweedse studie is finansiële probleme een van die mees algemene redes wat vir die besluit tot terminasie van swangerskap aangevoer word. Die meeste jong vroue is nie ten tyde van die ontstaan van die swangerskap in staat om hulself te onderhou nie, en die twyfel oor die vermoë om die verwagte kind te onderhou, lei dikwels tot die besluit om die swangerskap te termineer. Volwasse, ongetroude vroue bevind hulself in die situasie van enkelouerskap, en sal dit as die rede vir die besluit om 'n terminasie van hul swangerskap te laat doen, aanvoer (Broen, Moum, Bodtker & Ekeberg, 2005: 36).

3.5.2.1.8 Enkel-ouerskap

Enkel-ouergesinne is reeds sosiaal kwesbaar. Die gebrek aan 'n tweede voorsiener stel die enkelouergesin meer aan die moontlikheid van armoede bloot. Die terminering van 'n swangerskap sal die enkel-ouer van meer finansiële verantwoordelikheid vrywaar (Lokshin, Mullan, Popkin & Harris, 2000: 1284, Finer et al, 2005:113).

3.5.2.1.9 Sosiale interaksie

Sosiale aanvaarding kan 'n belangrike rol in baie individue se lewens speel. Die individue het nie net 'n vrees vir sosiale afkeur nie, maar ook vir stigmatisering wat verband hou met lae morele waardes en beginsels. Stigmatisering hou egter verband met die kultuur waartoe die persoon behoort. Indien dit in 'n spesifieke kultuur aanvaarbaar is om met 'n ongewenste swangerskap gekonfronteer te word, en dit te behou, sal dit die besluit om 'n terminasie van swangerskap te laat doen, bemoeilik. Die vrees vir sosiale afkeur is veel erger as die swangerskap in die adolessensiejare, voorkom, aangesien besluite in die tydperk grootliks op groepsdruk gebaseer is (Pheterson & Azize, 2005: 44).

Genoemde redes, sowel as seksuele aktiwiteit met 'n verskeidenheid seksmaats vanaf 'n jong ouderdom kan bydraende faktore tot 'n persoon se keuse om 'n terminasie van swangerskap te laat doen, wees. Ongelukkig is die onvermoë tot seksuele beheer en die onverantwoordelike gebruik van kontrasepsie, tesame met promiskuïteit van die belangrikste redes vir terminasie van swangerskap (Lammers, 1998: 631).

3.5.3 Prosedure vir terminasie van swangerskap

3.5.3.1 Die opleiding van geregistreerde verpleegkundiges en dokters vir die uitvoering van terminasie van swangerskap.

Wet 92 van 1996 is deur die Parlement aanvaar op voorwaarde dat dit vrye toegang tot reprodktiewe sorg aan alle vroue moes verseker, veral die vroue wat die meeste deur agterstraatterminasies van swangerskappe en die komplikasies daarvan, blootgestel was. Een van die aanhangsels tot die Wet stipuleer dat geregistreerde verpleegkundiges en mediese dokters, op primêregesondheidsorgvlak, terminasies van swangerskappe tot op 12 weke gestasie kan uitvoer. Die opleiding van die sleutelpersone in die uitvoer van terminasies van swangerskappe was dus prioriteit van die gesondheidsorgdepartemente om terminasie van swangerskapdienste aan die publiek te voorsien (Dickson Tetteh & Billing, 2002: 144).

Opleidingswerkswinkels is aanvanklik vir die opleiding van geregistreerde verpleegkundiges en dokters vir die uitvoering van terminasie van swangerskap, geïmplementeer. Dokters is in die uitvoering van manuele vakuumaspirasie opgelei, en moes ook vir die kontrolering en handhawing van terminasie van swangerskap in hul provinsies verantwoordelikheid neem. Geregistreerde verpleegkundiges is ook in die uitvoering van manuele vakuumaspirasie opgelei en moes spesifiek verantwoordelikheid vir die pre-en post-berading van kliënte neem (Althaus, 2000:85, Gutmacher, Kapadia, Te Water Naudè & de Pinho, 1998: Intyds).

Met die aanvaarding van die wetgewing was daar nog nie 'n definitiewe kurrikulum vir 'n opleidingsprogram vir die uitvoering van terminasie van swangerskap vasgestel nie. 'n Weeklange vroedvrouopleidingsprogram is in die provinsies bekend gestel. Die opleidingprogram was omvattend en het die volgende aspekte aangespreek.:

- Die algemene inleiding, agtergrond en uitklaring van waardes verbonde aan terminasie van swangerskappe.
- Berading en alternatiewe vir terminasies van swangerskappe.
- Identifisering van slagoffers van seksuele molestering.
- Die gebruik van kontrasepsie.
- Die teoretiese aspekte van die terminasie van swangerskapprosedure, komplikasies en die hantering daarvan.
- Die terminasie van swangerskapprosedure wat 'n praktiese opleidingsessie van vyftien tot twintig terminasies onder toesig, insluit.
- Opleiding in die administrasie en hantering van 'n terminasie van swangerskapinrigting en 'n 24-uur-hulpdyndiens (Theron & Grobler, 2000:129, Varkey, 2000: 87-88).

Na aanleiding van die opleiding ter funksionering van die terminasie inrigtings is vanaf Oktober 1999 tot Januarie 2000 by 27 publieke gesondheidsorg inrigtings in die nege provinsies van Suid-Afrika, 'n evaluasie van die gehalte van die sorg wat deur die opgeleide geregistreerde verpleegkundiges aan die kliënte wat die inrigtings besoek lewer, gedoen. Die data van die evaluasie was deur direkte observasie van die terminasie prosedures, beradingsessies en onderhoude met die opgeleide geregistreerde verpleegkundiges en die kliënte, versamel. Deurlopende berading van kliënte was geobserveer en geen komplikasies van die terminasie prosedures of sterftes van kliënte het voorgekom nie. Agt en negentig persent van die kliënt het kontrasepsie by die terminasie inrigtings ontvang, voor hulle die inrigtings verlaat het (Dickson-Tetteh & Billing, 2002: 144)

3.5.3.2 Pre- en postterminasie van swangerskapberading

Terminasie van swangerskap kan as 'n proses beskou word aangesien berading vòòr en nà die uitvoering van 'n swangerskapterminasie aan kliënte voorsien word. Tydens die opleidingsprogram vir die uitvoering van 'n swangerskapterminasie word daar intensiewe aandag aan die berading van kliënte geskenk. Terminasie van swangerskapberading behels die aaneenlopende berading van 'n kliënt wat 'n terminasie van swangerskap beplan of oorweeg. Die berader is die opgeleide persoon wat die kliënt wat 'n terminasie beplan of oorweeg van die nodige inligting oor terminasies van swangerskappe voorsien (Millner & Hanks, 2002: 59).

Die beradingsessie moet aan die kliënt die geleentheid bied vir bespreking, verduideliking, die ontvang van inligting en advies aangaande haar situasie. Sy moet die vrymoedig hê om haar vrese in'n informele dog sistematiese manier met die berader te bespreek. Die berader moet haar ten volle van die implikasies van die prosedure vergewis (Ellie, 2003: 534).

Pre-en post-terminasie van swangerskapberading is deel van ondersteunende sorg wat aan die kliënt verleen word, om haar psigo-sosiale welsyn voor, tydens en na die terminasie te verseker. Berading is veral voordelig en effektief vir vroue wat oor geen inligting rakende die terminasie van swangerskap, beskik nie (Rothwell, 2005: Intyds). Belangrike aspekte, soos kontrasepsiegebruik en seksuele voorligting word tydens pre-en post-berading oor terminasie van swangerskap bespreek. Diè aspekte word as die alternatiewe oplossings vir ongewenste swangerskappe en terminasies van swangerskappe, beskou (Ellie, 2003: 534).

Die Departement van Gesondheid het nà die opleiding van geregistreerde verpleegkundiges van hulle verwag om oor verskeie vaardighede te beskik, indien hulle aan 'n kliënt berading moes voorsien. Die geregistreerde verpleekundige moes in staat wees om die volgende aspekte aan die kliënt te verduidelik:

- Die volledige ontwikkeling van die fetus, sowel as die ontwikkelingsvlak van die fetus ten tyde van die versoek van terminasie van swangerskap.
- Die fisieke en psigologiese komplikasies van terminasie van swangerskap.
- Verwysings na 'n inrigting vir gevorderde terminasie van swangerskap-prosedures.
- Die alternatiewe tot terminasie van swangerskap byvoorbeeld aanneming.
- Verkryging van ingeligte toestemming.
- Seksuele en reprodktiewe voorligting, insluitend die gebruik van kontrasepsie post-aborsie.
- Die proses van terminasie van swangerskap sowel as die voor- en nasorg aan die kliënt (Rothwell, Reid & Lamb, 2005: Intyds).

3.5.3.3 Uitvoering van die terminasie

Volgens Prollius en de Coning (2001: 29) het manuele vakuumaspirasie grotendeels die tradisionele dilatasie en kurretasie as prosedure van voorkeur in die eerste trimester vervang. Die dilatasie- en kurretasie prosedure is op die beginsel van serviks-rypmaking vir die dilatasie van die serviks gegrond. Na die dilatering van die serviks word 'n skerp kurret gebruik om die uterieneholte te ledig en te skraap om alle konsepsieprodukte te verwyder. Die prosedure word uitsluitlik vir swangerskap tot 16 weke gestasie aanbeveel. Slegs dokters wat in die spesifieke prosedure opgelei is, mag dit uitvoer. Dilatasie en suigkurretasie behoort nie as 'n eerste behandelingsopsie gesien te word nie (Theron & Grobler, 2000:130, Pichler, 2005: Intyds).

Die manuele- vakuumaspirasie prosedure word as volg uitgevoer:

1) Ingeligte toestemming is noodsaaklik voordat met die prosedure begin kan word. Deurlopende kommunikasie met die pasiënt is uiters belangrik en kan angsgevoelens verminder.

2) Die pasiënt word in die steensnede (lithotomie)- posisie geplaas om die prosedure uit te voer. Volgens Davis-Floyd (2003: Intyds) is die steensnede posisie die beste in die uitvoering van ginekologiese prosedure veral as steriliteit vir die voorkoming van infeksie ter sprake is.

3) Die pasiënt se blaas moet voor die prosedure geledig word. Die pasiënt word voor die prosedure gevra om haar blaas te ledig. Die vroulike blaas is aan die agterkant van die uterus en die boonste gedeelte van die vagina geleë. Wanneer die blaas leeg, is rus die uterus op die boonste oppervlak van die blaas. 'n Leë blaas vergemaklik dus die uitvoer van 'n ginekologiese prosedure aangesien die anatomie van die uterus deur 'n vol blaas versteur word en die moontlikheid vir die besering van die blaas word dus verminder (Henry. G, 2005: Intyds; Weaver, Cook & Nashelsky: 2006: 511).

4) Minimale analgesie, byvoorbeeld die toediening van nie-steroïede anti-inflammatoriese middels (Voltaren 75 milligram) kan minstens 30 minute intramaskulêr voor die beplande manuele vakuumaspirasie toegedien word. Die toediening van 'n intraservikale blok saam met die nie-steroïede anti-inflammatoriese middel is egter die metode van keuse, aangesien dit veilig en effektief vir pynbeheer is (Loudon et al, 1995: 294; Solo, 2000: 45).

5) Voorbereiding van die serviks in pasiënte waar die serviks toe en ferm is, is noodsaaklik om die serviks te versag en dilatasie te vergemaklik. Dit verminder die risiko van servikale beserings. Die algemeenste metode om die serviks ryp te maak, is deur Misoprostol, of te wel Cytotec, 'n sintetiese

prostaglandien, toe te dien. Die middel is bewys as die voorloper in serviksrupmaking ten opsigte van effektiwiteit, koste sowel as die gemak van toediening vir die pasiënt en die vroedvrou, aangesien die pasiënt met die nodige voorligting ook self die middel vaginaal kan toedien. Cytotec 2-3 tablette (Misoprostol 400-600 mikrogram) word 2-4 ure voor lediging vaginaal ingeplaas. Die dosering is ewe effektief as dieselfde dosering 12 uur pre-operatief per os / mond geneem word (Theron & Grobler; 1998: 129).

Misoprostol is aanvanklik vervaardig om oraal toegedien te word, maar dit is ook later vaginaal toegedien. Daar is bevind dat vaginale toediening beter resultate lewer, maar ook terselfdertyd baie minder gastro-intestinale newe-effekte tot gevolg het. Die absorpsie van Misoprostol vind baie vinnig plaas. Piek plasmakonsentrasies van die aktiewe metaboliet, misoprostol-suur, word binne 15 minute verkry. Die gebruik van Misoprostol blokkeer progesteronwerking en daarom word uterienekontraksies gestimuleer en die sensitiwiteit van die uterus vir prostaglandiene word verhoog (Solo, 2000: 45). Die miometrium word dus gestimuleer om saam te trek en servikale rupheid word verbeter. 'n Ryp serviks vergemaklik die uitvoering van die prosedure, aangesien die konsepsieprodukte makliker uitgewerp kan word en die inplasing van die instrumentasie vir die uitvoering van die terminasie vergemaklik word, wat tot minimale beskadiging aan die serviks lei (Du Preez 1999: 17).

6) 'n Bimanuele ondersoek word gedoen om die grootte van die uterus te bevestig en die teenwoordigheid van adneksale massas uit te skakel. Die teenwoordigheid van adneksale massas kan tot bloeding en uterineatonie post-terminasie van swangerskap lei (Creasy, 1997: 234; Population Reports, 1997: 20).

7) Die manuele vakuumaspirasie word soos volg uitgevoer:

- 'n Spekulum-ondersoek van die vaginale kanaal en die serviks word gedoen, waarna die serviks met jodium povidoon afgedep word.
- Die deppertang word aan die anterior lip van die serviks geplaas en ligte traksie word toegepas om die servikale kanaal reguit te trek.
- Die grootte van die kannule word op grond van die uterusgrootte en servikale opening geselekteer waarna die kannule ingeplaas word.
- Sondering van die uterus word met die kannule toegepas om die uterusdiepte en dus die kurretasiediepte te bepaal.
- Die 60 milliliter handspuit word aan die kannule gekoppel en die klep word losgelaat om 'n vakuum te aktiveer (Orbach & Schaff, 2004: 171).
- Evakuasie van die uterus vind plaas deur rotasie gevolg deur in- en uitwaartse bewegings wat volledigheid van die evakuasie bevestig, indien rooi - pienk borrels in die kannule waargeneem word, geen weefsel meer verkry word nie en die kannule aan die uteruswand vassuig (Prollius & de Coning, 2001: 31, Hemlin & Möller, 2001: 563).

8) Die pasiënt moet na afloop van die prosedure soos volg gemonitor word:

Die pasient se vitale tekens, naamlik temperatuur, bloeddruk, polsslag en respirasie moet elke 30-60 minute vir ten minste vier uur na afloop van die prosedure gekontroleer word. Verhoogde temperatuur van bo 37,5 grade Celcius kan 'n aanduiding van 'n progressiewe infeksie wees. Tagikardie en hipotensie kan tekens van erge bloeding en septiese skok wees. Supra-pubiese teerheid is algemeen na 'n swangerskapterminasie, dog erge teerheid mag 'n aanduiding van bloeding, blaasperforasie en dermbeskadiging wees. Teerheid in die algemene abdominale area is 'n sterk indikasie van instrumentele besering en komplikasies, byvoorbeeld blaas- en dermperforasies. 'n Teer massa in die suprapubiese area kan 'n hematoom voorspel, terwyl verminderde en afwesige dermklanke 'n aanduiding van ontwikkelende peritonitis wees (Gaufberg, 2005: Intyds; Gazvani, Honey, McLennan, Fiona & Templeton, 2004: 197).

Observasie vir vaginale bloeding of pyn is belangrik, en hang gewoonlik van die tydperk wat die kliënt, post-terminasie van swangerskap, in die inrigting versorg word, af. Die hoeveelheid en terugvloei van die bloeding vanuit die vagina moet ondersoek word. Dit is ook belangrik om die bron van bloeding te identifiseer, byvoorbeeld bloeding as gevolg van vaginale en servikale beserings en laserasies. Die pasiënt mag, sodra haar toestand stabiel is, ontslaan word. Met ontslag van die pasiënt moet sy oor die komplikasies van die terminasie ingelig word. Spesifieke aandag moet aan kontrasepsie voorligting geskenk word en die pasiënt moet oor pre-konsepsieklinieke ingelig word (Prollius & de Coning; 2001: 31).

3.5.3.4 Komplikasies geassosieerd met terminasie van swangerskap

Terminasie van swangerskap mag moontlik as 'n vinnige oplossing vir 'n probleem gesien word maar, geïnduseerde terminasie van swangerskap is 'n prevalente respons vir ongewenste swangerskappe en verskeie langtermynkomplikasies wat met swangerskapterminasies geassosieer kan word, is dikwels teenwoordig (Thorp & Hartman; 2003: 67-79).

3.5.3.4.1 Verhoogde insidensie van prematuriteit

Geïnduseerde swangerskapterminasies verhoog die voorkoms van premature geboortes by opvolgende swangerskappe. Na die wettiging van die terminasie van swangerskap in Suid-Afrika was daar 'n skerp toename in premature geboortes van die daaropvolgende babas van vroue as gevolg van skade aan die serviks en die uteriene endometrium tydens die swangerskapterminasie. Die premature babas het gewoonlik geboortedefekte soos lae geboortegewig, gehoor- en gesigstoornisse en vertraagde spraak. Die langtermyn-effek hiervan op die moeder is ook 'n onderwerp vir navorsing wat indringende aandag verg (Thorp & Hartman; 2003: 67-79; Che, Zhou, Goa & Olsen, 2001: 270).

In 'n studie wat in 1999 op vroue in Nederland gedoen is, is gevind dat vroue met 'n vorige geïnduseerde terminasie van swangerskap 'n dubbele risiko vir 'n premature geboorte, gewoonlik onder 34 weke gestasie loop. Vroue met twee vorige swangerskapterminasies het 'n verhoogde risiko van 1100 persent vir 'n premature geboorte in vergelyking met 'n vrou wat geen geïnduseerde terminasie gehad het nie (Cruywagen & Jooste, 2003: 19).

3.5.3.4.2 Die verband tussen terminasie van swangerskap en verhoogde risiko van borskanker

Daar bestaan 'n beduidende verhouding tussen terminasie van swangerskap en die latere ontwikkeling van borskanker by vroue bo die ouderdom van 40 jaar. Vroue met 'n familiegeskiedenis van kanker het 'n reeds verhoogde risiko van 270 persent, ongeag die besluit om 'n swangerskapterminasie te ondergaan. In 'n studie deur Daling en Malone (1994:1584) is gevind dat 1,7 persent van die vroue wat hul eerste swangerskap laat termineer het, borskanker ontwikkel het, terwyl vier persent van die vroue wat reeds meer as een terminasie gehad het, borskanker ontwikkel het (Daling & Malone, 1994: 1584-1592).

Vroue wat geïnduseerde terminasie van swangerskap voor agtienjarige ouderdom ondergaan, se risiko op borskanker verdubbel. Oor die algemeen het vroue 'n risiko waarde van vyftig persent om borskanker te ontwikkel. Die risiko word met 'n verdere honderd en vyftig persent verhoog indien die terminasie-induksie op vroue onder agtienjarige ouderdom gedoen word, en met honderd en tien persent wanneer 'n dertigjarige vrou vir die eerste keer swanger raak en 'n terminasie ondergaan (Lanfranchi, 2005:1).

In 'n meta-analise wat in 1994 deur dr.Brind ten opsigte van alle vorige studies oor die verwantskap tussen borskanker en terminasie van swangerskap gedoen is, is bevind dat daar 'n dertig persent verhoogde risiko op borskanker bestaan vir vroue wat die terminasie na 'n behoue swangerskap het en 'n vyftig persent verhoogde risiko vir diegene wat die terminasie op 'n vroeë stadium in die swangerskap ondergaan het (Reardon, 1998: Intyds).

Met die aanvang van 'n swangerskap is daar 'n aansienlike verhoging van menslike estrogeen, wat veroorsaak dat die borsselle dramaties in die eerste trimester prolifereer, om die fondasie vir melkproduksie te lê. Na konsepsie verhoog estrogeenvlakke met tweeduisend persent tot aan die einde van die eerste trimester van swangerskap. Diè hormonale vlakke lei tot die groei van ongedifferensieerde selle in die bors. Die ongedifferensieerde selle is hoogs ontvanklik vir die effekte van karsinogene, wat later tot kankeragtige tumore kan lei (Wilke, 1998: Intyds).

In die tweede helfte van die swangerskap word die estrogeenvlakke onder die invloed van hormone soos menslike plasentale laktogeen, verhoog. Die onvolwasse selle groei dan tot volwasse gespesialiseerde melkproduserende weefsel. Sodra die volwasse gespesialiseerde melkproduserende weefsel ontwikkel het, is die selle minder blootgestel om kankeragtige tumore te veroorsaak, aangesien die algehele proses van borsweefselmaturasie nie onderbreek is nie (Lanfranchi, 2005: 1-8).

In die derde trimester staak borsselvermeerdering en matureer die borsweefsel tot kankerwerende, melkproduserende selle indien die swangerskap behoue bly. Wanneer die swangerskap getermineer word, word die spesialisasie van die jong selle wat reeds besig was met proliferasie, versteur. Die selle is dus nie meer normale borselle nie, en kan dus nie melk produseer nie. Kanker ontstaan dus makliker, aangesien die proliferasie van die ongedifferensieerde selle nie meer die beskerming het van die hormone wat later in die swangerskap vrygestel word nie. Die algehele proses van borsselmaturasie word dus deur die swangerskapterminasie versteur (Foster, 2002: Intyds).

Vroue wat hul swangerskappe behou, het dus meer kankerwerende borselle, terwyl vroue wat swangerskapterminasies ondergaan, die derde trimester borsselmaturasie mis, en sal dus meer ontvanklik wees vir kanker as gevolg van immature borsweefsel (Lanfranchi, 2005:1-8). Die verband van borskanker met terminasie van swangerskap sal dus aansluiting vind by die langtermyn-psigologiese en emosionele trauma wat die vrou na die terminasie van haar swangerskap kan beleef.

3.5.3.4.3 Die invloed van terminasie van swangerskap op fertiliteit

Infertiliteit word as een van die moeilikste struikelblokke in die reprodutiewe lewensjare van vroue beskou. Die moontlikheid van infertiliteit na die uitvoering van 'n terminasie van swangerskap is 'n belangrike faktor in die besluitneming om 'n swangerskap te laat termineer (Robinson, 2004: Intyds, Glickmann, 2005: Intyds).

Die risiko op fertiliteitsprobleme na 'n terminasie van swangerskap is gewoonlik die gevolg van 'n infeksie van die Fallopiusbuise, wat tot letselvorming en buisblokkerings kan lei. Enige blokkering van die Fallopiusbuise sal eierselle verhoed om vir ovulering vrygestel te word of in die Fallopiusbuise af te beweeg.

'n Onbehandelde infeksie van die uterus nà 'n terminasie van swangerskap kan tot infertiliteit lei. Vroue wat alreeds voor die terminasie van swangerskap aan 'n seksueel oordraagbare siekte lei, is meer vatbaar vir infeksie na die terminasie van die swangerskap, wat die risiko van infertiliteit verhoog (Wold, 2006: 25).

Infertiliteit nà 'n swangerskapsterminasie kan deur geblokkeerde Fallopiusbuise as gevolg van 'n pelviese infeksie veroorsaak word. Servikale skade wat deur moontlike rekking en skeuring tydens die swangerskapsterminasieprosedure opgedoen is kan ook tot toekomstige infertiteitsprobleme lei. Servikale skade kan tot servikale inkompetensie lei wat ook tydens die terminasie van swangerskap, wanneer vreemde instrumentasie deur die servikale opening geforseer word, veroorsaak word. Die skade aan die serviks kan tot servikale inkompetensie lei, wat sal veroorsaak dat die serviks nie die gewig van 'n ontwikkelende swangerskap kan onderhou nie. Servikale inkompetensie lei dikwels tot terminering van die swangerskap. Primigraviadae is meer geneig tot servikale inkompetensie, aangesien hulle nog nie aan die fisieke veranderinge van 'n swangerskap blootgestel was nie (Schuster, 2005: 130; Dresser, 2005: 9))

Afgesien van die psigologiese en fisieke komplikasies van swangerskapsterminasies, insluitende infertiliteit na die terminasie van swangerskap het dit ook 'n beduidende gevolg op die langtermyn-verhoudings van die vrou wat vervolgens bespreek word.

3.5.3.4.4 Psigologiese komplikasies van terminasie van swangerskap

In 'n retrospektiewe studie wat op honderd nege en vyftig vroue wat terminasie van swangerskap ondergaan het, gedoen is, is gevind dat vyf en twintig van die vroue reeds afsprake vir psigiatriese konsultasie na die terminasie van hul swangerskap gehad het. Slegs agt weke na die terminasie van die swangerskap, het vier en veertig persent van die vroue reeds oor gedragsversteurings gekla. Slaapversteurings was reeds by 36 persent van die vroue gediagnoseer. Een en

dertig persent van die vroue het reeds skuldgevoelens oor die besluit wat geneem is om hul swangerskappe te laat termineer, ervaar. Elf persent van die vroue het reeds algemene praktisyns gekonsulteer en psigotropiese medikasie gebruik (Reardon, 1998: Intyds). Die psigologiese komplikasies en trauma as gevolg van terminasie van swangerskap mag dus nooit onderskat word nie.

Terminasie van swangerskap is 'n risikofaktor vir gedragsversteuringe, substansieel genoeg vir 'n persoon om haarself te beseer. In Finland is gevind dat persone wat terminasies van swangerskappe laat termineer het, meer neig om selfmoord na die terminasie te pleeg in vergelyking met algemene selfmoorddade en met persone wat hul swangerskappe behou. Die insidensie van dwelms en alkoholmisbruik is ook veel hoër by vroue wat hul swangerskappe laat termineer het as dit met vroue wat spontane miskrame gehad het, vergelyk word (Bianchi-Demicheli, Perrin, Bianchi, Dumont, Ludicke & Campana, 2003: 107).

Traumatiese reaksies jeens terminasie van swangerskap word dikwels nie erken nie, veral omdat menige vroue verwag dat 'n terminasie verligting sal bring na 'n ongewenste swangerskap. Die vroue onderdruk gewoonlik hul gevoelens en neig meer daarna om liefies nie oor die terminasie te praat nie. Aangesien terminasie van swangerskap wettig volgens die Wet op die Keuse van Beëindiging van Swangerskap, Wet 92 van 1996, is, word die mensheid van die fetus nie erken nie, en word daar maklik aangeneem dat die vrou niks het om oor te treur nie (Fassett et al, 2006:53), en hulle maak dus nie so dikwels hul gevoelens bekend nie.

3.5.3.4.5 Effek van swangerskapterminasie op die langtermyn-verhoudings van die kliënt

Swangerskapterminasie het 'n blywende impak op die langtermyn-verhoudings van die kliënt wat die terminasie ondergaan. Dit het 'n beduidende effek op die

kliënt se ouerlike plig, waar dit gevind word dat die persoon dit moeilik vind om met haar daaropvolgende kinders 'n goeie ouerlike verhouding te hê. Hulle tref soms 'n vergelyking tussen hul bestaande kinders en met wat die geaborteerde kind moontlik kon wees. Die moeder kan ook aan depressie ly wat tot die mishandeling of gebrekkige versorging van haar kinders, lei. Andersins mag die ouer oorbeskermend teenoor hul kinders wees as gevolg van 'n vrees dat God moontlik die kind sal wegneem as 'n straf vir die terminasie wat reeds plaasgevind het (Reardon,1998: Intyds).

In 'n studie gedoen op 103 vroue wat reeds terminasie van swangerskap ondergaan het, is gevind dat die terminasie wel 'n effek op hul bestaande verhoudings met hul seksmaats gehad het. Die houding van die man teenoor die swangerskap is 'n belangrike faktor in die vrou se besluit om die swangerskap te laat termineer. Dit hou direk verband met die konstantheid van die verhouding na die terminasie. Die verhoudings word in die meerderheid gevalle verbreek. Een of beide van die seksmaats het 'n gevoel van skuld gehad, en dit nie wedersyds gekommunikeer nie, wat tot die gebrekkige verhouding gelei het (Bianchi et al, 2001: 83-90; Reich & Brindis, 2006:133). Gesien in die lig van die bestaande statistieke, sowel as die verskeie komplikasies van swangerskapsterminasie is dit belangrik om riglyne vir die vermindering van die insidensie van swangerskapsterminasies daar te stel.

3.5.3.4.6 Fisieke komplikasies geassosieer met terminasie van swangerskap

Komplikasies na die terminering van swangerskap ontwikkel gewoonlik as gevolg van onvolledige lediging van die uterus, en uteriene-atonie wat tot infeksies moontlik as gevolg van instrumentele beskadiging lei. Die post-operatiewe komplikasies van terminasie van swangerskap word in die onmiddellike en vertraagde komplikasies van terminasie van swangerskap verdeel.

Uteriene-perforasie en uteriene-atonie is voorbeelde van die ommiddellike komplikasies wat met terminasie van swangerskappe geassosieer word. Vertraagde komplikasies kom gewoonlik 'n hele aantal ure of eers weke na die terminasie uitgevoer is, voor. Die komplikasies is gewoonlik verteenwoordigend van die hoofklagte, naamlik bloeding, pyn en simptome van swangerskap, en koors (Speroff & Darney; 1994: 286).

i) Uterus- en dermperforasie

Uterusperforasie kan 'n direkte gevolg van instrumentele beskadiging tydens die uitvoering van 'n swangerskapterminasie wees. Die besering kan gevolglik tot uteriene-ruptuur lei, wat die skeiding van die miometrium kan veroorsaak. Gevolge van uteriene-ruptuur sluit hipovolemiese skok, blaasbesering, anemie en 'n moontlike histerektomie in. Uteriene-ruptuur kan tot in die peritoniale holte, wat gevolglike dermbeskadiging tot gevolg kan hê, strek (Littleton & Engelbretson, 2002: 835).

Dermperforasie kan wel voorkom as die posterior vaginale wand of die uterus perforeer, wat dan die instrumentasie toegang tot die onderliggende strukture bied. Die ileus en sigmoïede kolon is die areas in die dermkanaal wat die meeste tydens perforasie in gedrang kom. Bloederige stoelgange en rektale teerheid sal die diagnose van dermbeskadiging bevestig. Intestinale perforasie is 'n rare komplikasie wat met ook met die gebruik van instrumentasie tydens geïnduseerde swangerskapterminasie geassosieer kan word. Dit kom gewoonlik algemeen voor in gebiede waar ongeskoolde persone terminasies uitvoer en waar die verkeerde instrumentasie tydens uitvoering van die swangerskapterminasie gebruik word (Coffman; 2001: 924, Rana, Pradhan, Gurung & Singh, 2004: 3).

Simptome van uterusperforasie met dermbeskadiging kan tot twee weke nà die terminasie voorkom, en moet so gou moontlik behandel word. Dit kan erge gevolge soos dermobstruksie hê. Kliënte met uteriene-perforasies presenteer gewoonlik met abdominale pyn en teerheid, vaginale bloeding en koors.

Uteriene-perforasie word ook aan dermbeskadiging verbind, waarna die kliënt dan ook met bykomende naarheid en braking presenteer (Gaufberg, 2005: Intyds).

ii) Uteriene-atonie

Tydens uteriene-atonie het die endometriële spiere 'n gebrek aan elastisiteit, wat tot 'n onvermoë tot sametrekking lei. Die hooforsaak van uteriene-atonie is wanneer daar agtergeblewe konsepsieprodukte in die uterus voorkom. Die agtergeblewe konsepsie= produkte verhoed die uterus om voldoende saam te trek. Uteriene-atonie is ook die hooforsaak van post-terminasie bloeding (Cronje & Grobler, 2003: 211; Creasy, 1997: 234).

iii) Bloeding

Bloeding tydens die prosedure klaar gewoonlik op sodra die swangerskapprodukte volledig verwyder is. Servikale skeure kan algemeen voorkom, maar die korrekte servikale voorbereiding voor servikale dilatasie kan die probleem grootliks voorkom (Theron & Grobler; 2000: 131).

Erge, aanhoudende bloeding wat na die terminasie voorkom, kan aanduidend van uteriene-atonie, servikale laserasies en uterine- perforasies wees (Gabbe, Niebyl & Simpson, 2002: 636).

iv) Infeksie

Die ontwikkeling van infeksie na die terminering van swangerskap is een van die ernstigste komplikasies wat met terminasie van swangerskap geassosieer word. Dit is 'n groot bron van kommer by geregistreerde verpleegkundiges en dokters wat die terminasies uitvoer, aangesien dit erge implikasies kan inhou vir die vroue wat die terminasies versoek (Shannon et al, 2004: 183).

Nalating om 'n infeksie na die uitvoering van 'n terminasie van swangerskap effektief te behandel, kan tot toekomstige infertiliteit, ektopiese swangerskap, sowel as morbiditeit lei. 'n Aanvaarbare beleid vir die voorkoming van infeksie na 'n terminasie van swangerskap is om die pasiënt van profilaktiese antibiotika te voorsien. Die pasiënt moet van die simptome van 'n ontwikkelende infeksie, veral koorspieke en pyn, ingelig word (Thomas, Paranjothy & Templeton, 2003: 330).

3.5.3.5 Behandeling van post-swangerskapterminasie komplikasies

Nuwe-effekte en komplikasies wat met geïnduseerde swangerskapterminasie geassosieer word, soos pyn wat uit die terminasie self voorspruit, word algemeen met pynmedikasie behandel. Dit is egter ook van kardinale belang om 'n deeglike vaginale en abdominale ondersoek na die terminasie te doen. Komplikasies van geïnduseerde swangerskapterminasies word relatief gereeld deur 'n erge newe-effek aangedui, dit wil sê, komplikasies kan reeds met die post-terminasie-ondersoek opgespoor word, indien abnormale vaginale bloeding en abdominale teerheid voorkom.

Twee tot tien persent van kliënte sal wel aan chirurgiese beheer van bloeding, uitwerping van oorgeblewe terminasieprodukte en die terminering van 'n voortgesette swangerskap blootgestel wees (Kruse & Poppema; 2000: 65-75; Yanda, Smith & Rosenfield, 2003: 275).

3.5.4 Samevatting

Terminasie van swangerskap behoort volgens James Burchaell se boek, 'Rachel Weeping', 'n rare verskynsel te wees. Dit is egter 'n empiriese Eerste wêreldse siening as dit aan die verhoogde syfers van terminasie op versoek gemeet word. Met wettige terminasie van swangerskappe vryelik beskikbaar, kan konsepsie en swangerskap maklik met die alternatiewe soos terminering in die huidige samelewing vervang word (Lammers, 1998: 586).

Dië hoofstuk bied 'n verslag van 'n omvattende literatuurstudie, wat hoofsaaklik fokus op die effektiewe gebruik van kontrasepsie, insidensie van terminasie van swangerskappe, sowel as die redes vir die hoë insidensie van swangerskap terminasies. In die volgende hoofstuk word aandag aan die data-insameling van die projek, sowel as die resultate daarvan, geskenk.

HOOFSTUK 4

RESULTATE EN DATA-INTERPRETASIE

In die vorige hoofstuk is 'n omvattende bespreking van die literatuur aangebied. Vervolgens sal die resultate en data-interpretasie van die studie bespreek word.

Die data ontleiding is deur die Departement Biostatistiek aan die Universiteit van die Vrystaat, nadat die data insameling deur die navorser voltooi is, gedoen. Honderd en twintig vraelyste is deur die navorser aan die Departement Biostatistiek vir die verwerking oorhandig. Beskrywende statistiek naamlik gemiddeldes en standaard afwykings of mediane en persentiele vir kontinue data en frekwensies en persentasies vir kategorieese data, is bereken.

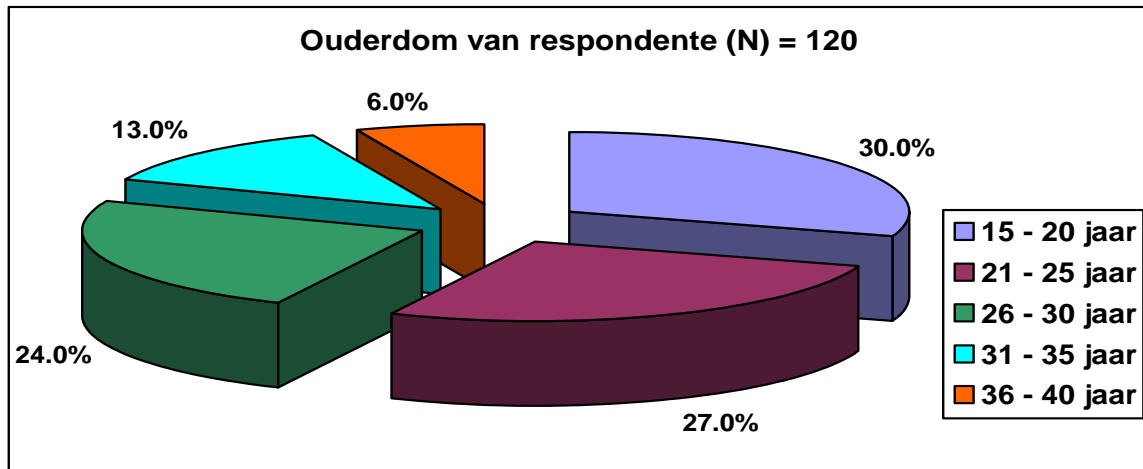
Die kodering van die vraelyste is deur die navorser gedoen. Die kumulatiewe frekwensies word as (N) in elke figuur en tabel weergegee, wat die aantal respondente wat die vraag / vrae beantwoord het, voorstel. Die data sal bespreek word in die volgorde waarin die vrae op die vraelys verskyn het.

4.1 Ouderdom van die respondente (Vraag 1)

Dit is algemeen bekend dat een uit elke vier vroue, 'n moontlike elektiewe terminasie van swangerskap gedurende hul reproductiewe lewensjare sal hê. Die persentasie van swangerskapterminasies wissel egter volgens die literatuur ten opsigte van die spesifieke ouderdomsgroep waarin vroue is. So sal een uit elke drie vroue wat in die ouderdomsgroep 35 tot 45 jaar is en een uit elke tien vroue wat in die ouderdomsgroep 16 tot 24 is, 'n terminasie van swangerskap hê (Finer et al, 2005:110).

In die studie wat deur die navorser geloods was, hierdie studie het die grootste aantal terminasies egter in die ouderdomsgroep 15-20 jaar (30%), geval terwyl 'n verdere 27% (32 respondente) in die ouderdomsgroep 21-25 jaar voorgekom het. Meer as die helfde (57%) dit wil sê 68 respondente, het in die ouderdomsgroep 15-25 jaar voorgekom het, tydens hul versoek om 'n swangerskapsterminasie te hê. Strydig dus met die literatuur wat aandui dat die meeste terminasies van swangerskappe tussen die ouderdomsgroep 35 tot 45 jaar plaasvind, het slegs ses van die respondente in dié ouderdomsgroep geval.

Die navorsingsresultate het bevestig dat die meerderheid vroue in dié studie as jong volwassenes terminasies van swangerskappe ondergaan. Die jong volwassene mag moontlik nog nie vir die verantwoordelikheid wat met ouerskap gepaardgaan gereed wees nie, en mag dus tot die verhoogde persentasie van swangerskapsterminasies in die jong volwasse lewe aanleiding gee (Pipes, 1998: 49-57).

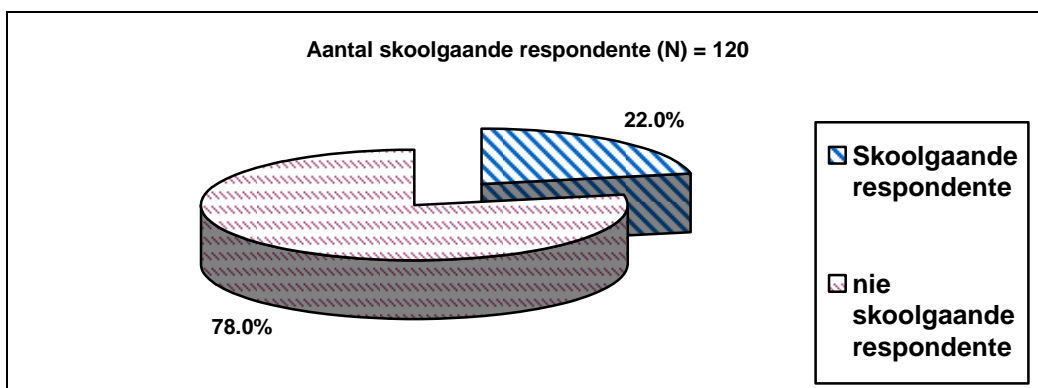


Figuur 4.1: Ouderdom van die respondente

4.2 Opvoedingsvlak van die respondente (Vraag 2.1)

Menige mense verkies om hulself met tersiêre opleiding toe te rus (Lammers en Verhey, 1998: 590). Lorraine Botha, 'n maatskaplike werkster van die Kerklike Maatskaplike Dienste in Bloemfontein, was tydens 'n persoonlike onderhoud van mening dat die ouderdoms- en ontwikkelingsfase van 'n persoon waartydens 'n swangerskap voorkom, 'n groot rol in die besluit tot 'n swangerskaps terminasie mag speel (Botha, 2002: suiweringsgesprek). Een van die belangrikste redes, wat gewoonlik as rede vir die terminering van 'n swangerskap aangevoer word, is persone se begeerte om hul skoolloopbane te voltooi (Geldenhuis en De Lange, 2001: 93).

Navorsingsresultate volgens figuur 4.2 toon dat 26 (22%) respondente wat aan die navorsingsprojek deelgeneem het, nog skool gegaan het. Dit is kommerwekkend en impliseer dat een vyfde van die respondente nog hul skoolloopbaan moes voltooi toe hul swanger geraak en hul swangerskap laat termineer het. Vier en negentig van die respondente (78%) wat aan die studie deelgeneem het was nie skoolgaande tydens hul besluit om hul swangerskappe te termineer nie, en dit kon dus nie as motivering vir hul terminasies aangevoer word nie.



Figuur 4.2: Skoolgaande status

Hlahele (1998: 4) beweer dat talle leerlinge die skool prematuur as gevolg van ongewensde swangerskappe verlaat. Die feit dat 11 (41%) van die 26 skoolgaande respondente in hul finale jaar van hul skoolloopbaan was (vergelyk tabel 4.1), is in ooreenstemming met die literatuur en mag moontlik tot hul besluit om 'n terminasie te ondergaan, bygedra het.

Tabel 4.1: Grade van die skoolgaande respondente

Grade	Persentasie van respondente	Aantal respondente
Sewe	6%	1
Agt	6%	1
Nege	12%	3
Tien	18%	5
Elf	18%	5
Twaalf	41% (skoolgaande respondente)	11
N=26		

Die grootste aantal respondente se hoogste kwalifikasie was graad 12 (58%), terwyl slegs 4% tersiêre opleiding ondergaan het.

Tabel 4.2: Hoogste kwalifikasie van nie-skoolgaande respondente

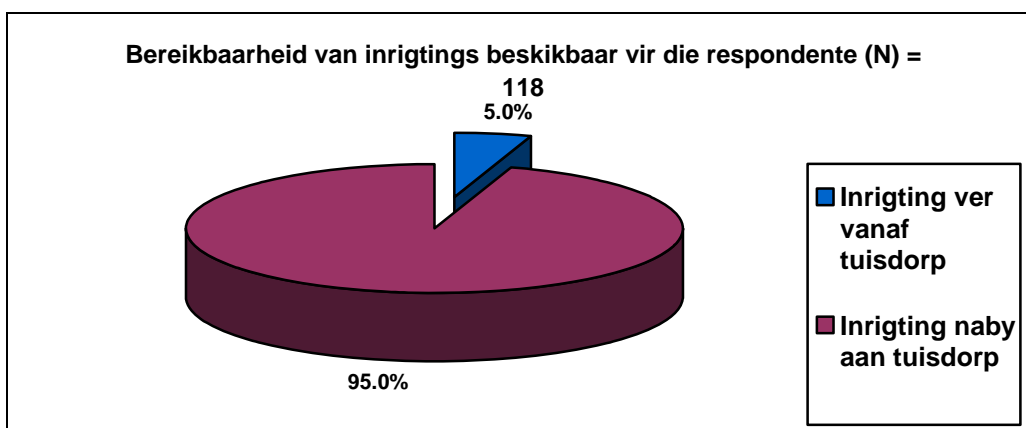
Persentasie respondente	nie-skoolgaande	Aantal respondente	Hoogste kwalifikasie
2%		2	Graad sewe
3%		3	Graad agt
4%		4	Graad nege
10%		9	Graad tien
18%		17	Graad elf
58% (nie-skoolgaande respondente)		55	Graad twaalf
4%		4	Tersiêre opleiding
N=94			

4.3 Bereikbaarheid van die inrigtings waar terminasies van swangerskappe gedoen word (Vraag 3)

In dië studie het 79 (95%) respondente wat terminasies van hul swangerskappe versoek het, dit in hul onmiddelijke omgewing of tuisdorpe laat doen. Dit is in ooreenstemming met 'n studie wat deur die Reproductiewe Gesondheid Navorsingseenheid gedoen is, waar bevind is dat die meerderheid van vroue wat terminasie van swangerskappe versoek slegs in staat is om die swangerskapsterminasies in hul onmiddelijke omgewing of tuisdorpe te hê (Cruywagen & Jooste, 1997:1)).

Vroue is nie atyd finansieël toegerus om vêr te reis om 'n swangerskap terminasie te laat doen nie, en maak dus van hul naaste fasiliteit gebruik (Cruywagen & Jooste, 1997:1).

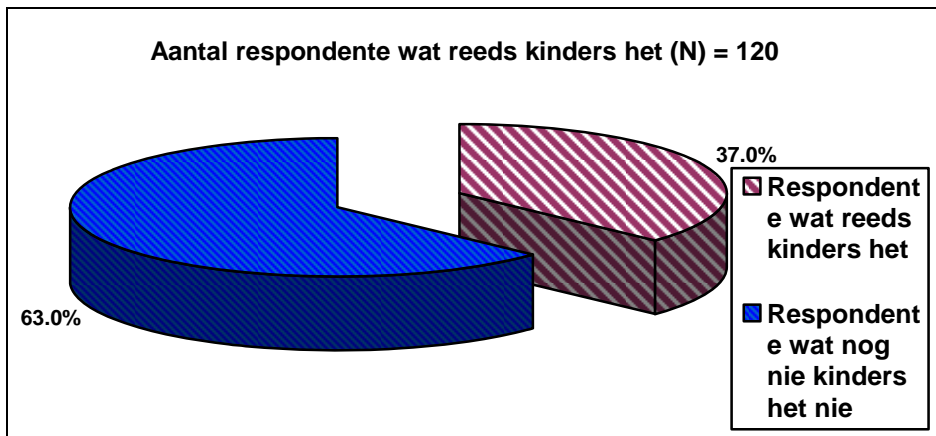
Slegs 4 (5%) respondente het die terminering van hul swangerskappe by inrigtings wat vêr van hul tuisdorpe geleë was, laat doen. Hulle moes dus vêr reis om van dië swangerskapsterminerings dienste gebruik te kon maak. Die redes hiervoor is nie in die navorsing aangespreek nie.



Figuur 4.3: Bereikbaarheid van die inrigtings waar terminasie van swangerskappe gedoen word.

4.4 Pariteit van die respondente (Vraag 4)

Pariteit verwys na die aantal geboortes na 20 weke gestasie, ongeag lewende of stil geboortes dit wil sê al die babas, ongeag lewend of dood wat na die swangerskapsduur van 20 weke gebore was (Littleton & Engebretson, 2002: 458). Met die studie is bevind dat vroue wat reeds kinders het en reeds swanger was, tog om een of ander rede swangerskapterminasies laat doen. 'n Studie deur Jones, Darroch & Henshaw (2002: 294) het getoon dat ongeveer 60% van swangerskap terminasies wel deur vroue wat reeds kinders het, gedoen word. In hierdie studie is bevind dat 44 (37%) van die respondente reeds kinders gehad het en reeds voorheen swanger was, toe hulle die inrigtings vir die terminering van hul swangerskappe besoek het. Die oorgrote meerderheid, dit wil sê 76 (63%) van die respondente, het nog nie kinders gehad nie en was nog nie voorheen swanger toe hulle die besluit om hul swangerskappe te laat termineer geneem het nie.



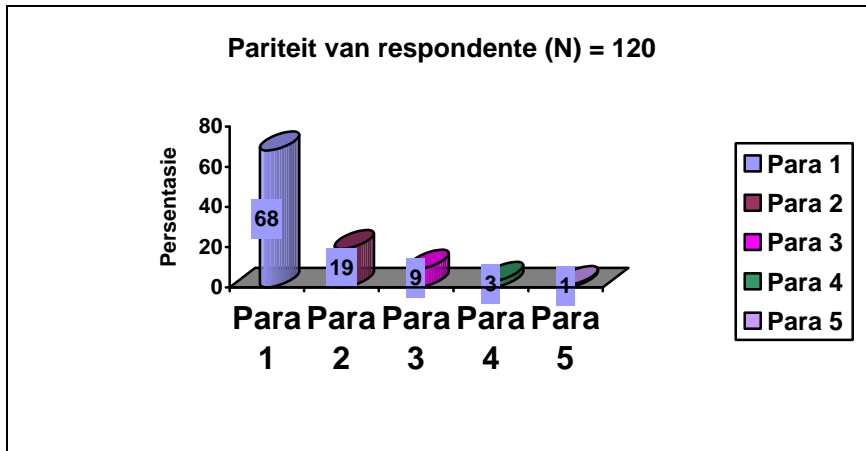
Figuur 4.4: Aantal respondente wat reeds kinders het

4.5 Pariteit van respondente ten tyde van die besluit om 'n swangerskapsterminasie te hê (Vraag 4.1)

Pipes (1998: 50) beweer dat die meeste terminasies deur jong volwassenes versoek word aangesien hulle nog nie gereed vir ouerskap is nie. In hierdie studie het 29 (68%) van die 44 respondente (vergelyk figuur 4.5) wat reeds kinders gehad het ten tyde van die besluit om 'n terminasie van swangerskap te hê, reeds een kind gehad en het dus reeds die verantwoordelikheid van ouerskap aanvaar aangesien die swangerskap wat hulle wou termineer hul tweede swangerskap was.

Volgens Rasch et al (2002: 293) het die oorgrote meerderheid van vroue wat terminasies van swangerskappe versoek, reeds een of meer kinders. Dit blyk egter strydig te wees in die geval van dié studie aangesien minder respondente (44) reeds kinders gehad het ten tyde die besluit om 'n swangerskapsterminasie te hê.

Die oorgrote meerderheid van die respondente, dit wil sê 76 (63%) respondente het nog nie kinders gehad toe hulle besluit het om swangerskapsterminasies te laat doen. Uit figuur 4.5 blyk dit duidelik dat terminasies van swangerskappe meer by vroue met 'n laer pariteit as die met 'n hoë pariteit voorkom. Slegs een respondent wat reeds vyf kinders het, het 'n terminasie van swangerskap versoek.



Figuur 4.5: Pariteit van respondente wat reeds kinders het.

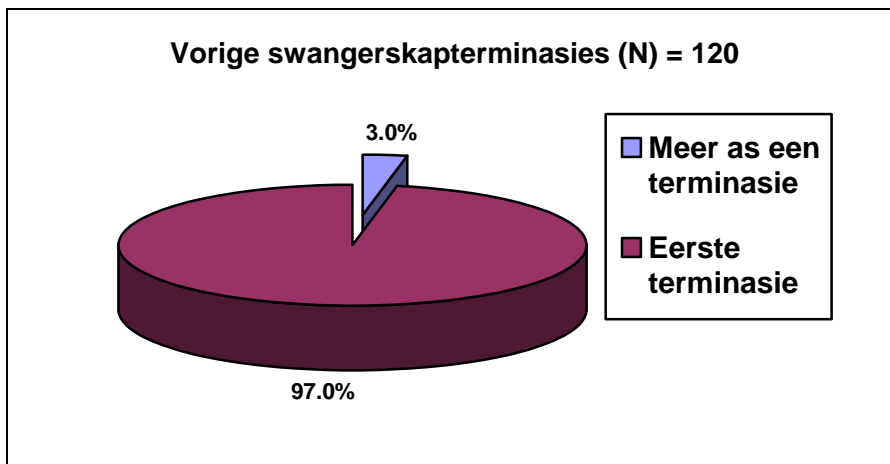
4.6 Vorige swangerskapsterminasies (Vraag 5)

Strydig met John, Critchley & Glasier (2005: 31), wat van mening is dat 20% van alle vroue meer as een elektiewe terminasie van swangerskappe in 'n leeftyd sal hê, het 116 (97%) van die respondente in hierdië studie nog geen vorige terminasies van swangerskappe gehad nie. Slegs 4 (3%) van die respondente wat aan die navorsingsprojek deelgeneem het, het die inrigting besoek om vir die tweede keer 'n swangerskapsterminasie te versoek (vergeelyk figuur 4.6).

Die mees algemene faktor wat tot die herhaling van 'n swangerskapsterminasie kan aanleiding gee, is die feit dat die vroue reeds 'n vorige elektiewe swangerskapsterminasie ondergaan het (Alouini, Uzan, Meningaud & Herve, 2002: 43). Die meerderheid van die vroue is egter in die stadium van hul lewens steeds onvolwasse, aangesien die meeste terminasies van swangerskappe onder die ouderdomsgroep van 15 tot 26 jaar voorkom, soos in hierdië studie bevind is (vergeelyk figuur 4.1).

Die voorkoms van herhaalde swangerskapsterminasies kan dikwels aan die onvermoë rakende seksuele beheer, onverantwoordelike gebruik van kontrasepsie en promiskuiteit toegeskryf word (Lammers, 1998: 631).

In hierdie studie is gevind dat onverantwoordelike gebruik van kontrasepsie met die gevolglike mislukking daarvan, deur die respondente as een van die belangrikste redes vir die herhaling van terminasie van swangerskappe, aangevoer was (vergelyk figuur 4.8.1). 'n Rede vir onverantwoordelike kontrasepsie gebruik wat deur respondente aangevoer is, was die feit dat hul 'n langafstandverhouding gehad het en daarom geen kontrasepsie gebruik het nie. Die redes vir die nie-gebruik van kontrasepsie tydens langafstand verhoudings word egter nie in die navorsing aangespreek nie



Figuur 4.6: Vorige swangerskapsterminasies

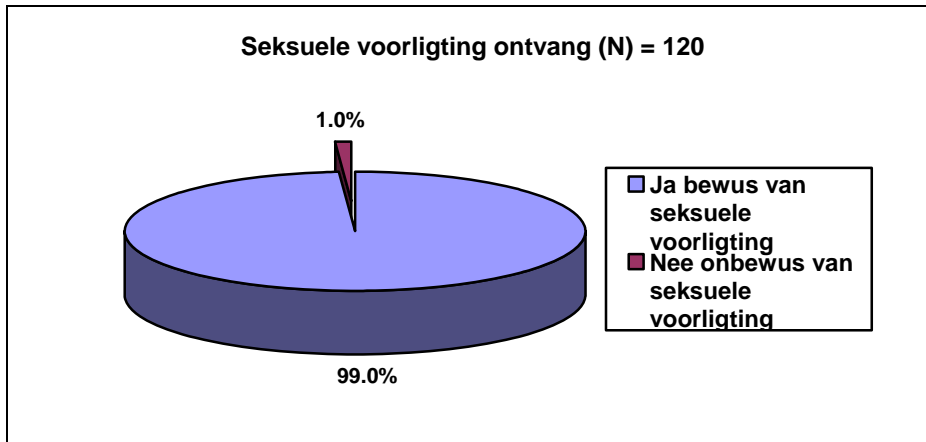
4.7 Seksuele voorligting (Vraag 6)

Volgens Black, McGough, Bigrigg & Throw (2005: 235) moet seksuele voorligting nie net inligting oor die anatomie en fisiologie van reproduksie behels nie, maar dit moet die basis vir die ontwerp van 'n model vir menslike verhoudings skep, daarom speel seksuele voorligting ook 'n belangrike rol in die uitstel van seksuele aktiwiteite, aangesien dit die voorkoms van ongewenste swangerskappe aansienlik verminder (Hlahele 1998: 36; 2002: 222).

Die ontvangs van seksuele voorligting en die toepassing daarvan kan 'n aanduiding wees van die mate waarin seksuele gedrag aangeleer word dit wil sê of menige persone met ongewenste swangerskappe gekonfronteer word en of hulle voorsorgmaatreëls tref om die voorkoms van ongewende swangerskappe af te weer (Hlahele, 1998: 36).

Na aanleiding van die navorsingsbevindinge het die 119 (99%) van die respondente aangedui dat hulle wel voorheen seksuele voorligting ontvang het. Slegs een respondent het tydens die onderhoudsvoering gesê dat sy nog nooit voorheen seksuele voorligting ontvang het nie.

Die navorsingsbevindinge illustreer egter 'n teenstrydigheid met die bevindinge van Hlahele (1998:36) en Hlahele (2002:222) wat aandui dat die ontvangs van seksuele voorligting en die toepassing daarvan 'n daadwerklike invloed op die seksuele gedrag van persone moet hê. Die respondente het ongeag seksuele voorligting steeds ongewensd swanger geraak het en toe 'n swangerskap terminasie versoek.



Figuur 4.7 Seksuele voorligting ontvang

4.8 Redes vir die terminering van swangerskappe (Vraag7)

Ongewenste en onbeplande swangerskappe word meestal deur vroue as rede vir hul besluit om swangerskapsterminasies te laat doen, aangevoer (Bianchi-Demicheli et al, 2003: 107) Die redes vir 'n swangerskapsterminasie word meestal deur sosiale faktore gemotiveer. Sosiale faktore soos die spesifieke seksuele verhouding waarin die vrou haarself bevind, verantwoordelikhede ten opsigte van finansies, geletterheid, behuising, voltooiing van studies en immature ouderdom speel 'n rol wanneer die besluit om 'n terminasie te hê, geneem word (Bianchi-Demicheli et al, 2003: 107).

Soms word gesinsgrootte en of geboorte spasiëring as rede vir 'n kliënt se versoek tot swangerskapsterminasie aangevoer (Uygur & Erkaya, 2001: 211). In hierdie studie is bevind dat 43 (36%) respondente van mening was dat hul gesinne reeds voltooi is, en dat hulle nie nog 'n kind wou hê nie en daarom hul swangerskappe wou laat termineer.

Die respondente het ook ander redes vir hul versoek tot terminasie van swangerskap aangevoer (kyk figuur 4.8.1 en figuur 4.8.2). Om 'n onderskeid tussen die verskillende redes te kon tref is dit in drie subkategorieë verdeel; naamlik sosio-ekonomiese-, psigiese- en terapeutiese redes.

4.8.1 Sosio-ekonomiese redes

In hierdië studie het 106 (89%) respondente sosio-ekonomiese redes as motivering vir hul versoek tot terminasie van swangerskappe aangevoer. Dië persentasie respondente wat sosio-ekonomiese redes aangevoer het kan moontlik 'n aanduiding van Suid-Afrika se huidige swak ekonomiese omstandighede wees (Althaus, 2000: 84). Die feit dat in hierdie omstandighede die swangerskap nie liefs verhoed is nie, bly egter onbeantwoord.

Drie en veertig (36%) respondente was van mening dat hul gesinne reeds voltooi was, en dat hulle nie nog 'n kind wou hê nie. Dit wil voorkom dat dit die moderne neiging is dat gesinne uit slegs twee of minder kinders moet bestaan. Ouers kan dan moontlik sosio-ekonomies meer in staat wees om 'n goeie lewenstandaard te handhaaf (Hough-Coetzee, 2004: 34).

Kleiner gesinne het 'n groter kans op oorlewing en die ouer of ouers van kleiner gesinne kan dus beter voorsiening vir voedsel, klere, behuising en opvoeding maak. Hierdie sosio-ekonomiese rede is egter kontroversieël aangesien die bewuswording van die voordele van 'n kleiner gesin volgens Coliver (1995: 89), duidelik teenstrydig is met wat in die Wet 92 van 1996 uitgespel word, naamlik dat terminering van swangerskappe nie as 'n vorm van kontrasepsie of bevolkingsbeheer beskou moet word nie. Kontrasepsie is dus in dië geval 'n definitiewe noodsaaklikheid aangesien dit kleiner gesinne kan verseker (Theron & Grobler: 2000: iv), sonder dat terminering van swangerskap 'n opsie hoef te wees.

Werkloosheid word deur 31 (26%) van die respondente vir die besluit om 'n swangerskapsterminasie te ondergaan as rede, aangevoer. Volgens Klitsch (1994: 236) bestaan daar 'n direkte verband tussen werkloosheid en die beoefening van onbeskermd seks.

Die sosio-ekonomiese toestande van diè vroue forseer hulle om in seksuele praktyke betrokke te raak, en hul besef nie dat die voorkoms van ongewenste swangerskappe daaruit kan voorspuit nie (Klitsch,1994: 236). Dit bly dus verbasend dat die respondente werkloosheid as rede aanvoer, aangesien kontrasepsie gratis beskikbaar is en 'n ongewenste swangerskap dus maklik voorkom kon word (Klitsch, 1994: 236).

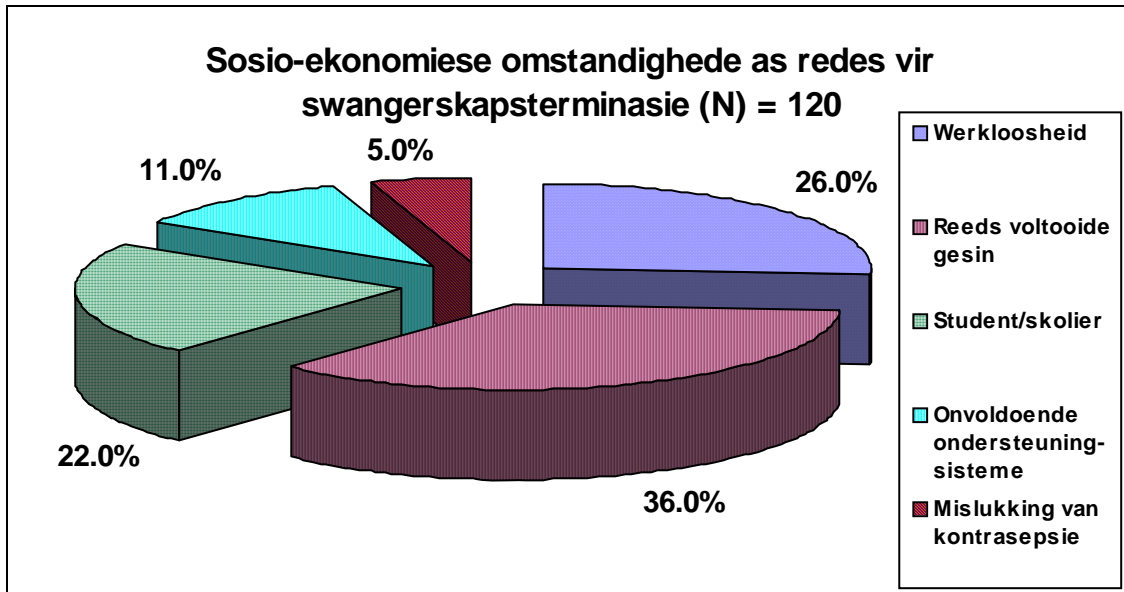
Mislukking van kontraseptiewe middels verteenwoordig slegs 5% van die redes wat deur respondente as sosio-ekonomiese redes vir hul besluit tot swangerskapsterminasie aangevoer was. In ooreenstemming met die literatuur het die korrekte neem van die kontraseptiewe pil 'n duidelike rol in die voorkoms van menige van die ongewenste swangerskappe gespeel, aangesien 40 (69%) van die 58 respondente wie se kontrasepsie misluk het vergeet het om hul pille te neem (vergeelyk tabel 4.3). Die korrekte gebruik van die kontraseptiewe middel speel dus 'n groot rol om die mislukking daarvan te verlaag (Theron & Grobler, 2000: 60).

Volgens Mlanga (2003: 125) is die **ondersteuning van ouers en familie** baie belangrik wanneer 'n ongewenste swangerskap voorkom. Indien die swanger vrou deur haar vriende en familie verwerp word, en met 'n ongewenste swangerskap gekonfronteer word, mag sy die gebrek aan ondersteuning as rede vir haar besluit om 'n swangerskapsterminasie te laat doen, aanvoer (Mhlanga, 2003: 125).

Inaggename die feit dat 77 (64%) respondente (vergelyk figuur 4.10) in hierdie studie nie hul seksmaat en 92 (77%) respondente (vergelyk figuur 4.12) nie hul ouers van hul voorneme om die swangerskap te laat termineer, ingelig het nie, dui daarop dat hul baie moontlik nie die nodige ondersteuning van genoemde betrokkenes ontvang nie. Die betrokkenes blyk oningelig te gewees het en kon dus nie ondersteuning bied nie.

Die meeste adollesente vrees hul families se reaksie rakende hul seksuele status vrees en as gevolg hiervan verkies hulle om die swangerskap terminasie alleen deur te gaan (Finer et al, 1005:113). Die feit dat die meerderheid van swangerskaps terminasies tussen die ouderdomsgroep 15-26 jaar voorkom (vergelyk figuur 4.1) mag 'n aanduiding wees van die voorkoms van seksuele aktiwiteit op 'n jong ouderdom. Die persone mag moontlik nog skoliere of studente op die stadium van hul lewens was (vergelyk figuur 4.2).

Soos dit uit figuur 4.2 blyk het 26 (22%) van die respondente in diè studie **nog skool gegaan** toe hulle die besluit geneem het om hul swangerskappe te laat termineer. Die bewering van Hlahale (1998: 4) dat talle leerlinge skole prematuur as gevolg van ongewende swangerskappe verlaat, en die feit dat 11 (41%) van die 26 skoolgaande respondente in hul finale jaar van hul skoolloopbane tydens die navorsingsprojek was, mag moontlike bygedra het tot hul besluit om 'n swangerskapsterminasie te laat doen.



Figuur 4.8.1: Sosio-ekonomiese omstandighede as redes vir swangerskapsterminasie

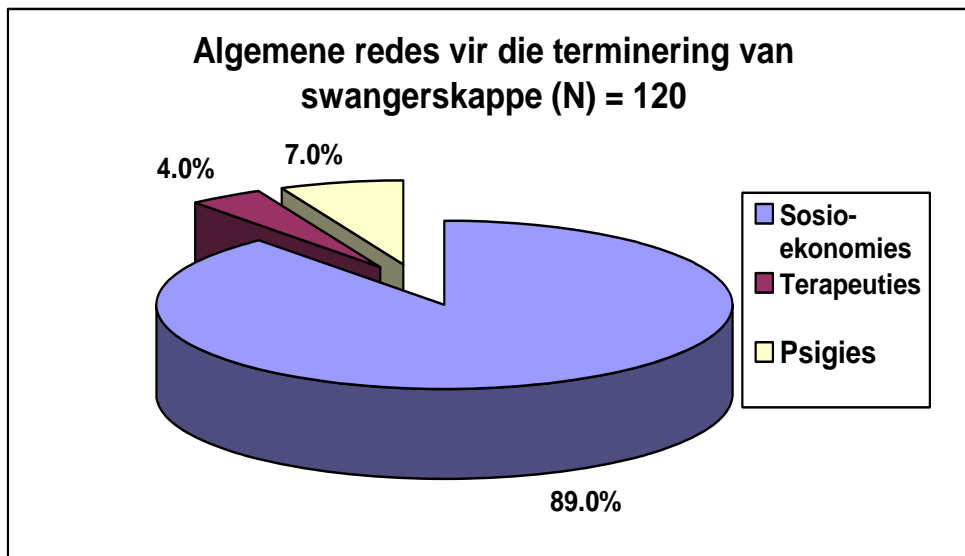
4.8.2 Terapeutiese redes

Slegs vyf respondente het terapeutiese redes vir hul besluit tot terminasie van hul swangerskap aangevoer. Een respondent was verkrag en vier respondente wou hul swangerskapsterminasie as gevolg van hul swak gesondheidstoestand laat doen. Volgens wet 2 van 1975 was die gesondheidstoestand van die moeder en verkragting een van die belangrikste voorwaardes waaronder die terminering van swangerskap kon plaasvind.

Die voorwaardes het staande gebly toe die Wet 92 van 1996 in werking getree het (Suid-Afrika. Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap 1996: 1303).

4.8.3 Psigiese redes

Emosionele onstabieleit om 'n kind voort te bring is as die enigste psigiese rede tot swangerskapsterminasie, deur 8 (7%) respondente aangevoer. Geen ander psigiese redes byvoorbeeld geestesversteurings is as rede vir die besluit om 'n swangerskapsterminasie te laat doen, aangevoer nie. Volgens Pojman (2000: 252) is dit belangrik vir die persoon wat met die ongewenste swangerskap gekonfronteer word om emosioneel gereed te wees om sodoende die situasie te kan hanteer.



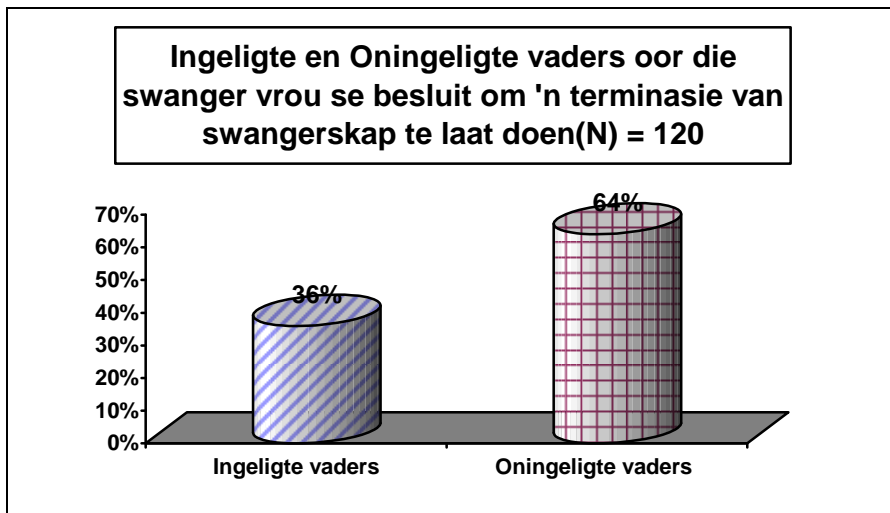
Figuur 4.8.2: Algemene redes vir die terminasie van swangerskap

4.9 Ingeligtheid van vaders oor die swanger vrou se besluit om 'n swangerskapsterminasie te laat doen (Vraag 8)

Volgens Wet 92 van 1996 is dit die swanger vrou se uitsluitlike keuse om 'n swangerskapsterminasie te versoek. Geen ander toestemming van die swanger vrou hetsy **dit haar seksmaat of die kind se vader** of familie is, is nodig in die geval waar die swanger vrou 'n terminasie van haar swangerskap versoek nie. In

geval van 'n swanger minderjarige moet die geneesheer of geregistreerde vroedvrou, na gelang van die geval, sodanige minderjarige adviseer om haar ouers, voog, familieledede of vriende te raadpleeg alvorens die swangerskap beëindig word, met dien verstande dat die beëindiging van die swangerskap nie geweier mag word omdat die minderjarige verkies om hulle nie te raadpleeg nie (Suid-Afrika. Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, 1996: 1303).

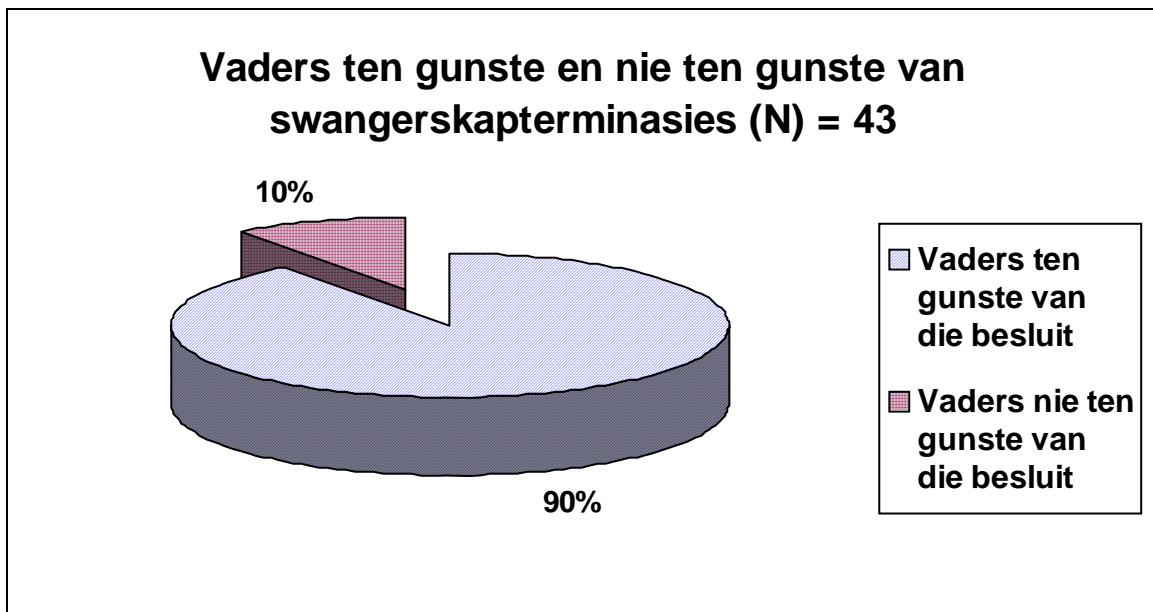
Die terminasie van 'n swangerskap word dus uitsluitlik op versoek van die vrou self gedurende die eerste 12 weke van swangerskap ingevolge die Wet 92 van 1996 gedoen (Theron & Grobler; 1998: 124). Uit figuur 4.9 is dit duidelik dat die meeste respondente beslis van hul reg om alleen toestemming vir die terminasie van hul swangerskappe te gee, gebruik gemaak het, aangesien 77 (64%) van die vaders nie eers oor die besluite om hul swangerskappe te laat termineer, ingelig was nie. Die wetlike verantwoordelikheid wat die pa teenoor die kind ten opsigte van sy opvoeding en versorging het, was egter nie ter sprake nie, aangesien die pa geen regte het as die ma die swangerskap wil laat termineer nie (Hough-Coetzee; 2004: 13).



Figuur 4.9: Ingeligtheid van vaders oor die swanger vrou se besluit om 'n swangerskapsterminasie te laat doen.

Hough-Coetzee (2003:13) beweer dat menige mans 'n gevoel van magteloosheid ervaar, ten opsigte van die feit dat hulle toestemming van geen waarde is indien die swanger vrou sou besluit om die swangerskap te laat termineer nie.

Negentig persent van die 43 vaders, dit wil sê 38 vaders, wat wel deur die respondente van hul besluit om die swangerskap te laat termineer, ingelig was, was egter in die studie ten gunste van die respondente se besluite. Tien persent (5) vaders wat reeds rakende die respondente se besluit om hul swangerskappe te laat termineer, ingelig was, was nie ten gunste van die swangerskapsterminasie nie (vergeelyk figuur 4.10).



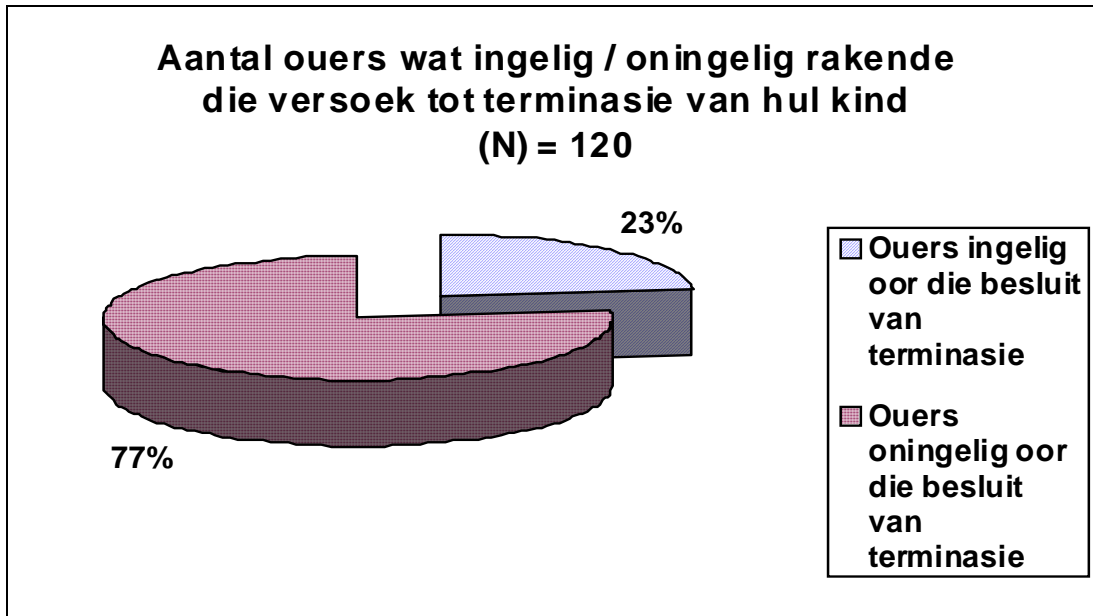
Figuur 4.10 Vaders ten gunste en nie ten gunste van 'n swangerskaps-Terminasie

4.10 Ingeligtheid van ouers oor die swanger vrou se besluit om 'n terminasie van swangerskap te laat doen (Vraag 9)

Volgens Mlanga (2003: 125) is die ondersteuning van ouers en familie baie belangrik wanneer 'n ongewensde swangerskap voorkom. Die volgehoue ondersteuning van 'n ouer wanneer hul kind met 'n ongewensde swangerskap gekonfronteer word, kan 'n invloed op hul besluit om 'n terminering te doen, hê, aangesien die ouers moontlik finansiële ondersteuning aan hul swanger kind kan bied indien sy nie daartoe in staat is nie.

In hierdië studie het slegs 28 (23%) van die respondente hul ouers oor hul besluit om 'n terminasie van hul swangerskappe te laat doen, ingelig (vergeelyk figuur 4.11). Twee en negentig (77%) van die respondente het besluit om die terminasie van hul ouers te weerhou.

Dit mag moontlik, soos deur Geldenhuys en De Lange (2001: 93) bevind, wees dat hulle 'n skuldgevoel teenoor hul ouers ervaar aangesien hul voel dat hulle hul ouers teleurstel deur 'n ongewensde swangerskap te hê.

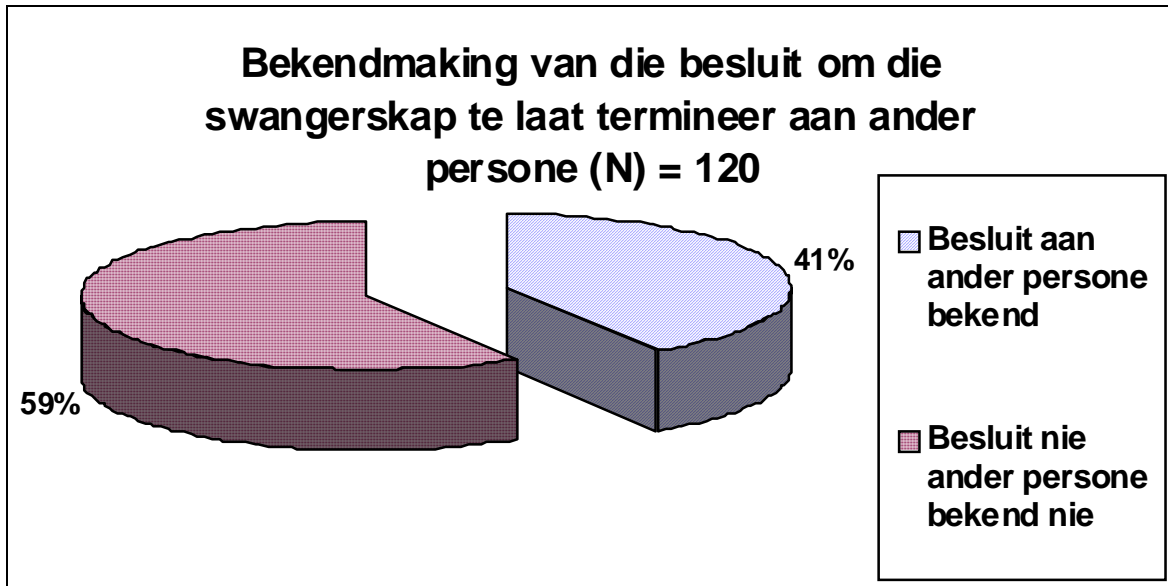


Figuur 4.11: Ingeligheid van ouers van swanger vrou se besluit om 'n swangerskapsterminasie te laat doen.

4.11 Bekendmaking van besluit om swangerskapsterminasies laat doen aan ander persone (Vraag 10)

Die swanger vrou het 'n keuse of sy enige ander persoon hetsy 'n vriend, 'n kennis of 'n familielid, rakende haar besluit wil inlig, aldan nie. Ingevolge die Wet 92 van 1996 moet die identiteit van die vrou wat 'n terminasie versoek, ten alle tye konfidensieel moet bly (Suid-Afrika. Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap 1996: 1303).

Figuur 4.12 illustreer dat 'n slegs 49 (41%) van die respondente wel 'n persoon of kennis oor hul besluit ingelig het. Een en sewentig (59%) respondente het besluit om geen ander persone oor hul besluit in te lig nie. Dit is dus in ooreestemming met die bepalinge van die wet, dat die respondente van hul alleen reg tot toestemming om 'n terminasie van haar swangerskap te laat doen, gebruik gemaak het.

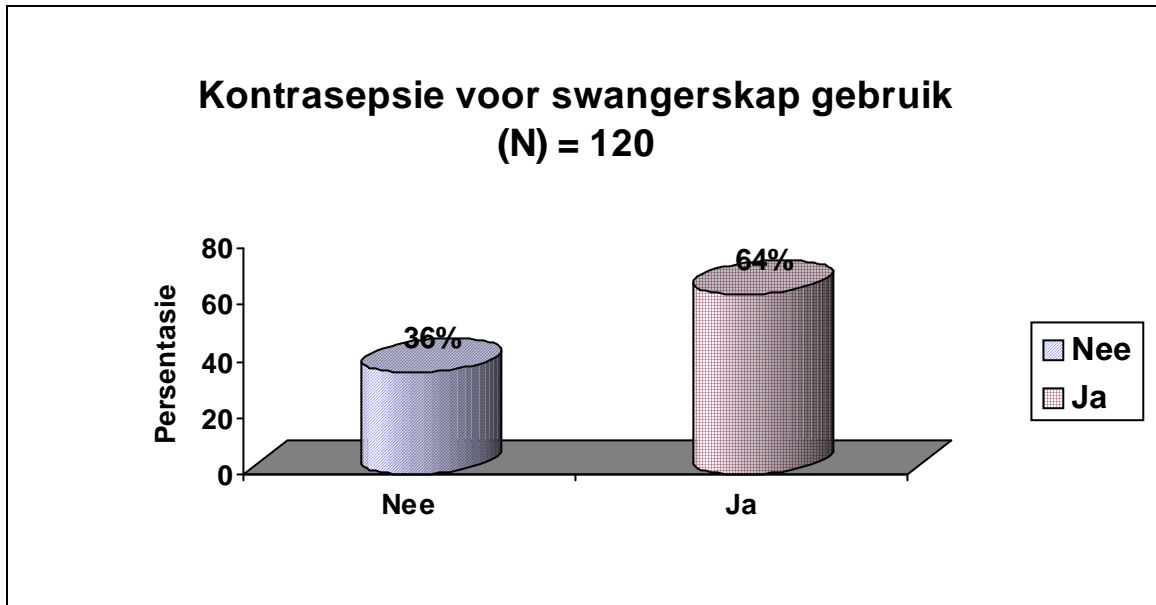


Figuur 4.12: Bekendmaking van die besluit om die swangerskap te laat termineer aan ander persone.

4.12 Die gebruik van kontrasepsie voor swangerskap (Vraag 11)

Uit figuur 4.13 is dit duidelik dat 77 (64%) respondente wel kontrasepsie gebruik het toe hulle van hul swangerskap uitgevind het. Dit is in ooreenstemming met Smith en Whitfield (1995: 409) wat bevind het dat 77,1 % van persone wat 'n swangerskapsterminasie versoek het een of ander kontraseptiewe metode voor hul swanger geraak het, gebruik het.

Dit blyk dus dat kontrasepsie wel gebruik word in 'n poging om 'n ongewenste swangerskappe te voorkom, maar dat dit nie effektief gebruik word nie. Die redes hiervoor het egter nie binne die konteks van die studie geval nie. Slegs 43 (36 %) van die respondente het aangedui dat hulle nie 'n kontraseptiewe middel gebruik het, voor hulle swanger geraak het nie.



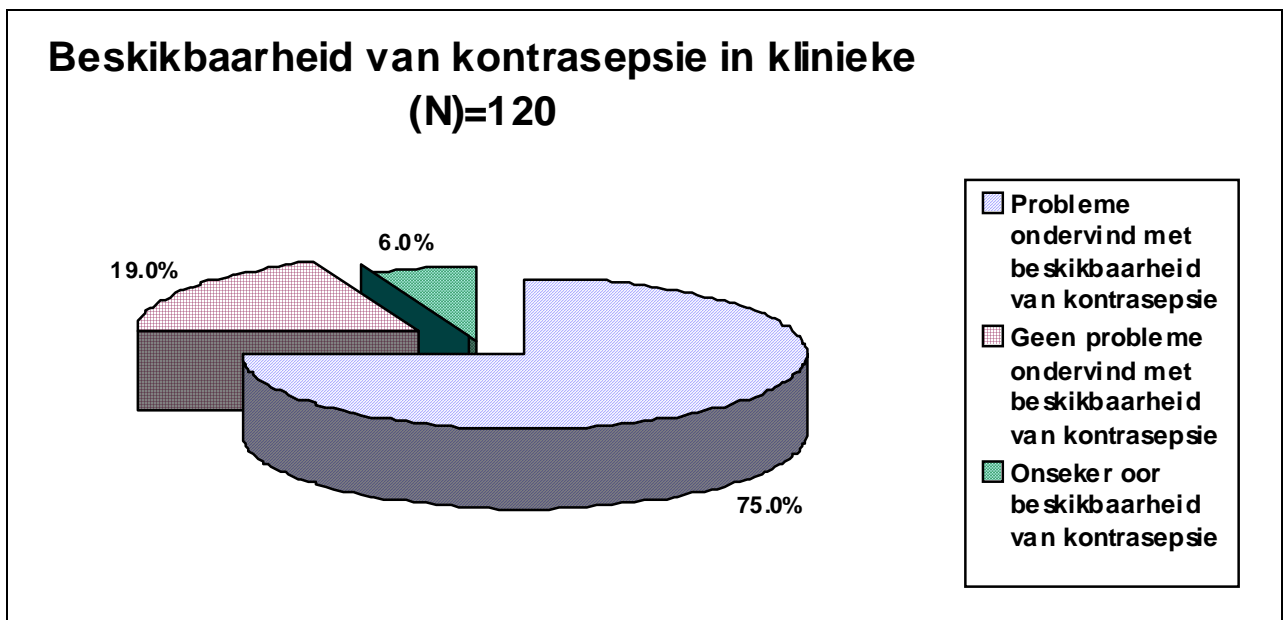
Figuur 4.13: Gebruik van kontrasepsie voor swangerskap

4.13 Die beskikbaarheid van kontrasepsie by klinieke (Vraag 11.1)

Die algemene beskikbaarheid van effektiewe en veilige kontrasepsie word as een van die grootste ontwikkelinge op geneeskundige gebied oor die afgelope 3-4 dekades, erken. Die beskikbaarheid van kontraseptiewe middels by gesinsbeplanning sentrums en klinieke is een van die belangrikste en basiese faktore, wat tot die suksesvolle gebruik daarvan aanleiding gee (Mbokane & Ehlers, 2006:43-57).

Kontrasepsie is gratis in Suid-Afrika beskikbaar en kan deur enige persoon gebruik word. Negentig (75%) respondente, in hierdië studie het wel vrye toegang tot kontrasepsie by die klinieke gehad. Nege en twintig (19%) respondente het probleme met die beskikbaarheid van kontrasepsie by die klinieke, ondervind. Dertien (11%) van die respondente wat probleme met die beskikbaarheid van kontrasepsie in die klinieke ondervind het, het kondome gekoop en gebruik, in 'n poging om 'n swangerskap te voorkom.

Die probleme met die beskikbaarheid van kontrasepsie is nie in die navorsingsprojek aangespreek nie, alhoewel die literatuur aandui dat die probleme grootliks verband hou met die ligging en die afstand van die woonbuurte en klinieke (Smith & Whitfield, 1995:412). Die sewe respondente wat onseker oor die beskikbaarheid van kontrasepsie het nie redes daarvoor verskaf. Die navorser het egter geen versekering of die respondente wel na die klinieke gegaan het om die kontrasepsie te probeer ontvang nie.



Figuur 4.14: Beskikbaarheid van kontrasepsie in klinieke

4.14 Tipes kontraseptiewe metodes wat voor swangerskap gebruik was (Vraag 11.2)

Alhoewel die meeste vroue 'n kontraseptiewe metode gebruik, (Yimin et al, 1997:15), raak hulle dikwels ongewensd as gevolg van die nie- korrekte gebruik van kontraseptiewe middels swanger (Jones, Darroch & Henshaw, 2002: 294 & Goto, Yasumara, Reich & Fukao, 2002: 1065). Dit is dus nie dat kontrasepsie nie gebruik word nie, maar dat dit nie korrek gedoen word nie. In hierdie studie is

ook bevind dat die respondente wel verskeie tipes kontrasepsie, gebruik het. Dit blyk dat kondome as kontraseptiewe metode, deur 72 (60%) van die respondente, in die studie gebruik is, alhoewel die mislukkingsyfer van kondome redelik (14%) in die eerste jaar van gebruik is (Theron & Grobler, 1998:13; vergelyk figuur 4.15).

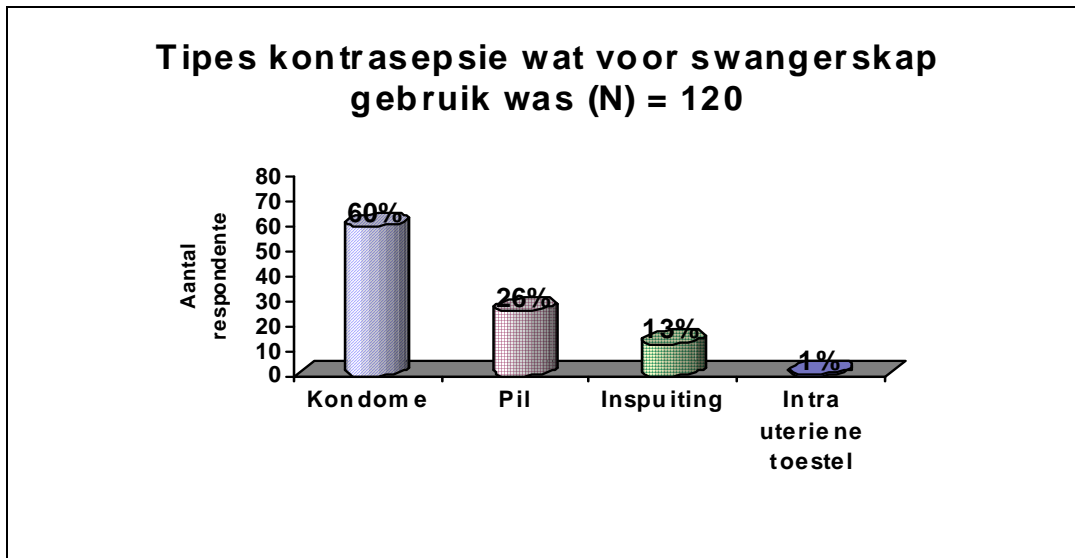
Ongeag die mislukkingsyfer en die skeptisme van kondome, gebruik baie vroue in hul reprodktiewe jare dië kontraseptiewe metode. Die skeptisme sluit onder die probleme wat gereedlik met kondoomgebruik gepaardgaan in soos die verlies van sensitiwiteit, die onaangename reuk sowel as die ongerieflikheid van die gebruik van die kontraseptiewe metode (Theron & Grobler,1998:13).

Ongeag die probleme wat deur vroue ondervind word, bestaan daar ook die feit dat die kondome kan afgly of tydens seksuele omgang kan bars (Alouini, Uzan, Meningaud & Herve, 2002: 43). In ooreenstemming met die literatuur is met dië navorsing bevind dat kondome die mees algemeenste kontraseptiewe middel was, ongeag die feit dat dit nie die betroubaarste kontraseptiewe metode is nie (vergeelyk figuur 4.15). Strydig met die 14% mislukkingsyfer soos deur Theron en Grobler (1998:13) aangedui, was die mislukkingsyfer van kontrasepsie in hierdie studie verdeel tussen twee hoofredes naamlik die oorskakeling na 'n ander kontraseptiewe metode (50%) en die ongereelde gebruik van kondome (50%).

Die mees betroubare kontraseptiewe metodes is die kontraseptiewe pil, inspuiting en die intra-uteriene toestel (Theron& Grobler, 1998:13). Onderskeidelik is die drie metodes deur 31(26 %), 16(13%) en 1(1%) van die respondente gebruik. Die korrekte gebruik van die kontraseptiewe metode laat egter groot rede vir kommer aangesien 40 (69%) respondente aangedui het dat hulle vergeet het om een tot drie en meer van die kontraseptiewe pille per siklus te neem (vergeelyk tabel 4.3).

Die gebruik van die kontraseptiewe inspuiting laat ook veel te wense oor aangesien 74 (62%) van die respondente wat wel die kontraseptiewe metode gebruik het, steeds swanger geraak het (vergeelyk figuur 4.16). Slegs een van die respondente in die studie het 'n intra-uteriene toestel gebruik.

Daar is egter bewys dat vroue voorkeur aan nie-hormonale kontrasepsie gee, as gevolg van die nuwe-effekte wat aan hormonale kontrasepsie verbonde is, al moet hulle betroubaarheid inboet (Cheung & Free, 2005: 426-431). As hulle alreeds aan die negatiewe effekte van hormonale kontrasepsie blootgestel was, sal hulle dit eerder staak of 'n kondoom gebruik, ten spyte van die mislukkingsyfer van kondome (Cheung & Free, 2005: 426 -431). Die nuwe-effekte verbonde aan hormonale kontrasepsie mag dus aanleiding gegee het tot die gebruik van kondome soos deur die respondente in die studie aangedui was.



Figuur 4.15: Tipes kontraseptiewe metodes wat voor swangerskap gebruik was.

4.15 Gebruik van die kontraseptiewe pil (Vraag 11.3)

Die noodsaaklikheid om die kontraseptiewe pil elke dag op 'n spesifieke tyd te neem, verhoog die effektiwiteit van diè kontraseptiewe metode. Dit is 'n erkende feit dat vroue vergeet om die kontraseptiewe pille elke dag op 'n spesifieke tyd te neem (Edelman et al, 2006: 53).

'n Vrou wat meer as een pil per siklus vergeet, word 2,6 keer meer aan die ontstaan van 'n ongewenste swangerskap blootgestel. Die kontraseptiewe pil is dus hoogs effektief teen die voorkoming van 'n swangerskap, indien dit korrek geneem word. Indien die pil korrek gebruik word, bestaan daar slegs 'n mislukkingsyfer van 0,5 per 100 vroue tydens die eerste jaar van gebruik (Guillebaud, 1997: 133). Die korrekte gebruik van kontrasepsie is dus 'n noodsaaklikheid as 'n ongewenste swangerskap vermy wil word.

In 'n studie oor die effektiewe gebruik van die kontraseptiewe pil het bevind dat 133 (89%) van die 150 kliënte wat terminasies van hul swangerskappe in 'n provinsiale hospitaal in Kaapstad versoek het, nie die pil effektief gebruik het. Hierdie vroue het verklaar dat alhoewel hulle die kontraseptiewe pil gebruik het, hulle een of meer van die pille oorgeslaan het. Dit dui dus duidelik op die feit dat indien die kontraseptiewe pil nie effektief gebruik word nie, dit wel tot 'n ongewenste swangerskap kan lei (Belfield, 2006: 14)

Ook in hierdiè studie is bevind dat 'n kommerwekkende 21 (69%) van die 31 respondente wat die kontraseptiewe pil oneffektief gebruik het, ongewens swangerskap geraak (vergelyk tabel 4.3). Dit wil dus voorkom asof die 10 (31%) respondente, wat aangedui het dat hulle elke dag hul pille geneem het, nie die ware feite weergegee het nie, aangesien die kontraseptiewe pil wel 'n betroubare kontraseptiewe metode is, mits dit korrek gebruik word.

Die hoë mislukkingsyfer kan nie wetenskaplik verklaar word nie, maar dit mag wees dat dië 10 vroue net nie wou herken dat hulle nie die pil korrek gebruik het nie.

Tabel 4.3 Die gebruik van die kontraseptiewe pil

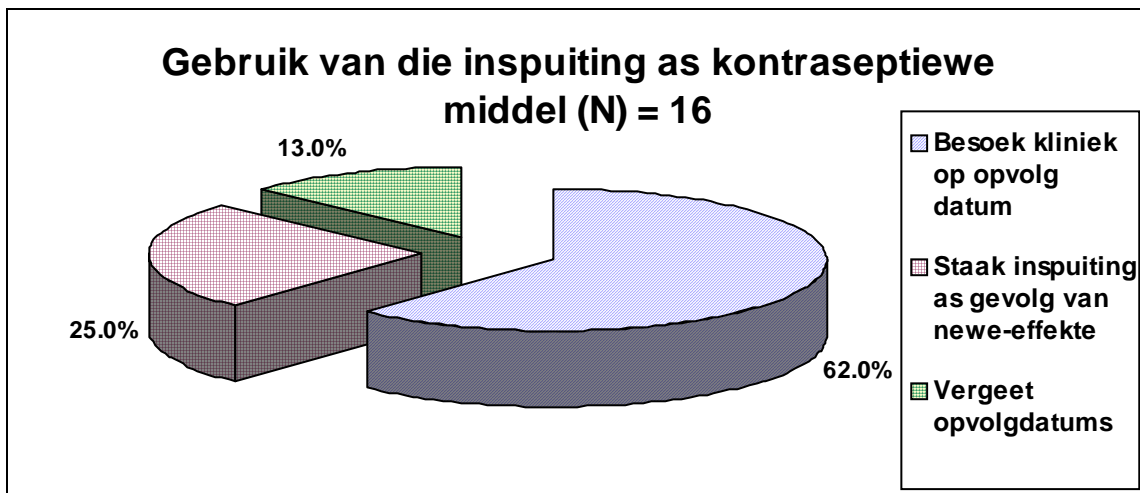
Manier van pil gebruik	Persentasie van respondente	Aantal respondente
Neem pille elke dag	31%	10
Vergeet om een pil te neem	19%	4
Vergeet om twee pille te neem	6%	1
Vergeet om drie pille te neem	6%	1
Vergeet om meer as drie pille te neem	38%	8
Totaal respondente wat vergeet het om pille te neem (een tot drie en meer pille per siklus)	69%	21
N = 31		

4.16 Die gebruik van die inspuiting as kontraseptiewe metode (Vraag 11.4)

Die kontraseptiewe inspuiting is een van die mees betroubare kontraseptiewe metodes. Die metode het 'n jaarlikse mislukkingsyfer van 0,3 % per elke 100 vroue in vergelyking met die mislukkingsyfer van 0,5 % per 100 vroue van sterilisasie (Jain, Jakimiuk, Bode, Ross & Kauvitz, 2004: 269).

Dit is reeds deur Balkus en Miller (2005: 395) bevind dat die mees algemene rede vir die staking van die kontraseptiewe inspuiting, die swak nakoming van opvolgafsprake is. Die navorsingsbevindinge het getoon dat 10 (62%) van die 16 respondente wat wel hierdie kontraseptiewe metode gebruik het, van mening was dat hul wel die kliniek vir die voorgeskrewe opvolgafsprake besoek het, maar steeds swanger geraak het. Daar bestaan egter 'n onsekerheid of die respondente wel die inspuiting op die spesifieke dag wat hulle veronderstel was om die opvolginspuiting te kry, ontvang het.

Die hoë mislukkingsyfer, as hul wel hul inspuitings op die korrekte dag ontvang het sal strydig wees met alle navorsingsbevindinge rakende die sukses van die kontraseptiewe inspuiting. Vier (25%) van die 16 respondente wat die kontraseptiewe metode gebruik het, het die inspuiting as gevolg van die newe-effekte daarvan, gestaak. Newe-effekte naamlik gewigstoename en onreëlmatige bloeding is die mees algemene newe-effekte wat met die gebruik van die middel, voorkom (Mangan, Larson & Hudson, 2002: 79) en wat tot die staking van die metode aanleiding gee.



Figuur 4.16 Gebruik van die inspuiting as kontraseptiewe middel

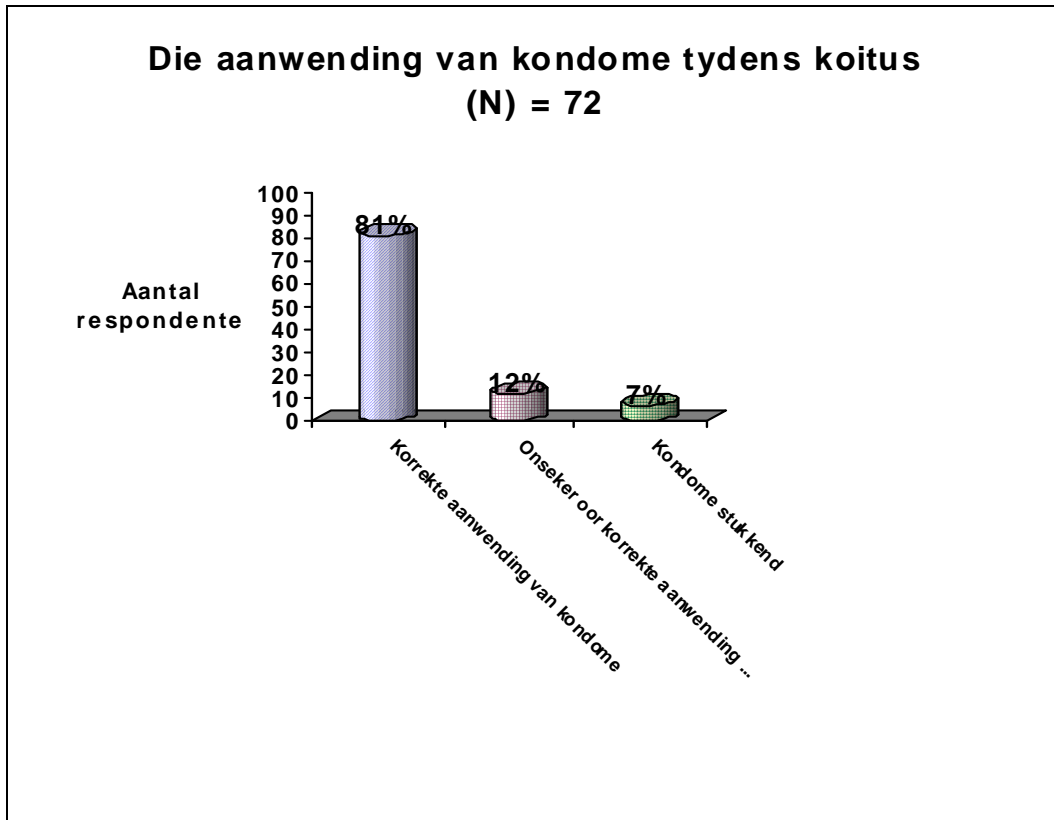
4.17 Die aanwending van kondome voor koïtus (Vraag 11.5)

Die korrekte aanwending van kondome kan die voorkoms van ongewenste swangerskappe aansienlik verminder. Die vrou het egter minimale beheer oor die gebruik van die manlike kondoom aangesien sy geen sekerheid het of die kondoom hoegenaamd korrek aangewend is nie, behalwe indien sy dit self aanwend. Aangesien sy dit in die meeste gevalle nie self aanwend nie, word sy meer blootgestel en is kwesbaar aangesien sy afhanklik is van 'n oorheersend manlike kontraseptiewe middel (Woodsong & Koo, 1999: 567).

Volgens die navorsingsbevindinge het 43 (60%) van die 72 respondente wat van kondome as kontraseptiewe middel gebruik gemaak het, ongewens swanger geraak (vergeelyk figuur 4.15).

Strydig met die literatuur is in hierdie studie bevind dat 58 (81%) van die 72 respondente wat kondome gebruik het wel seker was, dat die kondome op die korrekte manier tydens koitus, aangewend was. Slegs 9 (12%) van die 72 respondente was onseker oor die korrekte aanwending van die kondome, terwyl 5 (7%) wel gesê het dat die kondoom stukkend was (vergeelyk figuur 4.17).

Dit blyk egter of respondente nie bewus was dat die kondome stukkend was nie, of dat hulle nie wil erken dat hulle nie die kondome korrek tydens seksuele omgang gebruik het nie, aangesien die 58 respondente wat wel seker was oor die korrekte aanwending van die kondome, ook swanger geraak en 'n swangerskapsterminasie versoek het. Indien kondome korrek aangewend word, kan dit nie tot die mislukking van die kontraseptiewe metode in 58 (81%) van 72 respondente wat die metode gebruik het, aanleiding gee nie, ongeag die redelike mislukkingsyfer van 14% in die eerste jaar van gebruik.



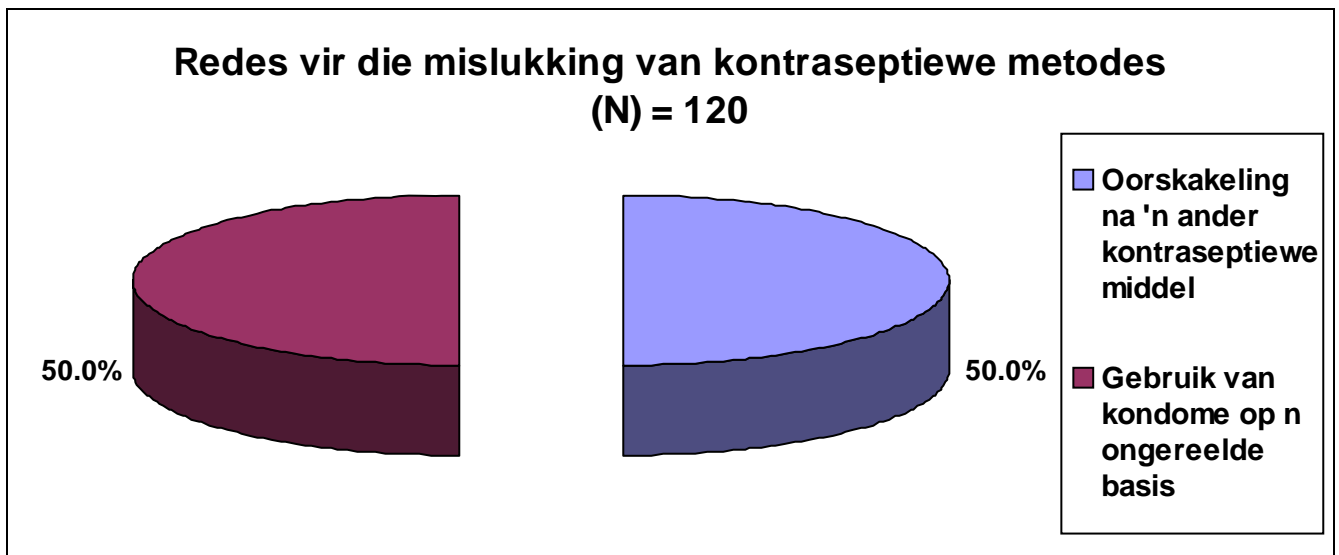
Figuur 4.17 Aanwending van die kondoom tydens koitus

4.18 Mislukking van kontraseptiewe metodes (Vraag 11.6)

Mislukking van kontraseptiewe metodes word gedefinieer as die voorkoms van 'n ongewenste swangerskap terwyl kontrasepsie gebruik word, hetsy dit oneffektief of effektief gebruik word (Wang, 2002: 173). Die normale vrou wat omkeerbare metodes van kontrasepsie ononderbroke, tussen die ouderdom van 15 tot 45 jaar gebruik, sal aan ten minste 1,8 persent van kontraseptiewe mislukking blootgestel word (Trussell, 2004: 89). Geen kontraseptiewe middel is 100% effektief nie, en die oneffektiewe gebruik van die middels, verhoog die mislukkingsyfer daarvan meer (Cheung & Free: 2005: 431).

In diè studie is bevind dat die respondente wel kontraseptiewe metodes, oneffektief gebruik het. Vyftig persent van die respondente het kondome op 'n ongereelde basis gebruik, terwyl die oorgeblewe helfte van die respondente na 'n ander kontraseptiewe metode oorgeskakel het, voordat hulle swanger geraak het (vergeelyk figuur 4.18). Teenstrydig dus met die navorsingsbevindinge wat reeds ten opsigte van die gebruik van kontraseptiewe metodes gemaak is. Dit wil egter voorkom of die respondente nie die ware feite weergegee het nie. Dit kan ook net 'n blote bewys wees dat die respondente nie kontrasepsie gebruik het nie, of dit dan nie korrek gebruik het nie.

Dit is reeds bewys dat die meeste ongewenste swangerskappe as gevolg van die wisselvallige en oneffektiewe gebruik van kontrasepsie, ontstaan (Jones et al, 2002:303). Die oorskakeling na 'n ander kontraseptiewe metode hou direk verband met die ontstaan van 'n ongewenste swangerskap, aangesien kliënte geen bykomende beskerming tydens die oorskakeling na 'n ander kontrasepsie middel gebruik nie (Goto et al, 2002: 1079), soos moontlik die geval in diè studie was .

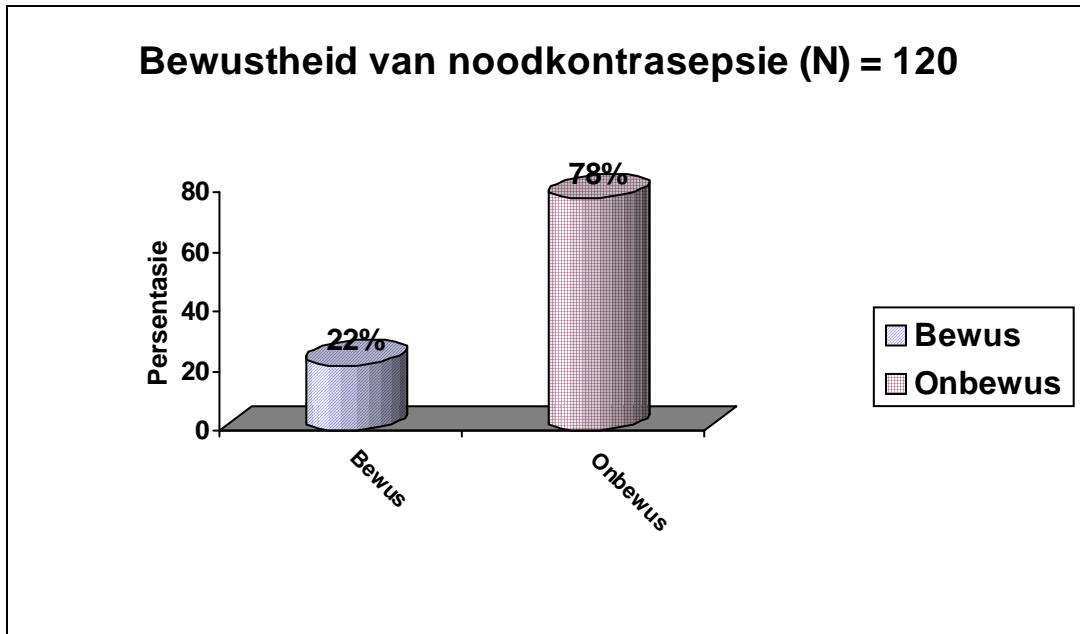


Figuur 4.18 Redes vir die mislukking van kontraseptiewe metodes

4.19 Die bewustheid van noodkontrasepsie (Vraag 12)

Noodkontrasepsie voorkom swangerskap en die gebruik en die verspreiding daarvan kan moontlike terminasies van swangerskappe verminder (Glasier, Hu, Cheng & Hua, 2005: 116). Dit is 'n hormonale, veilige en effektiewe kontraseptiewe metode, om 'n swangerskap na onbeskermd koitus, kontraseptiewe mislukking sowel as seksuele aanranding te voorkom. Die kontraseptiewe metode is slegs 'n hoër dosis van gekombineerde estrogeen en progestogeen, of die progestogeen- alleen pil. Noodkontrasepsie kan swangerskap met 75% verminder, afhangende van die regimen en die tydsfaktor van gebruik (Harrison, Polis, & Schaffer, 2005: 105).

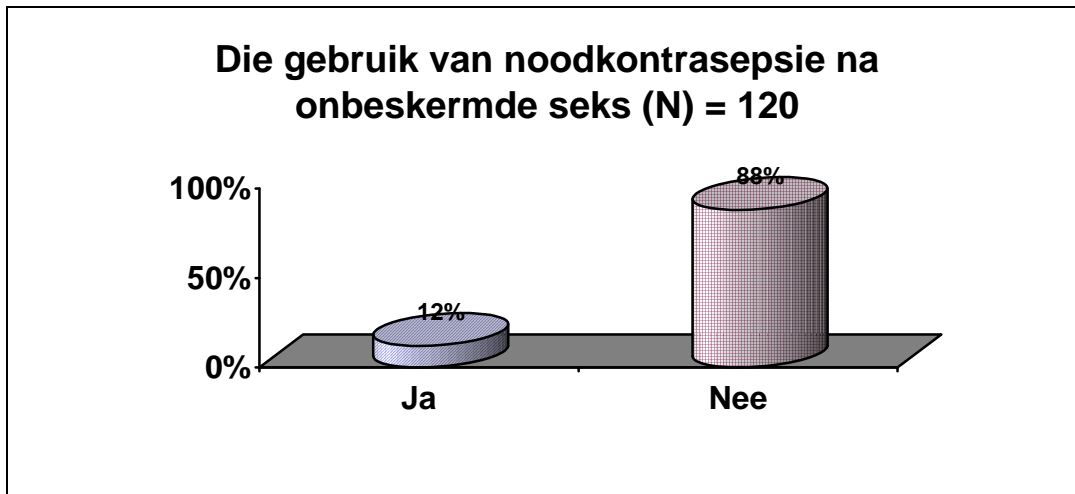
Uit figuur 4.20 toon dit duidelik dat slegs 26 (22%) van die respondente wel van noodkontrasepsie, bewus was. 'n Kommerwekkende 94 (78%) van die respondente was nie van die bestaan van noodkontrasepsie, bewus nie. Die feit dat die meerderheid respondente nie bewus van noodkontrasepsie was nie, kon dus die risiko vir die ontstaan van die ongewenste swangerskappe, verder verhoog het (Trussell, 2004: 89) en indirek tot die verhoogde aanvraag na terminasies aanleiding gee.



Figuur 4.19 Respondente se bewustheid van noodkontrasepsie

Twaalf persent dit wil sê 9 van die 26 respondente wat van die bestaan van noodkontrasepsie in hierdië studie bewus was, het wel aangedui dat hulle noodkontrasepsie na onbeskermdde koitus gebruik het. Die korrekte gebruik van die uiters betroubare kontraseptiewe middel is nie die navorsing bespreek nie, en kon moontlik tot die mislukking daarvan lei of die respondente kan dalk nie eerlik met die beantwoording van die vraag, net soos ander vrae rakende die gebruik van kontrasepsie wees nie.

Die oorgrote meerderheid, 106 (88%) respondente het nie noodkontrasepsie, na onbeskermdde koitus gebruik nie, wat toegeskryf kan word aan die feit dat 86 van die 106 respondente wat nie noodkontrasepsie na onbeskermdde koitus gebruik nie, oningelig oor die gebruik van die metode was (vergelyk tabel 4.4). Tien persent dit wil sê 11 van die 106 respondente wat nie noodkontrasepsie na onbeskermdde koitus gebruik het nie, was bewus van noodkontrasepsie. Daar bestaan egter nog steeds 'n verskil tussen die respondente wat bewus was van die bestaan van noodkontrasepsie en diegene wat dit gebruik het.



Figuur 4.20: Gebruik van noodkontrasepsie na onbeskermdde seks

Volgens Trussell (2004:89) is die meeste vroue oningelig ten opsigte van noodkontrasepsie en gebruik dit daarom nie. 'n Ander rede waarom dit nie gebruik word nie is omdat persone nie so gereedelik toegang daartoe het nie. In hierdie studie was 87 (82%) van die 106 respondente wat noodkontrasepsie na onbeskermdde koïtus gebruik het oningelig oor die gebruik daarvan, terwyl 5 (5%) van die 106 respondente wat nie noodkontrasepsie na onbeskermdde koïtus gebruik het nie, nie oor die finansies beskik het om noodkontrasepsie te koop nie aangesien die uitreiking van die kontraseptiewe middel by klinieke aan die respondente geweier was. In vyf persent dit wil sê 5 van die 106 respondente se gevalle was die klinieke reeds gesluit, en kon hulle dus nie noodkontrasepsie verkry nie (vergeelyk tabel 4.4). Ontoeganklikheid het dus ook hier 'n rol gespeel.

Die feit dat die respondente wel die noodkontrasepsie gebruik het en steeds weergee dat hulle nie daarvan ingelig was nie, bewys dat hulle nie die ware feite weergee het nie. Indien 87 respondente dit wel gebruik het en steeds swanger geraak het, is dit totaal teenstrydig met die suksesvolheid van die gebruik van noodkontrasepsie.

Onvoldoende inligting ten opsigte van die gebruik van noodkontrasepsie speel 'n rol in die gebruik daarvan soos gedemonstreer deur twee persent van die respondente wat van mening was dat slegs verkrachtingslagoffers toegang tot die middel mag hê. Vier (3) respondente het eers van die bestaan van noodkontrasepsie bewus geraak, nadat hulle reeds swanger was.

Slegs een van die respondente het nie gedink dat sy na onbeskermd koïtus swanger sal raak nie. Twee respondente het nie geweet dat hulle swanger was nie. Hul swangerskappe was reeds te vêr gevorder om noodkontrasepsie te gebruik, om die swangerskap te voorkom.

Tabel 4.4 Redes vir die nie-gebruik van noodkontrasepsie

Redes vir die nie-gebruik van noodkontrasepsie	Persentasie van respondente	Aantal respondente
1. Oningeligtheid oor gebruik van die metode	82%	87
2. Bewus van noodkontrasepsie geword na swanger geraak het	3%	4
3. Het aangeneem dat die slegs vir verkrachting slagoffers is	2%	2
4. Het nie gedink dat sy swanger sal raak nie	1%	1
5. Het nie die finansies gehad om dit by die apteek te koop nie en was uitreiking by die kliniek geweier.	5%	5
6. Het nie geweet dat sy swanger is nie.	2%	2
7. Die kliniek was gesluit.	5%	5
N = 106		

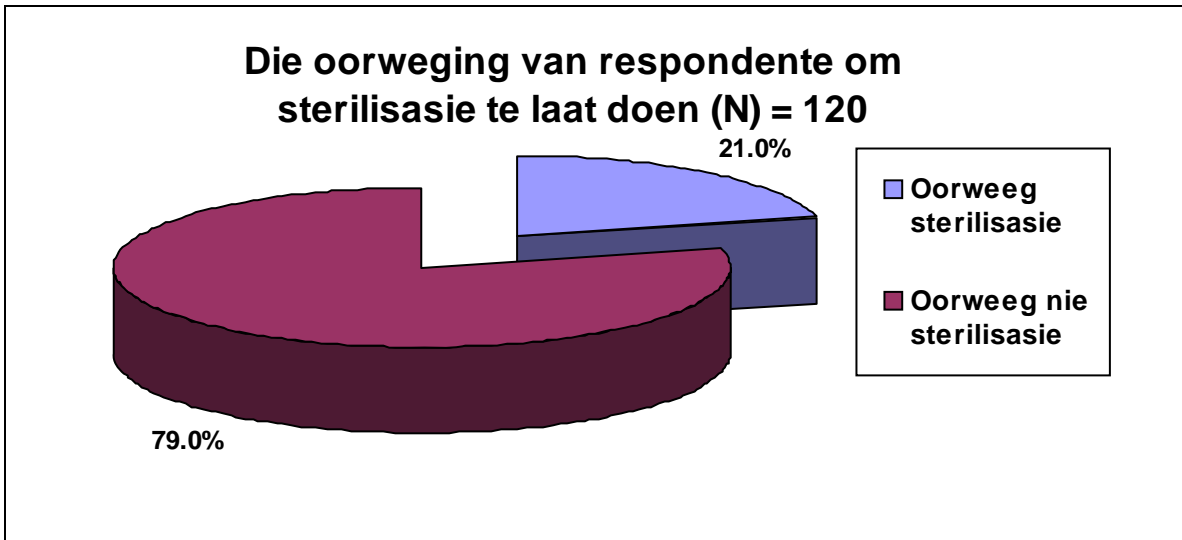
4.20 Die oorweging van sterilisasie as 'n kontraseptiewe metode (Vraag 13)

Chirurgiese sterilisasie van 'n vrou is 'n prosedure wat die permanente beëindiging van die reprodktiewe funksie ten doel het (Theron & Grobler 2000: 109). In hierdië studie is bevind dat die meerderheid van die respondente (79%) nie sterilisasie as 'n kontraseptiewe metode oorweeg het nie (vergelyk figuur 4.21).

Dit kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat 75 (63%) van die respondente nog nie lewende kinders tydens die uitvoer van die navorsingsprojek gehad het nie (vergelyk figuur 4.4).

Die feit dat 36 (30%) van die respondente wat 'n swangerskapsterminasie versoek het, tussen die ouderdom van 15-20 jaar was, kan ook bygedra het daartoe dat oorweging nie aan sterilisasie geskenk is nie, aangesien hulle nog jonk is en dus moontlike volgende swangerskappe oorweeg.

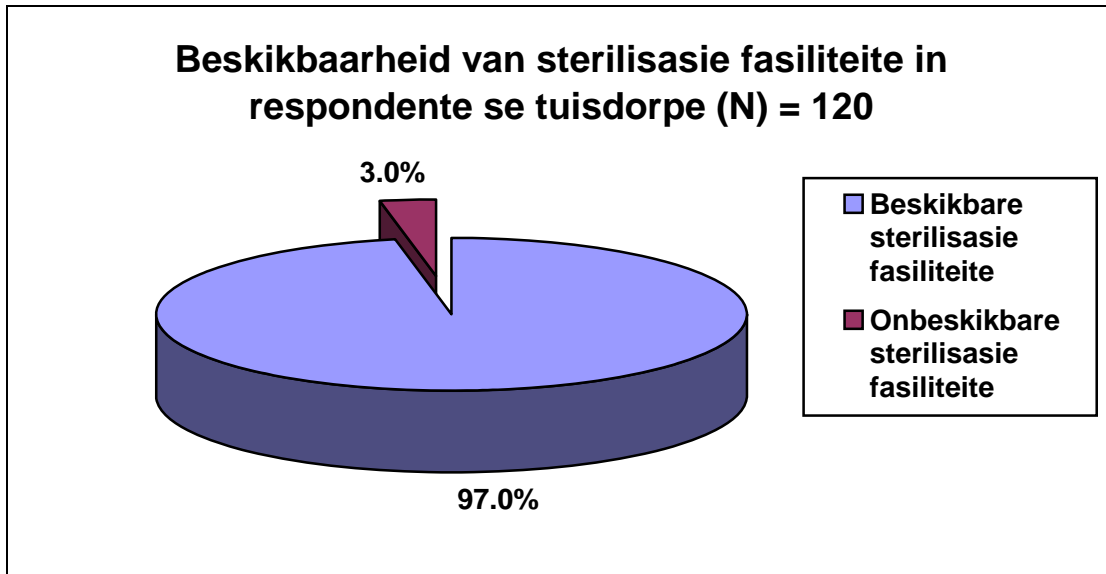
Uit figuur 4.21 blyk dit duidelik dat die oorgrote meerderheid van die respondente nie oorweeg om 'n sterilisasie te laat doen nie. Die respondente wil moontlik steeds kinders hê, maar as gevolg van die sosio-ekonomiese omstandighede wat as die mees algemene rede, vir die versoek van 'n terminasie aangevoer was, genoodsaak was om 'n terminasie te laat doen (Bianchi-Demicheli et al, 2003: 107). Die ouderdom van die 25 (21%) respondente wat wel sterilisasie oorweeg het, het meestal in die ouderdomsgroepe van 31 - 40 jaar (21 respondente) voorgekom terwyl vier van die respondente in die ouderdomsgroep 26 - 30 jaar ook aangedui het dat hulle sterilisasie oorweeg. Dië respondente het ten tye van die navorsing reeds twee lewende kinders gehad.



Figuur 4.21: Oorweging van respondente om sterilisasie te laat

Sterilisasie as 'n vorm van geboortebepanking is 'n gratis, vinnige, veilige en maklike prosedure, en kan in die meeste staatshospitale en sommige gemeenskapsorgsentrums gedoen word (Mittal, 2006: 56).

In hierdië studie toon 116 (97%) van die respondente aan dat hul wel die sterilisasie fasiliteite in hul tuisdorpe beskikbaar het. Slegs vier (3 %) respondente het nie sterilisasie fasiliteite in hul tuisdorpe nie (kyk figuur 4.22). Die beskikbaarheid en toeganklikheid van sterilisasiefasiliteite behoort na aanleiding van die navorsingsbevindinge nie problematies te wees, indien die respondente wel 'n sterilisasie sou oorweeg nie.



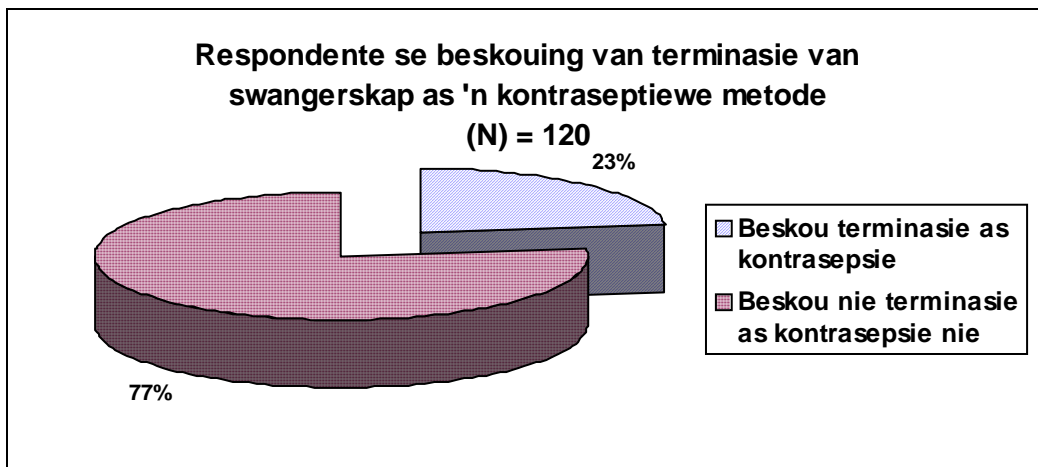
Figuur 4.22 Besikbaarheid van sterilisasie fasiliteite in die
respondente se tuisdorpe

4.21. Terminasie van swangerskap as 'n kontraseptiewe middel (Vraag 14)

Respondente in hierdie studie het wanneer hul die redes vir hul keuse tot terminasie moes weergee, nooit kontrasepsie as 'n rede aangevoer nie. Sosio-ekonomiese redes is deur 106 (89%) as hoofrede vir die terminasie aangevoer. Opvallend egter is die feit dat op die vraag of hulle terminasie van swangerskap as 'n metode van kontrasepsie beskou, het 28 (23%), ja geantwoord. Bykans 'n kwart van die respondente het dus terminasie van swangerskap as 'n kontraseptiewe metode beskou en daarom was hul heel moontlik nie gemotiveerd om 'n alternatiewe metode te gebruik ten einde 'n swangerskap te voorkom nie.

In die Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap, Wet 92 van 1996 is dit duidelik gestipuleer, **dat terminasie van swangerskap nie 'n vorm van kontrasepsie of bevolkingsbeheer is nie** (Theron & Grobler, 1998: 123).

Ongeag hierdie bepaling van die Wet is dit reeds deur 'n studie gedoen op 100 vroue wat swangerskapterminasies versoek het, bewys dat vroue wel terminasie van swangerskappe as 'n kontraseptiewe middel, beskou (Tancred, 2005: Rapport). Hierdie studiebevindinge is dus nie die uitsondering nie, maar stem ooreen met die opinies van ander vroue wat ongewens swanger raak.



Figuur 4.23: Die beskouing van terminasie van swangerskappe as 'n kontraseptiewe metode

Agt en twintig (23%) van die respondente in hierdië studie het ook terminasie van swangerskap as 'n kontraseptiewe middel, beskou en om daardie rede 'n terminasie laat doen (vergelyk figuur 4.23). Ter verduideliking van hul gebruik van terminasie van swangerskap as 'n kontraseptiewe metode, het die respondente die redes soos in tabel 4.5 weergee, aangevoer.

Tabel 4.5 Redes vir die beskouing van terminasie van swangerskap as 'n kontraseptiewe middel

Redes vir die beskouing van terminasie van swangerkap as 'n kontraseptiewe middel	Persentasie van respondente	Aantal respondente
1. Voorkom vordering van swangerskap	74%	21
2. Het dieselfde werking as kontrasepsie	15%	4
3. Help om swangerskap in problematiese tye te voorkom	11%	3
N = 28		

Een en twintig (74%) van die 28 respondente het aangedui dat die terminasie van swangerskap as 'n kontraseptiewe metode die vordering van swangerskap voorkom. Drie (11%) en vier (15%) van die 28 respondente het onderskeidelik verklaar dat terminasie van swangerskap dieselfde werking as kontrasepsie het en wel 'n swangerskap in problematiese tye kan voorkom (vergeelyk tabel 4.5). Hierdie 28 (23%) respondente het dus 'n terminasie uitsluitlik laat doen omdat hulle van mening was dat dit 'n aanvaarbare kontraseptiewe metode is.

Na aanleiding van die bevinding dat 28 (23%) respondente terminasie van swangerskappe as 'n kontraseptiewe metode beskou het, het die navorser die vraag aan die 92 (77%) respondente wat nie terminasie van swangerskap as 'n kontraseptiewe metode beskou het nie, herhaal. Die herhaling van die vraag aan die 92 (77%) respondente wat nie terminasie van swangerskap as 'n kontraseptiewe metode gebruik het nie was uitsluitlik om vas te stel of daar wel 'n vergelyking getref kon word met die redes wat deur die respondente in figuur 4.8.1 weergee was.

Die redes soos deur respondente bevestig word in tabel 4.6 weergee. Duidelik het die meerderheid van die respondente weer sosio-ekonomiese omstandighede as rede, vir hul besluit om hul swangerskappe te laat termineer, aangevoer, soos reeds in figuur 4.8.1 aangedui was.

Tabel 4.6 Redes vir die keuse om 'n terminasie van swangerskap te laat doen

Redes vir die keuse van terminasie swangerskappe	Persentasie van respondente	Aantal respondente
1. Voltooide gesin.	4%	4
2. Onvoldoende finansies.	27%	24
3. Studeer tans .	24%	22
4. Kontraseptiewe mislukking.	5%	4
5. Verhoudingsprobleme.	9%	8
6. Gebrek aan ondersteuning.	3%	3
7. Wil nie op die tyd stip 'n kind hê nie.	2%	2
8. Verkragting het plaasgevind.	1%	1
9. Gesondheidsprobleme.	1%	1
10. Te veel verantwoordelikhede.	3%	3
11. Onbeplande swangerskap.	6%	5
12. Nie gereed om nog 'n kind te hê nie.	1%	1
13. Buite egtelike verhouding.	5%	4
14. Enkel-ouerskap.	6%	5
15. Te besig om 'n jonger kind te versorg.	6%	5
N = 92		

Die redes wat in die tabel weergegee word het uitsluitlik betrekking op die respondente 92 (77%) wat nie terminasie van swangerskappe as 'n kontraseptiewe metode beskou het nie, maar ander redes vir hul besluit aangedui het. Weereens is dit duidelik dat die meeste van hierdie terminasies voorkom kon wees, indien kontrasepsie korrek of wel gebruik was. Dit blyk dus dat terminasie 'n uitkoms, wat in die plek van gereelde kontrasepsiegebruik gestel word, bied.

4.22 Gevoelens van die respondente toe hulle van hul swangerskappe verneem (Vraag 15)

Dit is begryplik dat die ontstaan van 'n swangerskap, al is dit onbeplan en ongewensd, 'n potensiële ernstige emosionele uitwerking op die swanger vrou kan hê (Theron & Grobler, 2000: 132). Die navorsingsbevindinge toon dat die respondente in die studietoë uiteenlopende gevoelens met die bewuswording van hul swangerskappe ervaar het.

Die gevoelens wat deur die respondente ervaar is toe hulle van hul swangerskappe bewus geword het, word in tabel 4.7 weergegee. 'n Gevoel van bangheid en angstigheid is deur 21 (18%) van die respondente ervaar, terwyl slegs een van die respondente 'n vreemde onbeskryflike gevoel ervaar het. Sewe respondente het positief oor die swangerskap gevoel maar strydig met die gevoel besluit om die swangerskap te laat termineer. Twee respondente het selfs aangedui dat hulle nie verbaas was om van die swangerskap bewus te word nie.

Tabel 4.7: Gevoelens van die respondente toe hulle verneem van hul swangerskappe

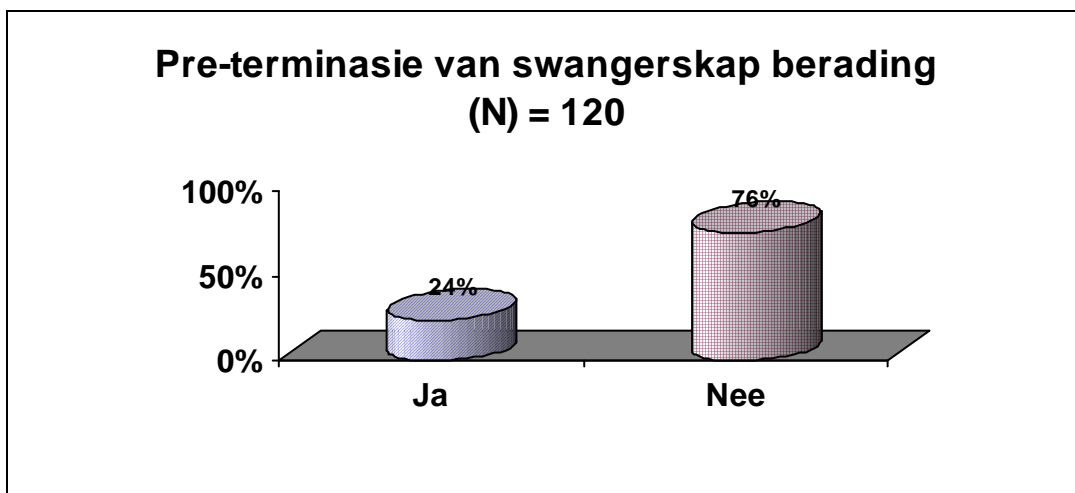
Reaksie	Persentasie van respondente	Aantal respondente
1. Bang / Angstig	18%	21
2. Pyn	7%	8
3. Sleg	15%	18
4. Teleurgesteld	13%	16
5. Stresvol	4%	5
6. Gedisorienteerd	8%	10
7. Positief	6%	7
8. Geskok	14%	17
9. Vreemde gevoel	1%	1
10. Ongelukkig	8%	10
11. Gefrusteerd	4%	5
12. Nie verbaas	2%	2
N = 120		

4.23 Pre-terminasie van swangerskap berading (Vraag 16)

Pre- terminasie van swangerskap berading is 'n groot verantwoordelikheid en uitdaging. Die uitdaging spruit gewoonlik voort uit die feit dat die berader persoonlike gevoelens teenoor terminasie van swangerskap kan hê, maar terselfdertyd moet sy / hy die krisis in die persoon wie die terminasie van swangerskap versoek, se lewe aanspreek.

Berading van 'n vrou wat 'n terminasie van swangerskap versoek, moet haar instaat stel om 'n ingeligte besluit, ten opsigte van haar keuse en alternatiewe keuses, te neem (Seber, 2006: 2). Sy moet ook openlik oor haar gevoelens kan praat en dit bespreek.

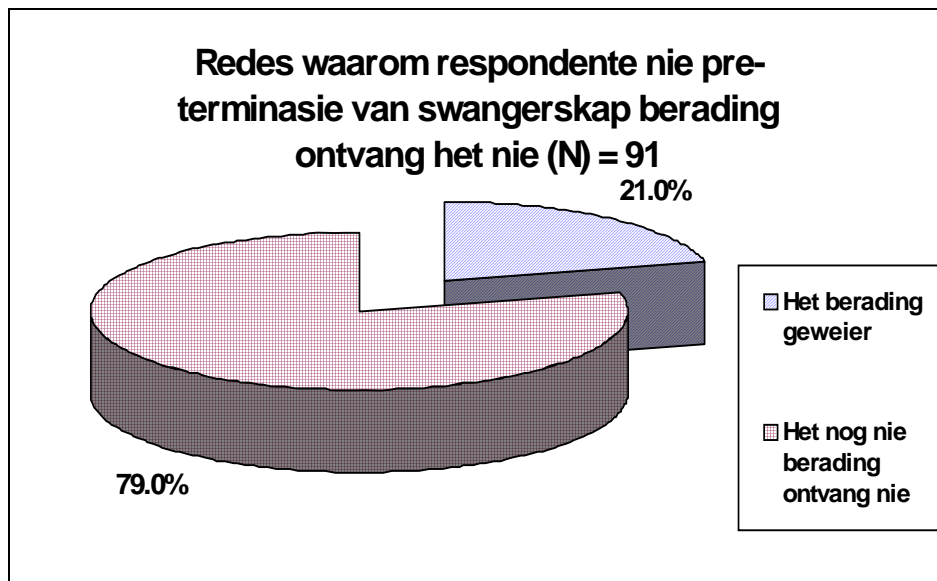
Die berader moet haar aanmoedig om vrae oor haar besluit sowel as die prosedure rakende die terminasie, te vra. Sy moet ingelig word ten opsigte van die komplikasies van die besluit wat sy neem, hetsy dit fisies of psigologies van aard is (Dickens & Cook, 2002: 55). In hierdië studie het 91 (76%) van die respondente nie pre-aborsie berading, ontvang nie (vergeelyk figuur 4.24).



Figuur 4.24: Ontvangs van pre-terminasie van swangerskap berading

Nege en twintig (21%) van die respondente het geweier om pre-aborsie berading te ontvang (vergelyk figuur 4.25). Weiering om pre-aborsie berading te ontvang kan grootliks toegeskryf word aan die kliënt se persoonlike konflikte met haar waarde sisteem, aangesien die besluit om 'n terminasie gewoonlik as gevolg van sosiale stigma en emosionele isolasie, geneem word (Millner & Hanks, 2002: 57). Die redes vir die weiering om pre-aborsie berading te ontvang is egter nie in die studie aangespreek nie.

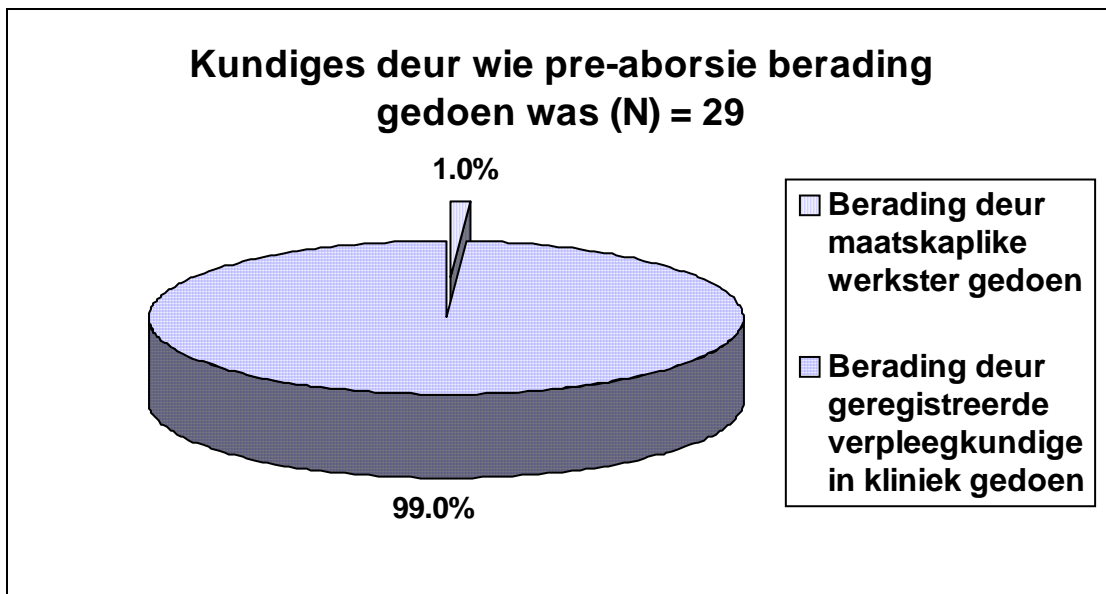
Dit het ook aan die lig gekom, dat die meeste van die respondente nog nie berading ontvang het, toe die navorser die onderhoude met hulle gevoer het nie (vergelyk figuur 4.25). Die verskynsel het vanweë die spesifieke tyd van die seleksie van die respondente voorgekom, aangesien die navorser nie beheer gehad het oor die werksverrigting van die terminasie-inrigtings nie.



Figuur 4.25: Redes waarom respondente nie pre- terminasie van swangerskap berading ontvang het nie

In 'n opleidingsprogram wat deur die regering, met die implementering van Wet 92 van 1996 geloods is, was geregistreeerde verpleegkundiges opgelei om veral die berading van die vroue wat terminasies versoek, te hanteer (Theron & Grobler, 2000: 128). Die beradingstrategie maak voorsiening, vir die uitklaring van waardes asook die alternatiewe opsies sowel as die terminasie van swangerskappe (Theron & Grobler, 2000: 128).

In hierdië studie is bevind dat 28 (99%) van die 29 respondente, wat wel berading ontvang het, die berading van die geregistreeerde verpleegkundiges in die inrigting waar die terminasies, gedoen was, soos deur die regering beplan, ontvang het (vergeelyk figuur 4.26). Slegs een respondent het aangedui dat sy berading van 'n maatskaplike werkster ontvang het.



Figuur 4.26: Kundiges deur wie berading gedoen was

4.24 Swangerskapsterminasie: Die prosedure (Vraag 17)

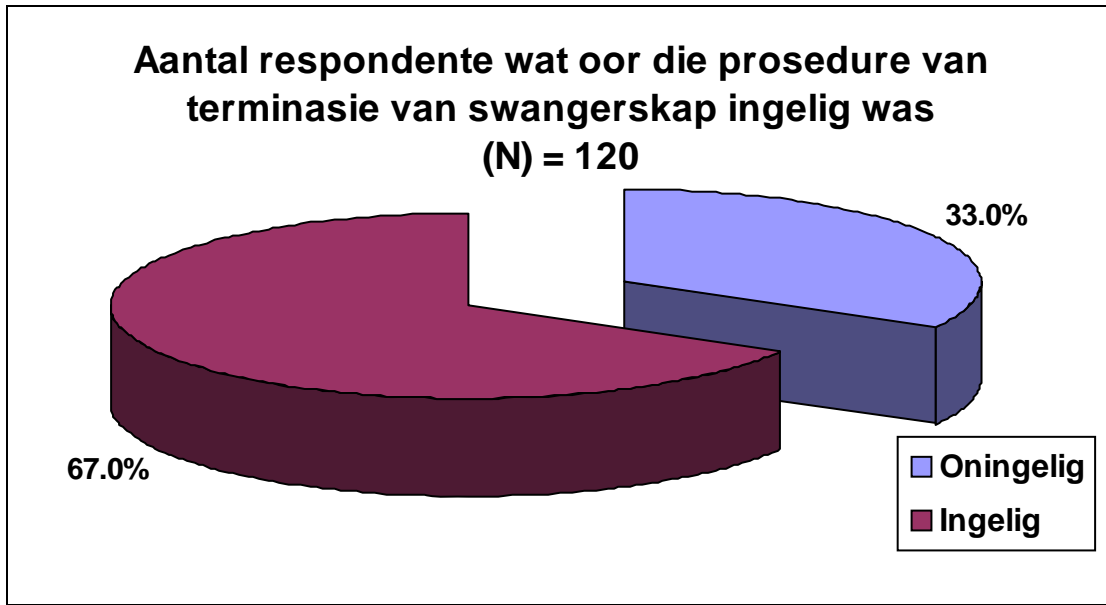
Die prosedure wat in die algemeen tydens die terminering van swangerskappe gevolg word, is manuele vakuüm aspirasie. Die prosedure is klinies bewys as 'n hoogs effektiewe prosedure, wat ook meer prakties en koste-effektief in gemeenskapsklinieke is (Koontz, 2003: 353).

In hierdië studie was 80 (67%) van die respondente van die prosedure wat tydens die terminering gevolg word, ingelig (vergelyk figuur 4.27).

Die beskrywing van die prosedure wat tydens die terminasie proses gevolg was het 'n spesifieke volgorde in al vier inrigtings aangeneem. Die respondente het aangedui dat hulle eerstens pille sou ontvang om die terminasie te induseer. Hulle moes dan observeer vir bloeding.

Hulle moes dan die volgende dag na die kliniek terugkeer vir post-terminasie sorg. 'n Manuele vakuüm aspirasie wat deur die respondente as 'skoonmaak van baarmoeder' beskryf was, word dan gedoen.

Die oorsprong van die beskrywing van die terminasie proses is nie deur die navorser vasgestel nie, aangesien die vraag uitsluitlik gevra was, om vas te stel of die respondente wel oor enige inligting rakende die prosedure wat tydens 'n terminasie gevolg word, beskik. Dit is ook bevind dat 40 (33%) van die respondente nie 'n beskrywing van die terminasie prosedure kon weergee nie, wat gedeeltelik toegeskryf kan word aan die feit dat slegs 29 van die respondente pre-aborsie berading ontvang het.



Figuur 4.27: Respondente wat oor die prosedure van terminasie ingelig was

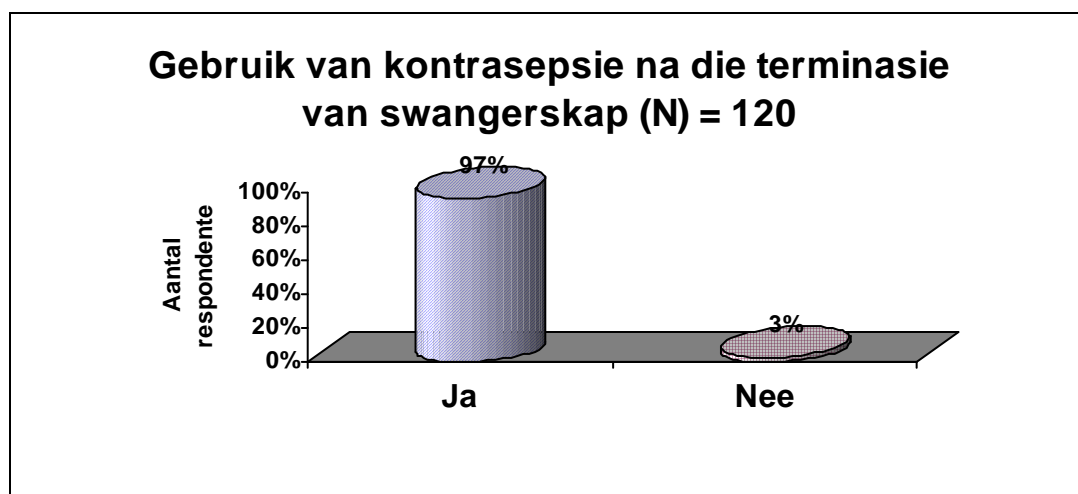
Die redes wat die 40 (33%) respondente aangevoer het as redes waarom hulle nie rakende die prosedure ingelig was, word in tabel 4.8 weergegee. Die meerderheid van die respondente het nog nie berading ontvang, toe die navorser die onderhoude gevoer het nie, wat moontlik tot oningeligtheid oor die prosedure kon lei (vergelyk figuur 4.25). Die redes wat in tabel 4.8 beskryf word het slegs betrekking op die respondente wat nie oor die prosedure van swangerskapsterminasie ingelig was nie.

Tabel 4.8 Redes deur respondente aangevoer waarom hulle oor die prosedure van swangerskapsterminasie nie ingelig was nie.

Redes van respondente vir oningeligtheid oor die prosedure van terminasie	Persentasie van respondente	Aantal respondente
1. Nog nie berading ontvang nie	58%	23
2. Was slegs deur beraders gevra oor hul keuse om 'n swangerskapsterminasie te hê	23%	9
3. Berading geweier	13%	5
4. Was slegs ingelig oor die risiko's van die prosedure	6%	2
N=40		

4. 25 Gebruik van kontrasepsie na terminasie van swangerskap (Vraag 18)

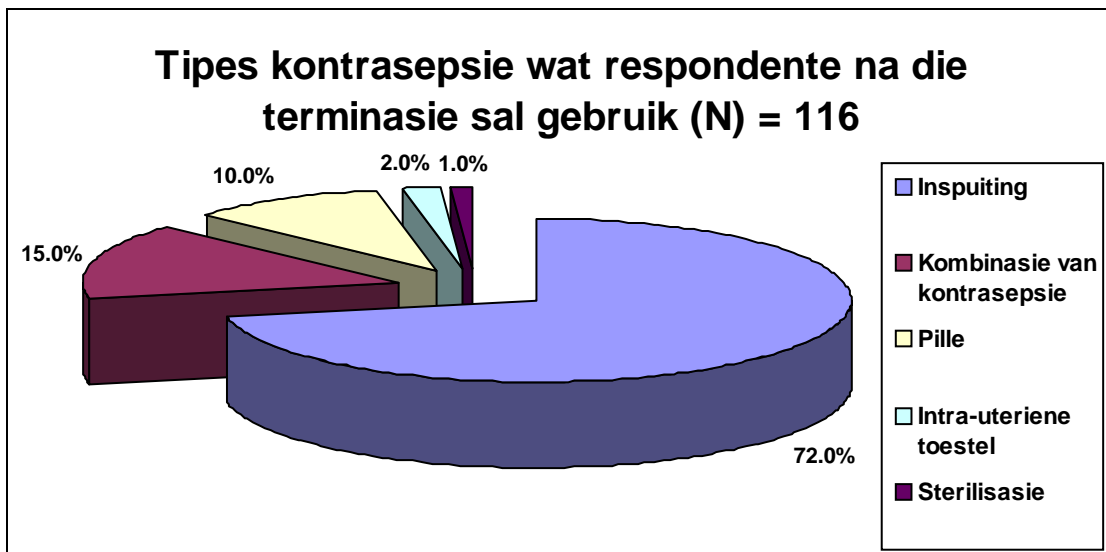
Bianchi-Demicheli et al (2003: 109) het in 'n studie oor die gebruik van kontrasepsie na swangerskapsterminasie bevind dat die oorgrote meerderheid van vroue wel kontrasepsie na 'n swangerskapsterminasie, gebruik. In hierdië studie is bevind dat 116 (97%) van die respondente wel van voorneme is, om kontrasepsie na hul swangerskapsterminasie, te gebruik. Die korrekte gebruik van kontrasepsie is egter steeds nie verseker nie.



Figuur 4.28 Gebruik van kontrasepsie na die swangerskapsterminasie

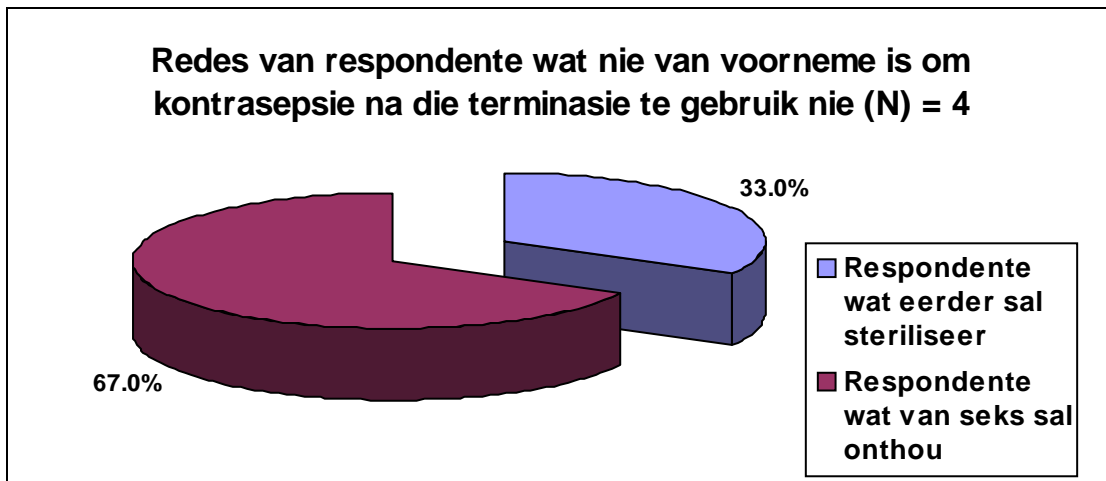
Die mees algemene kontraseptiewe metode wat deur vroue na 'n swangerskapsterminasie gebruik word, is die kontraseptiewe inspuiting en die pil (Bender & Geirsson, 2004: 481). Ses en tagtig (72%) van die respondente in hierdie studie was van voorneme om die kontraseptiewe inspuiting na die terminasie te gebruik (vergelyk figuur 4.29), terwyl slegs twaalf (10%) van voorneme is om die kontraseptiewe pil, na die terminering van swangerskappe te gebruik.

Agtien (15%) respondente is van voorneme om 'n kombinasie kontrasepsie middel te gebruik. Die kombinasie van kontrasepsie middele sluit die gebruik van 'n kondoom saammet 'n hormonale kontraseptiewe metode in. Dit blyk dat hulle probeer seker maak dat hulle nie weer ongewens swanger sal raak nie, net soos in die geval van 'n studie deur Kozinszky en Bartai (2004: 80) gedoen op 'n twee groepe vroue, waar die een groep wat 'n terminasie ondergaan het, na die terminasie eerder 'n kondoom saammet die kontraseptiewe pil gebruik het, om 'n verdere ongewenste swangerskap te voorkom. Die groep wat nie 'n swangerskapsterminasie ondergaan het nie, het aangedui dat hulle steeds net van 'n kondoom as 'n kontraseptiewe metode, gebruik sou maak.



Figuur 4.29: Tipes kontrasepsie wat respondente na die terminasie sal gebruik

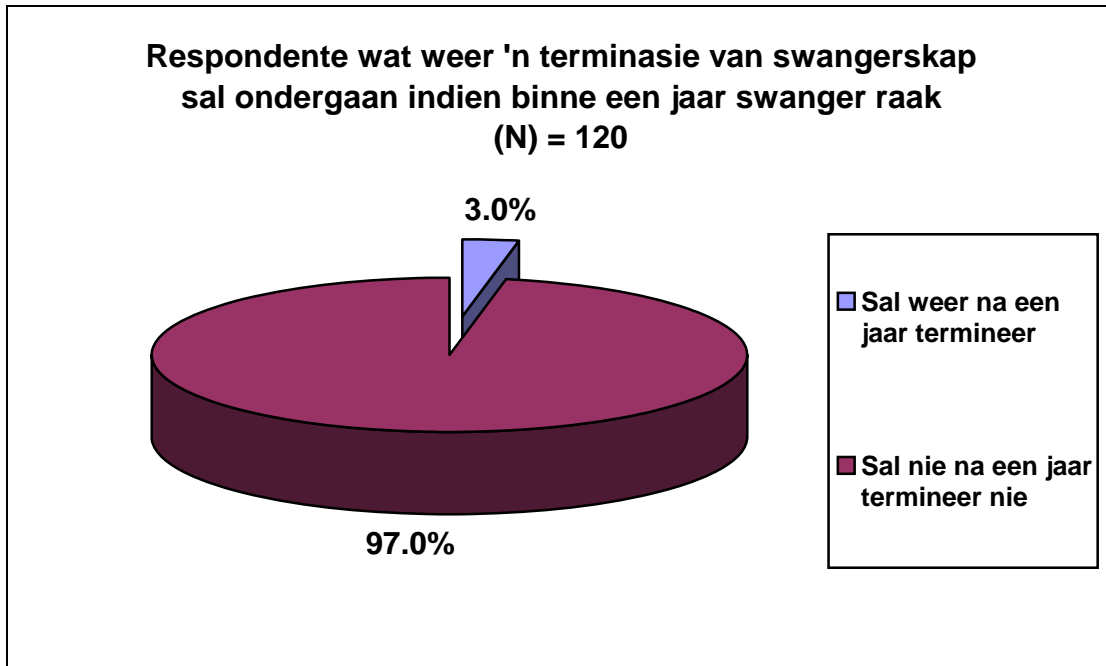
Vier (3%) respondente beplan om nie na die swangerskapsterminasie, kontrasepsie, te gebruik nie. Twee (67%) respondente is van mening dat hulle eerder van seks sal onthou en een (33%) sal 'n sterilisasie ondergaan, eerder as om kontrasepsie te gebruik (vergelyk figuur 4.30).



Figuur 4.30: Redes van respondente wat nie van voorneme is om kontrasepsie na die terminasie te gebruik nie.

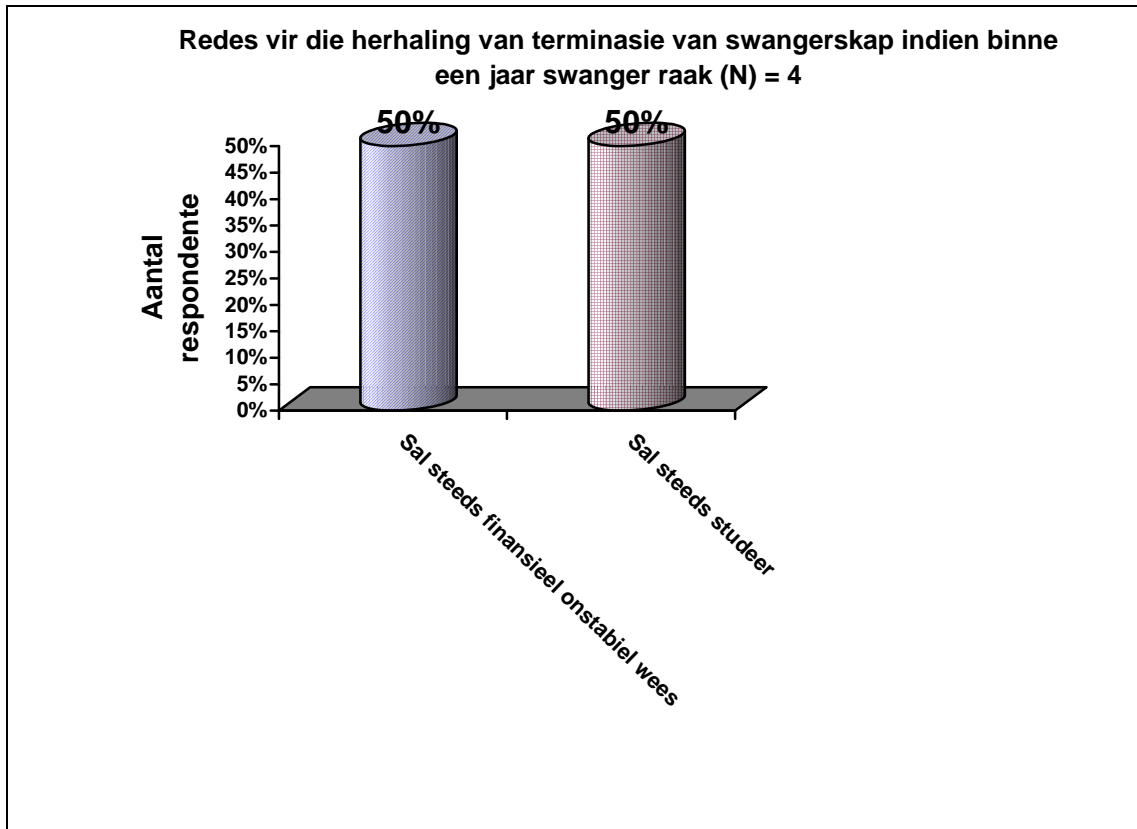
4.26. Terminering van 'n volgende swangerskap indien weer binne een jaar swanger raak (Vraag 19)

Volgens Alouini et al (2002: 43) kom die herhaling van 'n terminasie van swangerskap binne die volgende drie tot vier jaar na die eerste terminasie van swangerskap dikwels voor (vergelyk figuur 4.6). Vier (3%) van die respondente in hierdie studie is van mening dat hulle wel weer 'n terminasie van swangerskap sal ondergaan, indien hulle weer binne 'n jaar na die eerste terminasie van swangerskap, sal swanger raak (vergelyk figuur 4.31).



Figuur: 4:31 Respondente wat weer 'n terminasie sal ondergaan indien binne een jaar swanger raak

Die vier respondente (3%) wat weer 'n swangerskapsterminasie binne een jaar sal ondergaan is van mening dat hulle (2) dan steeds sal studeer en finansieël onstabiel (2) sal wees, indien hulle weer sou swanger raak. Kommerwekkend dat hulle dus van mening is om nie kontrasepsie ter voorkoming van 'n ongewensde swangerskap te gebruik nie (vergelyk figuur 4.32), maar wel weer 'n terminasie te ondergaan. Hul beskou dus beslis terminasie as 'n metode van kontrasepsie.



Figuur 4.32 Redes vir die herhaling van terminasie van swangerskap indien binne een jaar swanger raak.

In ooreenstemming met ander studies (Bianchi-Demicheli et al, 2003: 109) is 116 (97%) respondente van plan om nie weer 'n swangerskapsterminasie te ondergaan nie en hulle sal eerder kontrasepsie gebruik (vergelyk tabel 4.28) Die redes wat deur die 116 respondente wat nie van plan is om weer 'n swangerskapsterminasie te ondergaan nie, word in tabel 4.9 weergegee.

Tabel 4.9: Redes vir die nie-herhaling van 'n swangerskapsterminasie indien binne een jaar weer sou swanger raak.

Redes vir die nie-herhaling van 'n swangerskapsterminasie na een jaar	Persentasie respondente	van	Aantal respondente
1) Sal kontrasepsie gebruik	68%		79
2) Wil steriliseer	9%		10
3) Sal onthou van seks	1%		1
4) Te veel risiko's aan swangerskapsterminasie verbonde	9%		10
5) Moeilike besluit	2%		2
6) Ondervinding angsvol	2%		2
7) Sal verantwoordelikheid aanvaar	10%		12
N = 116			

4.27 Samevatting (Vraag 20)

Die besluit om 'n terminasie van 'n swangerskap te laat doen, word altyd gemotiveer, hetsy dit sosio-ekonomies van aard of slegs 'n ongewenste swangerskap is (Bianchi- Demicheli, 2003: 107). Die navorser het na aanleiding van die redes wat reeds deur verskeie ander navorsers onder andere Bianchi- Demicheli (2003: 107) en Uygur en Erkaya (2001: 211), aangevoer word, 'n lys van redes saamgestel, wat in die vraelys ingesluit was. Die respondente moes weergee of enige van die redes ook op hulle van toepassing is, sodat dit met die reeds bekende redes van vorige navorsers vergelyk kan word. Diè redes soos deur die respondente weergegee word in tabel 4.10 beskryf.

Tabel 4.10: Toepassing van die redes vir terminasie van swangerskap op respondente

Redes vir die terminasie van swangerskappe	Persentasie van respondente	Aantal respondente
1. Ek is nie nou gereed om 'n kind te hê nie.	53%	64
2. Ek is werkloos.	69%	83
3. Ek beskik oor te min finansies.	92%	110
4. Ek wil nie 'n enkel-ouer wees nie.	61%	73
5. Ek wil nie my seksuele aktiwiteit bekend maak nie.	4%	5
6. Ek wil nie nou al gebind wees nie.	39%	47
7. Ek wil nie kontrasepsie gebruik nie.	0%	0
8. Ek het gedink ek sal nie so maklik swanger raak nie.	4%	5
9. My ouers dring aan op 'n terminasie.	1%	1
10. Ek was onbewus van die bestaan van terminasie van swangerskap sou ek swanger raak.	0%	0
11. Ek het geglo dat maagde nie kan swanger raak nie.	29%	35
12. Ek weet dat abortsies beskikbaar is sou ek swanger raak.	30%	36
13. Ander	5%	6
N = 120		

Tabel 4.7 weerspieël baie duidelik die feit dat in hierdie studie 110 (92%) van respondente van mening was dat hul finansieël nie instaat sou wees om 'n baba te versorg nie, 89 (69%) werkloos was, en 70 (58%) nie nou 'n kind wou hê nie. Die feit dat niemand teen die gebruik van kontrasepsie was nie, maar wel seksueel aktief was en die moontlikheid van 'n swangerskap moes voorsien, is beslis kommerwekkend.

Absolute onkunde soos die feit dat 36 (30%) respondente van mening was dat indien hul maagde was, hul nie kan swanger raak nie, is onrusbarend. Vir 36 (30%) respondente was die beskikbaarheid van swangerskapsterminasies 'n oplossing.

Die bevinding word weerspieël in die feit dat 28 respondente reeds erken het dat hulle wel swangerskapsterminasie as 'n metode van kontrasepsie beskou (vergelyk figuur 4.23).

Dit is strydig met wet 92 van 1996, want as 'n persoon van mening is dat daar 'n "maklike" oplossing vir 'n ongewenste swangerskap is, sal die motivering om dit te voorkom heel moontlik na die mening van die navorser ontbreek. Terminasies met die gevolglike emosionele en fisieke implikasies wat dit inhou sal en kan in groot getalle voortgaan.

Die hoofstuk bevat die resultate en interpretasie van die data wat deur die navorser tydens die data insameling verkry was. Die aanbevelings ten opsigte van die navorsingsbevindinge word volledig in die volgende hoofstuk bespreek.

Hoofstuk 5

Gevolgtrekkings en Aanbevelings

5.1 Inleiding

Op grond van die resultate wat tesame met die data-interpretasie breedvoerig in die voorafgaande hoofstuk bespreek is, word die volgende gevolgtrekkings en aanbevelings nou gemaak.

5.2. Seksuele voorligting

5.2.1 Gevolgtrekking

Seksuele voorligting is die grondslag vir die ontwikkeling van intieme verhoudings tussen mans en vroue. Die voorligting behels die oordra van kennis oor die anatomie en fisiologie van reproduksie, wat 'n persoon in staat sal stel om die aanvang van seksuele aktiwiteit, veral op 'n jong ouderdom, uit te stel. Die moontlike gevolge van seksuele aktiwiteit, soos byvoorbeeld ongewenste swangerskappe wat tot swangerskapterminasies kan lei, kan dus afgeweer word (Black et al, 2005: 235).

Die navorsingsresultate het aangedui dat vroue in die populasie wat deur die steekproef verteenwoordig is, op 'n jong ouderdom in seksuele aktiwiteite betrokke raak. Vyf en dertig (30%) van die vroue wat terminasies van swangerskappe versoek het, het in die ouderdomsgroep van 15-20 jaar geval (vergelyk figuur 4.1), terwyl, 22% (26) van die vroue nog skoolgegaan het (vergelyk figuur 4.2).

Die meerderheid van die respondente (119) het egter aangedui dat hulle wel seksuele voorligting ontvang het, tog het hulle ongewens swanger geraak.

5.2.1 Aanbeveling

Seksuele voorligting is noodsaaklik maar slegs die effektiewe benutting van die inligting sal menige vroue toerus om voorsorgmaatreëls te tref teen die gevolge van seksuele aktiwiteit op 'n vroeë ouderdom (Hlahle, 1998: 36). Die navorser is van mening dat seksuele voorligting slegs effektief sal wees indien maatreëls vir die toepassing ten opsigte daarvan in skole aan leerders oorgedra word.

Die klem in seksuele voorligting wat in skole gegee word behoort, op die uitstel van seksuele aktiwiteit gelê te word, wat moontlik tot die voorkoming van ongewenste swangerskappe sal meehelp. Opvoeders van Lewensoriëntering in skole moet oor genoegsame kennis rakende die voorkoming van swangerskap by wyse van onthouding asook die gebruik van kontraseptiewe middels beskik. Opleidings instansies moet dus rakende hierdie navorsingsresultate ingelig word. Die navorser sal hierdie aangeleentheid met die Hoof van Opvoedkunde by die Universiteit van die Vrystaat opneem ten einde 'n plan van aksie daar te stel.

5.3. Die effektiewe gebruik van kontrasepsie

5.3.1. Gevolgtrekking

Die **korrekte gebruik van kontrasepsie** is uiters noodsaaklik, aangesien dit 'n belangrike rol ten opsigte van die sukses daarvan speel. Aangesien geen kontraseptiewe metode eenhonderd persent effektief is nie (Cheung & Free, 2005:431), is dit belangrik om vroue in te lig oor die korrekte gebruiksmatreëls van die middele. Dit is reeds bewys dat die wisselvallige en nie korrekte gebruik van die voorbehoedmiddels tot die meeste ongewenste swangerskappe lei (Jones et al; 2002:303), soos dit in die studie klaarblyklik die geval was.

Die **beskikbaarheid van kontraseptiewe middels** is 'n integrale aspek in die effektiewe gebruik daarvan. Die navorser het met die studie gevind dat die oorgrote meerderheid (75%), naamlik negentig respondente wel vrye toegang tot kontraseptiewe middels, wat by klinieke beskikbaar is, gehad het. Alhoewel die onsekerhede en redes vir die onbeskikbaarheid van kontraseptiewe middels vir die res van die respondente nie in die studie aangespreek is nie, kon die onbeskikbaarheid van kontraseptiewe middels moontlik aanleiding gegee het tot die ontstaan van ongewenste swangerskappe.

Kliënte mag na ander fasiliteite verwys word om toegang tot die volgende metodes te hê:

- 1) Intra-uteriene toestelle wat aanbeveel word vir vroue met 'n lae risiko vir seksueel oordraagbare siektes.
- 2) Vroulike en manlike sterilisasie moet beskikbaar wees vir paartjies wat wel seker is dat hulle nie meer kinders wil hê nie.
- 3) Natuurlike gesinsbeplanning vir paartjies wat in dié metode belangstel en verwys sal word na 'n gespesialiseerde natuurlike gesinsbeplanningsberader om hulle oor natuurlike gesinsbeplanning in te lig (Suid-Afrika, Nasionale Beleid vir Kontrasepsie Riglyne, 1998).

Opvolgbesoeke is 'n ander belangrike aspek wat deur gesondheidsorgwerkers beklemtoon moet word om die effektiewe gebruik van kontrasepsie te bevorder. Die mees algemene rede vir die staking van veral die kontraseptiewe inspuiting is die swak nakoming van opvolgafsprake (Balkus & Miller, 2005: 395). Die navorsing het egter bevind dat tien uit die sestien respondente wat van mening was dat hulle wel die klinieke vir hul opvolgafsprake besoek het, steeds swanger geraak het.

5.3.2 Aanbeveling

Die **korrekte gebruik van kontrasepsie** sal die mislukking van die middele aansienlik verlaag, wat tot minder ongewenste swangerskappe sal lei. Die inligting ten opsigte van die korrekte gebruiksmatreëls behoort aan die gebruiker verskaf te word deur die gesondheidsorgwerker in die klinieke waar kontraseptiewe middels voorsien word, deur byvoorbeeld gesondheidsvoorligting sessies met gebruikers van dieselfde ouderdom te hou. Geskrewe uitdeelsukke kan ook help om inligting oor korrekte gebruiksmatreëls aan die gebruiker te verskaf.

Die navorser sal in samewerking met die gesondheidsorgwerkers in die klinieke waar kontraseptiewe middels in die Vrystaat verskaf word, 'n inligtingstuk ontwerp wat byvoorbeeld op kennisgewingsborde in wagkamers geplaas kan word, om kliënte oor die **besikbaarheid van elke tipe kontraseptiewe middel** in die betrokke diens in te lig.

Die nakoming van opvolgbesoeke om 'n ongewenste swangerskap te voorkom is ook 'n uiters belangrike aspek wat aangespreek moet word. Seksuele voorligting en korrekte en effektiewe kontrasepsie gebruik moet dus in skole en tydens gesondheidsorgvoorligting sessies by gesondheidsorgfasiliteite aangespreek word

5.4 Die voorkoming van ongewenste swangerskappe

5.4.1 Gevolgtrekking

Die navorser is van mening dat die **voorkoming van ongewenste swangerskappe** een van die belangrikste faktore wat tot 'n afname in swangerskapsterminasies sal lei, is. Die voorkoming van ongewenste swangerskappe sal die beskouing van terminasie as kontrasepsie, soos deur die navorsingsbevindinge bevestig was (vergelyk figuur 4.23) uit die weg ruim, aangesien die klem vir die voorkoming van ongewenste swangerskappe uitsluitlik op onthouding en die effektiewe gebruik van kontrasepsie sal wees.

Dit blyk vanuit die navorsingsbevindinge dat een van die belangrikste redes vir die hoë insidensie van terminasies, deelnemers se persepsie is dat terminasie 'n vorm van kontrasepsie is. Strydig dus met wat die bepaling van die wet 92 van 1996 aandui blyk dit dat daar nie erns bestaan om 'n swangerskap te voorkom nie, omdat dit relatief maklik is om 'n ongewenste swangerskap te termineer.

5.4.2 Aanbeveling

Die navorser is reeds van mening om haar bevindinge met die Hoof van Opvoedkunde by die Universiteit van die Vrystaat te bespreek, ten einde 'n plan van aksie daar te stel (vergelyk aanbeveling 5.2.1). Skoliere is 'n groot gedeelte van die dag in aanraking met hul opvoeders en die ideale manier om inligting rakende die voorkoming van ongewenste swangerskappe te versprei en oor te dra is om die Opvoeders van Lewensoriëntering aan skoliere aktief te betrek. Die inligting sal die skoliere in staat stel om ingeligte keuses ten opsigte van die uitstel van seksuele aktiwiteite te maak om die voorkoming van ongewenste swangerskappe te bewerkstellig (Black et al, 2005:253).

5.5 Ondersteuning van ouers en familie

5.5.1 Gevolgtrekking

Die ondersteuning van familie en selfs vriende is uiters belangrik wanneer vroue die besluit neem om 'n swangerskapterminasie te laat doen (Mlanga, 2003: 125). Die navorsingsbevindinge het egter bevestig dat 77 respondente nie hul seksmaat (vergelyk figuur 4.9) en 92 nie hul ouers oor hul besluit ingelig het nie (vergelyk figuur 4.11). Hul familie en seksmaats kon hul dus geen ondersteuning bied nie, aangesien hulle nie van die besluit geweet het nie. Die gebrek aan ondersteuning van familie en vriende kan tot psigologiese komplikasies lei (Bennett, 2004: Intyds), aangesien die vrou alleen die gevolge van die terminasie moet verwerk.

5.5.2 Aanbeveling

Die berader werkzaam in die kliniek waar die terminasie van swangerskap plaasvind, moet tydens die pre-terminasieberading die vroue wat van voorneme is om 'n terminasie te laat doen, ondersteun en hulle die keuse laat om hul seksmaats of familie oor die besluit in te lig, maar hulle moet die belang van ondersteuning aan vroue beklemtoon.

Dit is dan die plig van die berader in die swangerskapsterminasie inrigting om die belang van ondersteuning te beklemtoon, sodat die vroue wat die terminasie versoek, 'n ingeligte besluit kan neem rakende wie van haar ondersteuningsbronne sy in haar vertrouwe vir haar voorgenome terminasie gaan neem. Die navorser sal die belang hiervan in haar aanbevelings na die hoofde van klinieke beklemtoon.

5.6 Berading oor terminasie van swangerskap

5.6.1 Gevolgtrekking

Terminasie-van-swangerskapberading stel 'n vrou in staat om 'n ingeligte besluit ten opsigte 'n terminasie, sowel as om alternatiewe keuses, te maak (Seber, 2006: 2). Dit is die berader se taak om die vrou rakende haar besluit, die proses daaraan verbonde, die persone daarby betrokke, die onmiddellike en langtermyn-komplikasies, sowel as alternatiewe keuses in te lig (Dickens & Cook, 2002: 55).

Die navorsingsbevindinge het aangedui dat die meeste van die respondente nog nie berading ontvang het toe die navorser onderhoude met hulle gevoer het nie, terwyl nege en twintig van die respondente geweier het om berading te ontvang. Die weiering van berading was 'n faktor wat die respondente van die keuse om 'n ingeligte besluit te neem, ontnem het. Aan die ander kant het die respondente wat wel berading ontvang het, egter aangedui dat die berading hulle nie van hul besluit om 'n terminasie te laat doen, laat afsien het nie.

5.6.2 Aanbeveling

Die berading van vroue wat terminasie van swangerskappe versoek behoort deel te vorm van die proses van swangerskapsterminasie. Die berader in die kliniek waar die terminasie uitgevoer word, moet dus oor sekere persoonlikheidseienskappe beskik. Hulle moet met die korrekte houding, empatie, simpatie, sinvolle kommunikasie en goeie interpersoonlike vaardighede die berading van 'n vrou wat 'n terminasie versoek, kan behartig (Seber, 2006: 2).

Geregistreeerde verpleegkundiges is reeds in die opleidingsprogram wat deur die regering ingestel is, met die implementering van Wet 92 van 1996, opgelei om die berading van vroue wat terminasies versoek, te hanteer (Theron & Grobler, 2000:128), tog blyk dit duidelik vanuit die hierdie navorsing dat sommige kliënte nie werklik berading ontvang het nie.

Beradingstrategieë kan moontlik ondersoek word om die werklike impak daarvan op die kliënt waar te neem. Indiensopleiding van die huidige beraders om effektiewe berading aan vroue wat terminasies versoek, te voorsien behoort gedoen te word. Indiensopleiding kan moontlik ook as verbetering van die opleidingsprogram wat deur die regering met die inwerkingstelling van Wet 92 van 1996, geloods is, dien.

5.7 Aanbevelings vir verdere navorsing

Op grond van die navorsingsbevindinge word die volgende vir verdere navorsing aanbeveel.

5.7.1) Die berading vir die vrou wat 'n terminasie van swangerskap versoek.

Die navorsingsbevindinge het bevestig dat een en negentig respondente nie pre-terminasie-van-swangerskapberading ontvang het nie. Ongeag die weiering van nege en twintig respondente om berading te ontvang, bly die berading die belangrikste aspek in die proses van terminasie. Berading moet 'n vrou wat 'n swangerskap wil laat termineer, in staat stel om 'n ingeligte besluit ten opsigte van haar keuse te maak, en alternatiewe voorhou (Seber, 2006: 2). 'n Omvattende studie oor die berading van vroue in klinieke waar terminasies gedoen word, sal bepaal watter beradingstrategieë gebruik behoort te word en of alle aspekte wel aangespreek word wanneer die vrou berading ontvang.

5.7.2) Terminasie as 'n metode van kontrasepsie.

Die navorser het met die studie bevind dat vier van die respondente die inrigting waar terminasies gedoen word, reeds vir 'n tweede terminasie besoek (vergelyk figuur 4.6). Die respondente het aangedui dat die onverantwoordelike gebruik van kontraseptiewe middels en die gevolglike mislukking daarvan die rede vir die herhaling van die terminasie van swangerskap is. Die respondente was ook van mening dat hulle weer 'n terminasie van swangerskap sal ondergaan indien hulle weer binne 'n jaar na die eerste terminasie van swangerskap sou swanger raak.

Die bevinding is kommerwekkend, aangesien die respondente nie van voorneme is om kontrasepsie ter voorkoming van 'n ongewenste swangerskap toe te pas nie, maar eerder 'n terminasie te ondergaan (vergelyk figuur 4.32). Die respondente in hierdie studie terminasie van swangerskap as 'n kontraseptiewe metode beskou en om daardie rede 'n terminasie laat doen het, noodsaak 'n ondersoek. Die Wet stipuleer tog duidelik dat **terminasie van swangerskap nie 'n vorm van kontrasepsie of bevolkingsbeheer is nie.**

5.7.3) Die psigologiese welstand van vroue wat swangerskapterminasies versoek.

Terminasie van swangerskap is 'n traumatiese ervaring is en die traumatiese reaksies op terminasie van swangerskap word dikwels nie erken nie, aangesien baie vroue verwag dat die besluit wat hulle neem verligting na 'n ongewenste swangerskap sal bring (Bennett, 2004: Intyds). Die trauma verbonde aan swangerskapterminasie begin dus reeds met die aanvang van die swangerskap, wat moontlik ook die geval met die respondente in die studie was.

Die feit dat die respondente verskillende gevoelens, wat oorweldigend negatief was, soos skok, ongelukkigheid, pyn, stres en frustrasie ervaar het, noodsaak die psigologiese evaluering van die welstand van vroue wat swangerskapterminasies versoek, aangesien die besluit om 'n terminasie te laat doen, gewoonlik as in 'n toestand van emosionele isolasie geneem word (Millner & Hanks, 2002: 57).

5.8 Beperkinge van die studie

Die tipe steekproeftrekking, 'n gerieflikheidsseleksie, kon daartoe bygedra het dat nie alle deelnemers reeds berading ontvang het, voordat onderhoude met hulle gevoer was nie. Dit mag moontlik wees dat die steekproeftrekking vroeg in die oggende plaasgevind het.

Die feit dat terminasie van swangerskap 'n redelik kontroversiële onderwerp is, en data deur middel van gestruktureerde onderhoude gevoer is, mag moontlik daartoe aanleiding gegee het dat deelnemers nie altyd eerlik in al hul antwoorde was nie.

Vanweë die taalspesifikasie was 'n oorgrote meerderheid van die kliënte wat terminasies versoek het van die studie uitgesluit, aangesien hulle slegs Sotho of Xhosa magtig was.

5.9 Slotopmerking

Die navorsingsresultate toon duidelik dat die aanhef tot die Wet 92 van 1996 naamlik **“In geloof dat die beëindiging van swangerskap nie 'n tipe voorbehoeding of bevolkingsbeheer is nie”** (Suid-Afrika. Wet op die Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap 1996: 1303) slegs 'n mite geword het.

Kliënte beskou terminasie as 'n uitweg om van 'n ongewenste swangerskap ontslae te raak en respondente het dus daarom nie kontrasepsie gebruik of dit effektief gebruik nie. Die blyk dus dat een van die belangrikste redes vir die hoë insidensie van terminasies die beskouing van terminasie as 'n metode van kontrasepsie is net soos onlangs bevestig deur die televisie program, Special Assignment (2006: Uitsending).

OPSOMMING

Die redes vir die hoë Insidensie van terminasie van swangerskappe in die Vrystaat

Christelle Mei

Studieleier: Dr. L. Roets

Die Wet op die Keuse van die Beëindiging van Swangerskap, Wet 2 van 1996, stel dit duidelik dat **terminasie van swangerskap nie 'n vorm van kontrasepsie of bevolkingsbeheer is nie**, dog die wet stel enige vrou in staat om gedurende die eerste 12 weke van swangerskap om 'n swangerskapterminasie te versoek sonder enige vrae of beperkings. Na aanleiding van die statistieke van terminasie van swangerskappe van die Departement van Gesondheid in die Vrystaat was daar 'n aansienlike toename in terminasie van swangerskappe na die implementering van Wet 2 van 1996.

Die veronderstelling was dat terminasie van swangerskappe slegs volgens wetlike voorskrifte gedoen moes word, en nie bloot om van ongewenste swangerskappe ontslae te raak en dus as metode van kontrasepsie beskou te word nie. Die aansienlike toename wat die statistieke van swangerskap=terminasie toon dui moontlik daarop dat terminasie van swangerskap 'n gevolg van ongewenste swangerskappe is. Die navorser het na aanleiding van dië waarneming ondersoek na die redes vir die hoë voorkoms van terminasie van swangerskappe ingestel.

Die doelstelling van die studie was om die redes vir die hoë insidensie van terminasie van swangerskappe in die Vrystaat te ondersoek.

Die doelwitte wat tydens die studie nagestreef is, was om :

- 1) die moontlike redes vir ongewenste swangerskappe te identifiseer, en
- 2) die moontlike redes vir die terminasie van swangerskappe te identifiseer.

Die navorsing het 'n beskrywende ontwerp tydens die studie gebruik aangesien die klem op 'n indiepte beskrywing van 'n spesifieke groep individue val.

Data is deur middel van gestruktureerde onderhoude aan die hand van 'n vraelys ingesamel. Die deelnemers was kliënte wat inrigtings in die Vrystaat waar terminasies plaasvind, besoek, met die doel om 'n swangerskap te laat termineer. Die data is ingesamel by drie inrigtings in die Vrystaat waar die meeste terminasie van swangerskappe plaasvind. Drie terminasie-inrigtings is doelgerig geselekteer. Die kliënte wat aan die navorsingsprojek deelgeneem het, is deur middel van 'n gerieflikheidseleksie geselekteer.

Die data-ontleding is deur die Departement Biostatistiek aan die Universiteit van die Vrystaat gedoen. Beskrywende statistiek, naamlik gemiddeldes en standaardafwykings of mediane en persentiele vir kontinue data en frekwensies en persentasies vir kategorieese data is bereken. Die kodering van die vraelyste is deur die navorser gedoen en die data is deur middel van tabelle en figure uitgebeeld.

Die gevolgtrekking waartoe die navorser gekom het, is dat vroue wat swangerskapterminasies versoek wel die beskouing het dat swangerskap terminasie 'n metode van kontrasepsie is. Sosio-ekonomiese redes is deur die meerderheid (89%) van die respondente as motivering vir hul versoek tot terminasie van swangerskap aangevoer en die voorkoming van dië swangerskappe kan dus tot 'n afname in die terminasieversoeke lei.

Na aanleiding van die resultate en data-interpretasie is aanbevelings rakende moontlike maatreëls om die afname in terminasie van swangerskappe te bewerkstellig, gemaak. Die navorser het aanbevelings ten opsigte van die volgende aspekte van die navorsingsbevindinge gemaak:

- 1) seksuele voorligting,
- 2) die effektiewe gebruik van kontrasepsie,
- 3) die voorkoming van swangerskapsterminasies,
- 3) ondersteuning van ouers en familie in die besluit van terminasie, en
- 4) berading oor terminasie van swangerskap.

Aanbevelings ten opsigte van verdere navorsing wat met die resultate en data-interpretasie onder die navorser se aandag gekom het, is ook bespreek. Verdere navorsing moet hoofsaaklik op berading, herhaling van swangerskapsterminasies en die psigologiese welstand van die diene wat 'n terminasie versoek, fokus.

SUMMARY

Reasons for the high incidence of termination of pregnancy in the Free State

Christelle Mei

Facilitator: Dr. L. Roets

The Choice on Termination Act , No 92 of 1996 determine the circumstances in which and conditions under which the pregnancy of a woman may be terminated; **believing that termination of pregnancy is not a form of contraception or population control.** The act however grand women permission to terminated their pregnancies during the first 12 weeks of the gestation period, solely on her request and without reason. According to the statistics of termination of pregnancy of the Department of Health in the Free State an enormous increase in termination of pregnancies were noted after the implementation of the Act, No 92 of 1996.

The believe for the practice of termination of pregnancies was that it should be done only according to the provisions of the Act, and under no circumstances as a form of contraception or to rid unwanted pregnancies. The enormous increase in the statistics of termination of pregnancies might therefore be seen as a consequence of unwanted pregnancies. The researcher thus decided due to this observation to launch an investigation to clarify the reasons leading to the increase in termination of pregnancies.

The aim of the study was to identify the reasons for the high incidence of termination of pregnancies in the Free State.

The objectives of the study was to identify:

- 1) the possible reasons for unwanted pregnancies
- 2) the possible reasons for termination of pregnancies.

The researcher used a descriptive design as it provided an accurate portrayal of the characteristics of a particular group in a real life situation.

Data was obtained by individual structured interviews directed by the researcher by using a questionnaire. The participants in the study consisted only of clients visiting the termination clinics requesting a termination. The data was obtained in three of the institutions in the Free State rendering termination services. The institutions was selected purposively, though the participants were conveniently selected.

The data-analysis was conducted by the Biostatistics department at the University of the Free State. Explanatory data, namely frequencies and percentages for categorical variables and medians and percentages for continuous variables, have been determined. The coding of the questionnaires was done by the researcher and the data was presented by using tables and figures.

The researcher's conclusion is thus that women whom request termination of pregnancies use their terminations as a form of contraception, which is forbidden by the Act, No 92 of 1996. The majority of the participants in this study however named socioeconomic reasons for their decision to have a termination. The prevention of pregnancy might decrease requests for termination of pregnancies.

According to the data-analysis and conclusions, recommendations were made to increase the incidence of termination of pregnancies. Specific recommendations regarding the following aspects of the research findings were made:

- 1) sexual education,
- 2) the effective use of contraception,
- 3) the prevention of termination of pregnancies,
- 3) support of parents and family in the decision to have a termination, and
- 4) counselling.

Recommendations regarding ongoing research according to the data-analysis and conclusions were made and focuses primarily on counselling, repeated termination of pregnancies and the psychological condition of women whom request termination of pregnancies.

BRONNELYS

- Adanlawo, M. & Moodley, J. 1999. *Demography and Social profile of women requesting termination of pregnancy in King Edward VIII Hospital*. South African Journal of Epidemiology and Infection, 14(4):99-102.
- Althaus, F.A. 2000. *Work in Progress: The Expansion of Access to Abortion Services in South Africa following legalization*. International Family Planning Perspectives, 26(2):84-86.
- Alouini, S., Uzan, M., Meningaud, J.P. & Herve, C. 2002. *Knowledge about contraception in women undergoing repeat voluntary abortions and means of prevention*. European Journal of Obstetrics & Gynaecology & Reproductive Biology, 104(1):43
- Anderson, K.N. 2000. *Mosby's Medical Nursing and Allied Health Dictionary*. Mosby: St. Louis.
- Audet, M.C. & Moreau, M. & Koltun, W.D. & Waldbaum, A.S. & ShawGold, G. & Fisher, A.C. & Greasy, G.W. 2001. *Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs an oral contraceptive: a randomized trial*. JAMA, 285(18):2347-2354.
- Audu, B.M., Yahya, S.J & Bassi, A. 2006. *Knowledge, attitude and practice of natural family planning methods in a population with poor utilisation of modern contraceptives*. Journal of Obstetrics and Gynecology, 26(5):555-560.
- Babbie, E. 1999. *The Basics of Social Research*. Wadsworth Publishing Company: Belmont
- Balkus, J. & Miller, L. 2005. *Same day administration of depo-medroxyprogesterone acetate injection: a chart review*. Contraception, 71(5):395-398.
- Beekle, A.T. & McCabe, C. 2006. *Awareness and determinants of family planning practice in Jimma: Ethiopia*. International Nursing Review, 53(4):266-276.
- Belfield, T. 2006. *Frequently asked Questions on oral contraception*. Practice Nurse, 32(1):14-15.
- Bender, S.S. & Geirsson, R.J. 2004. *Effectiveness of pre-abortion counselling on post-abortion contraception use*. Contraception, 69(6):481-487.
- Benderev, T.V. 2005. *Vasectomy: Top 10 Questions & Answers*. [Online]: Available from: <<http://www.vasectomy.com/ArticleDetail.asp?ArticleId=4&DoctorId=>[Accessed on : 5 December 2005].

- Bennett, N. 2004. *The role of the Second victim: Abortion and Trauma*.
 [Online]:Available from:<http://www.litnet.co.za/youngwriters/nini_bennett_e.asp.
 [Assessed on:11 August 2005].
- Bezuidenhout, H. Dr., 2006. Bestuurder: onderrig en Leer. *Goedgekeurde Taalversorger aan die Universiteit van die Vrystaat*.
- Bianchi-Demicheli, F., Perrin, E., Bianchi, P.G., Dumont, P., Ludicke, F. & Campana, A. 2003. *Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study*. *Contraception*, 67(2)107.
- Black, C., McGough, P., Bigrigg, A. & Throw, C. 2005. *What do clients of a young peoples sexual health service recall about their sex education programme*. *European Journal of Contraception & Reproductive Healthcare*, 10(4):235-243.
- Blaxter, L., Hughes, C. & Tight, M. 2001. *How to Research: Second Edition*. Open University Press: Buckingham.
- Bless, C. & Higson-Smith, C. 2000. *Fundamentals of Social Research Methods: An African Perspective*. Juta: Lansdowne.
- Blincoe, A. 2005. *The health benefits of breastfeeding for mothers*. *British Journal of Midwifery*, 13(6): 398-401.
- Botha, L. 2003. *Suiweringsgesprek met Maatskaplike werkster van die Kerklike Maatskaplike Dienste op 28 April 2003, Bloemfontein*.
- Botes, F. 1997. *VS het die tweede hoogste aborsiesyfer in SA*. *Bloemnuus*, 29 Oktober 1997.1
- Breitbart, V. 2000. *Counselling for medical abortion*. *American Journal of Obstetrics and gynecology*, 183(2):26-33.
- Broen, A.N., Moum, T., Bodtker, A.S. & Ekeberg, O. 2005. *Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective two-year follow-up study*. *General Hospital Psychiatry*, 27(1):36-43.
- Burns, N. & Grove, S.K. 2005. *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique & Utilization*. W.B.Saunders Company: Philadelphia
- Cerel-Suhl, S. & Yeager, B.F. 1999. *Update on Oral Contraceptive Pill*.
 [Online]:< <http://www.afp.org/afp/991101ap/2073.html>>.[Assessed on: 24 November 2005].

Che, Y., Zhou, N., Goa, E. & Olsen, J. 2001. *Induced abortion and prematurity in a subsequent pregnancy : a study in Shanghai*. Journal of Obstetrics & Gynecology, 21(3): 270-273.

Cheung, E. & Free, C. 2005. *Factors influencing young women's decision making regarding hormonal contraceptives: a qualitative study*. Contraception, 71(6):426-431.

Cilliers, G. 2002. *Suiweringsgesprek met ginekoloog werksaam by die Departement Obstetrie en Ginekologie aan die Universiteit van die Vrystaat op 5 November 2002*, Bloemfontein.

Cleland, J. & Ali, M. 2006. Sexual abstinence, contraception, and condom use by young African women: a secondary analysis of survey data. Lancet, 368(9549): 1788-1793.

Coffman, S. 2001. *Bowel injury as a complication of induced abortion: a case report and literature review*. American Surgeon, 67(10):924-926.

Coliver, S. 1995. *The right to know: Human rights and access to reproductive health information*. Pennsylvania Press: United Kingdom.

Combes, P., Gaillard, M., Pellet, J. & Demongeot, J. 2004. *A Score for measurement of the role of social vulnerability in decisions on abortion*. European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductivity Biology, 117(1):93-101.

Connell, E.B. 1999. *Contraception in the pre-pill era*. Contraception, 59:7S-103S.

Creasy, R.K. 1997. *Management of Labor and Delivery*. Blackwell Sciences: U.S.A

Cronje, H.S & Grobler, C.J.F. 2003. *Obstetrics in South Africa*. Van Schaik: Pretoria.

Cruywagen, T. & Jooste, D. 1997. *Abortion Services in the Netherlands*. Barometer, Reproductive Rights Alliance, 1(1):1

Daling, J. & Malone, K. 1994. *Risk of Breast cancer among young women: relationship to induced abortion*. Journal of the National Cancer Institute, 86:1584-1592.

Daiminger, A. & Bäder, U & Enders, G. 2005. *Pre-and periconceptional primary cytomegalovirus infection: risk of vertical transmission and congenital*. International Journal of Obstetrics & Gynecology, 112:166.

Davis-Floyd, R. 2003. *Lithotomy Position: Description and Official Rationale*. [Online]:< <http://www.birthing.naturally.net/barp/lithotomy.html#top>. [Assessed on: 8 Desember 2005].

De Pinho, H. & Hoffman, M. 1998. *Termination of Pregnancy- understanding the new act*. CME, 16(8) 786-790.

Diaz, S. & Zepeda, A. & Maturana, X. & Reyes, M.V. & Miranda, P. & Casado, M.E. & Peralta, O. & Croxatto, H.B. 1997. *Fertility Regulation in nursing women. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns, during use of progesterone vaginal rings, progestin-only-pills, Norplant implants, and Copper T 380-A intrauterine devices*. Contraception, 56(4):223-232.

Dickens, B.M. & Cook, R.J. 2003. *Human rights dynamics of Abortion law reform*. Human Rights quarterly, 25(1):59.

Dickson-Tetteh, K. & Billing, B.L. 2002. *Abortion Care Services provided by Registered Midwives in South-Africa*. International Family Planning Perspectives, 28(3):144.

Dietz, G. & Brandrup-Lukanow, A. 1993. *Maternal Health and Family Planning: A handbook for Health and Family Planning Projects*. Macmillan: London.

Dirckx, J.H. 1997. *Stedman's Concise Medical & Allied Health Dictionary*. Williams & Willkins: Baltimore.

Dresser, R. 2005. *Professionals, Conformity and Conscience*. Hasting Center report, 35(6):9-10.

Du Preez, J.P. 1999. *Misoprostol in Swangerskap*. Obstetrie en Ginekologie Forum, 9(1): 17-21.

Edelman, A.B., Gallo, M.F. & Jensen, J.T. 2006. *Review 6 RCT's show similar efficacy and safety for continuous dosing and 28 day combination pills*. Evidence based Medicine, 11(2):53.

Ellie, L. 2003. *Tensions in the Regulation of Abortion in Britain*. Journal of Law and Society, 30(4):532-553.

El-Tagy, A. & Sakr, E. & Sokal, D.C & Issa, A.H. 2003. *Safety and acceptability of post-abortual IUD insertion and the importance of counselling*. Contraception, 67(3):229-234.

Engelbrecht, M.C. & Van Rensburg, H.C.J. 2000. *The implementation of the Termination of Pregnancy Act; some emperical findings: research article*. Curationis, 23(2): 4-14.

Ergaz, Z. & Ornoy, B. 2005. *Parvovirus B12 in Pregnancy*. Reproductive Toxicology, 21(4):421-435.

- Falk, G. & Falk, L. & Hanson, U. & Milson, I. 2001. *Young women requesting emergency contraception are, despite contraceptive counselling, a high risk group for new unintended pregnancies*. *Contraception*, 64(1):23-27.
- Fassett, E.M., Curtis, M., Abelman, S., Schulkin, J. & William, J. 2006. *Do we practice what we preach? A review of actual clinical practice with regards to preconception care guidelines*. *Maternal and Child Health Journal*, 10:53-58.
- Feldblum, P. & Joanis, C. 1994. *Modern barrier methods: effective contraception + disease prevention*. Family health international organisations.
- Finer, L F. & Frohworth, L. & Dauphinee, A.& Singh, S. & Moore, A.M. 2005. *Reasons U.S Women Have Abortions: Quantitative and Qualitative Perspectives*. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(3):110-118.
- Foster, C. 2001. *The Ethics of Medical Research on humans*. Cambridge University Press:United Kingdom. World Health Organization, 1995. *Natural Family Planning: What Health workers need to know*. Geneva.
- Foster, J. 2002. *Abortion breast cancer link still ignored*. [Online]:<
http://www.worldnetdaily.com/news/article.asp?ARTICLE_ID=23506. [Assessed on : 24 November 2005]
- Furedi, A. & Lee. E. 2001. *Abortion for Fetal abnormality*. [Online]: http://www.spiked_online.com/Printable/0000000054E3.htm. [Assessed on: 6 Desember 2005]
- Gabbe, S.G. & Niebyl, J.R & Simpson, J.L. 2002. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. Churchill & Livingstone:Philidelphia.
- Gagne, S.S. 2001. *Toxoplasmosis*. Primary Update for Obstetrics and Gynecology, 8(3):122-126.
- Garbers, J.G. 1996. *Effective Research in the Human Sciences*. Van Schaik Uitgewers: Pretoria.
- Gaufberg, S.V. 2005. *Abortion Complications*. [Online]:< <http://www.emedicine.com/emerg/topic4.htm>. [Assessed on: 5 Desember 2005].
- Gazvani, F., Honey, E., McLennan, F. M. & Templeton, A. *Manual Vacuum Aspiration (MVA) in the management of first trimester pregnancy loss*. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*, 112(2):197.
- Geldenhuis, J.L. & De Lange, N. 2001. *Swart Oos-Kaapse adolessente se ervaring van swangerskapsterminasie*. *Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Opvoedkunde*, 21(2): 92-98

- Glazier, A., Hu, X., Cheng, L. & Hau, X. 2005. *Advanced provision of emergency contraception tot postnatal women in China makes no difference in abortion rates: a randomised controlled trial*. *Contraception*, 72(2):111-116.
- Glickmann, J. 2005. *Health Science Report: Abortion & Fertility*.
[Online]:<http://www.health-science-report.com/miscarriage/infertility/abortion_and_infertility.html>.[Assessed on: 5 Desember 2005].
- Glismann, S. 2004.*Rubella in Denmark*. [Online]:<http://www.eurosurveillance.org/em/v09n04/0904_225.asp>.[Assessed on: 6 Desember 2005].
- Goto, A., Yasumara, S., Reich, M.R & Fukao, A. 2002. *Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata, Japan*. *Social Science & Medicine*, 54(7):1063.
- Grimes, D.A. 2003. *Unsafe Abortion: the silent scourge*. *British Medical Bulletin*, 67:99-113.
- Guillebaud, J. 1997. *Your Questions Answered: Contraception*. Churchill & Livingstone: Edinburgh.
- Guttmacher, S. & Kapadia, F. & Te Water Naudè, J. & de Pinho, H. 1998. *Abortion Reform in South Africa: A Case Study of the 1996 Choice of Termination of Pregnancy Act*. [Online]:< <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2419198html>. [Assessed on : 8 Desember 2005].
- Hamamy, H.A. & Dahoun, S. 2004. *Parental decisions following the prenatal diagnosis of sex chromosome abnormalities*. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 116(1):58-62.
- Harrison, K., Polis, C. & Schaffner, K. 2005. *Accessibility of emergency contraception in California Catholic hospitals*. *Women's health Issues*, 15(4):174-178.
- Hatcher, R.A. 2001. *Norplant, Depo Provera and the Mini Pill*. [Online]:< <http://www.4.nau.edu/fronske/brochures/norplant.html>. [Assessed on : 6 Desember, 2005].
- Hatcher, R.A., Rinehart, W., Blackburn, R. & Geller, J.S. 1997. *The Essentials of Contraceptive Technology; A Handbook for clinic staff*. Population Information Program, Center for Communication Programs. The John Hopkins School of Public Health:U.S.A.
- Hayman, R. 2004. *Hypertension in Pregnancy*. *Current Obstetrics & Gynecology*, 14(1):1-10

- Heegard, E.D. & Brown, K. 2002. *Human Parvovirus B19*.
[Online]:<<http://www.cmr.asm.org/cgi/content/full/15/3/485>.
[Assessed on : 6 Desember2005].
- Hemlin, J. & Möller, B. 2001. *Manual Vacuum Aspiration: a safe and effective alternative in early pregnancy termination*. Scandinavian Journal of Obstetrics and Gynecology, 80(6):563-567.
- Henry, G. 2005. *Gray's Anatomy of the Human Body: The urinary bladder*.
[Online]:< <http://www.bartleby.com> <<http://www.bartleby.com>>.[Assessed on : 8 Desember 2005].
- Henry, M. 2003. *Blighted ovum*. [Online]:<<http://www.americanpregnancy.org/pregnancycomplication/blightedovum.html>. [Assessed on : 6 Desember 2005].
- Hlahele, D.J. 1998. *A lack of sexuality education as reason for premature school leaving with refernce to Phase IV learners in the Phuthaditjaba district. 1998*.
University of the Free State.
- Hlahele, D.J. 2002. *The Effects of Termination of Pregnancy on Black Adolescent Schoolgirls in the Eastern Free State*. University of The Free State.
- Hnat, M.D., Mercer, B.M., Thurnau, G., Goldenberg, R., Thom, E.A., Meis, P.J., Moawad, A.H., Lams, J.D. & van Dorsten, P.J. 2005. *Perinatal outcomes of women with premature rupture of membranes between 24 and 32 weeks of gestation and a history of vaginal bleeding*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 193:164.
- Hough-Coetzee, J. 2004. *ABORSIE: die skokfeite*. Vrouekeur: 27 Augustus 2004:13.
- Huysamen, G.K. 1993. *Metodologie vir die Sosiale en Gedragwetenskappe*. Southern Book Uitgewers:Halfweghuis.
- Jalan, A.B. 2005. *Recurrent Spontaneous Abortion*. [Online]:< <http://www.Jalanani.tripod.com/NIRMAN/id12.html>. [Assessed on : 6 Desember 2005].
- Jain, J., Jakimiuk, A.J., Bode, F.R., Ross, D. & Kauvitz, A.M. 2004. *Contraceptive efficacy and safety of DMPA-SC*. Contraception, 70(4):269-275.
- Jewkes, R., Brown, H., Dickson-Tetteh, K., Levin, J. & Rees, H. *Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legislation in South Africa*.
- John, H., Critchley, H. & Glasier, A. 2005. *Can we identify women at risk of more than one termination of pregnancy*. Contraception, 71(1):31-34.

- Jones, R.K., Darroch, J.E. & Henshaw, S.K. 2002. *Contraception use among U.S women having abortions in 2000-2001*. Perspectives on Sexual & Reproductive health, 34(6):294.
- Karim, S.A. & Shafi, M. 2005. *Malignancy in Pregnancy*. Current Obstetrics, 9(1):1
- Khanna, J. 1995. *Advances in Female Sterilisation research: Progress in Human Reproductive Research*. [Online]:< <http://www.who.int/reproductive_health/hrp/progress/36/prog36.pdf>.[Assessed on : 5 Desember 2005].
- Klitsch, M. 1994. *Racial differences in early coitus may be influenced by neighbourhood context*. Family Planning Perspectives, 26(5):236.
- Koontz, S.L., Molina de Perez, D. Leon, K. & Foster Rosales, A. 2003. *Cost savings of manual vacuum aspiration for endometrial sampling in El Salvador*. Contraception, 68(5):353.
- Kozinsky, Z. & Bartai, G. 2004. Contraception behaviour of teenagers requesting abortion. European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology, 112(1): 80-83.
- Kravetz, J.D. & Frederman, D.G. 2005. *Toxoplasmosis in Pregnancy*.The American Journal of Medicine, 118(3):212-216.
- Kruse, B., Poppema, S., Creinin, M.D. & Paul, M. 2000. *Management of side effects and complications in medical abortion*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 183(2):65-75.
- Kuvacic, L., Sprem, M., Skrablin, S., Kalafatic, L., Bubic, L., Filipi, L. & Milicic, M. 2000. *Pregnancy outcome in renal transplant recipients*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 70(3):313-317.
- Lammers, S.E. 1998. On Moral medicine: theological perspectives in medical ethics. Eerdmans: Grand Rapids, Michigan.
- Lanfranchi, A. 2005. *The Science Studies and Sociology of the Abortion Breast cancer link*. Research Bulletin, 18(2):1-8.
- Leedy, P. & Ormrod, J.E. 2001. Planning and Design: Seventh Edition. Merrill Prentice Hall Incorporated: New Yersey.
- Littleton, L.Y. & Engelbretson, J.C. 2002. *Maternal, Neonatal, Women's Health Nursing*. Delmar Thomson Learning: Australia.
- Lokshin, M., Mullan, K., Popkin, M. & Harris, B. 2000. *Single mothers in Russia: Household strategies for Coping with poverty*. World Development, 28(12):2183-2198.

- Loudon, N., Glasier, A. & Gebbie, A. 1995. *Handbook of family planning and reproductive health care*. Churchill Livingstone: Edinburgh.
- Mangan, S.A., Larson, P.G. & Hudson, S. 2002. *Overweight teens at increased risk for weight gain while using depot medroxyprogesterone asetate*. *Journal of Paediatrics & Adolescent Gynecology*, 15(2):79.
- Marshall, C. & Rossman, G.B. 1999. *Designing Qualitative Research*. Sage Publications: London.
- Mbokane, A.N. & Ehlers, V.J. 2006. Contraceptive challenges experienced by women who requested termination of pregnancy services in the Mpumalanga Province: research. *Health SA Gesondheid*, 11(1):43-57.
- McBride, J. 2003. *How to choose the right contraception*. [Online]: <<http://www.ivillage.co.uk/health/whealth/birthcontrol/articles/0,,549123-5998422,00.html>>. [Assessed on: 5 Desember 2005].
- McEwan, A. 2002. *Cancer in Pregnancy*. *Current Obstetrics & Gynecology*, 12(6):307-313.
- McLachlan, R.I. & Royce, P. 1996. *The medical consequences of vasectomy*. *Current Obstetrics & Gynecology*, 6(2):107.
- Mhlanga, R.E. 2003. *Abortion: developments and impact in South Africa*. *British Medical Bulletin*, 67:115-126.
- Miller, B.C. & Benson, B. & Galbraith, K.A. 2001. *Family relationships and Adolescent Pregnancy Risk: A research synthesis*. *Developmental Review*, 21(1):1-38.
- Miller, F.G. & Wendler, D. 2004. *Assessing the Ethics of Ethics Research: A Case Study*. *IRB: Ethics & Human Research*, 26(2):9-12.
- Millner, V.S. & Hanks, R.B. 2002. *Induced Abortion: A Ethical Conundrum for Counsellors*. *Journal of Counselling and Development*, 80(1):57.
- Mittal, S. 2006. *Contraception after medical abortion*. *Contraception*, 74(1):56-60.
- Mols, M. 2005. *Contraceptive confidence*. [Online]: <http://www.contraception.net/media/press_release/confidence_29092005.asp>. [Assessed on: 20 November 2006].
- Mouton, J. 2001. *How to succeed in your Master's & Doctoral Studies: A South African Guide and Resource Book*. Van Schaik: Pretoria.

- Nel, J.T. 1995. *Kernverloskunde & Ginekologie met Eksamenwenke vir M.B.Ch.B.* Heinemann: Johannesburg.
- Nkala, B. 1997. *Termination of Pregnancy- A Study. Factors that contribute to a woman's decision to seek a termination of pregnancy- a cross-sectional study.* Barometer. Reproductive Rights Alliance, 1(1):13.
- Oddens, B.J. 1999. *Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women.* Contraception, 59(5):277-286.
- Oppenheim, A.N. 2000. *Questionnaire, Design, Interviewing and Attitude Measurement.: New Edition.* Continuum: London.
- Orbach, D. & Schaff, E. 2004. *Which cannulae fit the IPAS manual vacuum aspiration syringe?.* Contraception, 69(2):171.
- Page, D.M. 2003. *Vaginal Bleeding in Pregnancy.* [Online]:<http://www.perinatalmed.com/vaginalbleeding.htm>. [Assessed on: 6 Desember 2005].
- Pallikadarath, S. & Stones, R.W. 2006. *Maternal and Social Factors associated with Abortion in India: A Population based study.* International Family Planning Perspectives, 32(3): 120-123.
- Paintin, D. 1997. *Twenty Questions about Abortions Answered.* [Online]:<<http://www.spiked_online.com/Articles/0000000054E4.htm>>. [Assessed on : 24 November 2005].
- Peters, J. & Wolper, A. 1995. *Women's rights, human rights: international feminist perspectives.* Routledge: New York.
- Petersen, R., Gazmananan, J.A., Andersen-Clark, K. & Green, D.C. 2001. *How Contraceptives use patterns differ by pregnancy intention: Implications for counseling.* Women's Health Issues, 11(5):427-435.
- Pheterson, G. & Azize, Y. 2005. *Abortion practice in the North East Caribbean.* Reproductive Health Matters, 13(26):44-53.
- Plourd, D.M & Rayburn, W.F. 2003. *New Contraceptive Methods.* Journal of Reproductive Medicine, 48(9):665-671.
- Pichler, S. 2005. *How Abortion is provided.* [Online:< http://www.plannedparenthood.org/pp2/portal/files/medicalinfo/abortion/fact_abortion_provided.html>]. [Assessed on: 8 Desember 2005].

- Pilliteri, A. 2003. *Maternal & Child Health Nursing - Care of the Childbearing & Childbearing family*. Lippincott Williams & Wilkins: New York.
- Pipes, M. 1998. *Understanding Abortion*. The Women's Press Limited: London.
- Piotrow, P.T., Kincaid, D.A., Rimon II, J.G. & Rinehart, W. 1997. *Health Communication: Lessons from family planning and Reproductive Health*. Praeger Publishers: U.S.A.
- Pojman, L.P. 2000. *Life and Death: A reader in Moral Problems*. Wadsworth Publishing Company: Belmont.
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. 2001. *Essentials of Nursing Research: methods, appraisal and utilisation*. Lippencott: Philidelphia.
- Population Reports. 1997..*Appropriate care of MVA and local anesthesia*. 25(1):20
- Prollius, A. & De Coning, E.C. 2001. *Terminasie van swangerskap in die eerste en tweede trimester*. Geneeskunde, 43(7).
- Punch, K.F. 2000. *Introduction to Social Research: Quantitative & Qualitative Approaches*. Sage Publications: London.
- Queenan, J.T. 1999. *Management of High Risk Pregnancy: Fourth Edition*. Blackwell Sciences Incorporated: U.S.A.
- Rahmqvist, M. 2006. *The close relationship between birth, abortion and employment rates in Sweden from 1980-2004*. Social Science & Medicine, 63(5):1262-1266.
- Rana, A., Pradhan, N., Gurung, G. & Singh, M. 2004. *International session award induced septic abortion: A major factor in maternal mortality and morbidity*. Journal of Obstetrics & Gynecology Research, 30(1): 3-8.
- Rasch, V., Wiehardt, H. & Knudsen, L.B. 2002. *Living conditions, contraceptive use and the choice of induced abortion among pregnant women in Denmark*. Scandinavian Journal of Public Health, 30(4):293-299.
- Reardon, D.C. 1998. *Q & A: Finding real Answers about Abortion* .
 [Online]:< <http://www.abortionfacts.com/reardon/questions_and_answers.asp>
 [Assessed on: 8 Desember 2005].

- Reich, J.A. & Brindis, C.A. 2006. *Conceiving risk and responsibility: A Qualitative Examination of Men's Experiences of Unintended pregnancy and Abortion*. International Journal of Men's Health, 5(2):133-152.
- Richter, J. 1996. *Vaccination against Pregnancy: Miracle or Menace*. Zed Books: London.
- Rigdon, S.M. 1996. *Abortion Law and Practice in China: An overview with comparisons to the United States*. Social Sciences and Medicine, 40(4):543-560.
- Robinson, B.A. 2004. *Do Abortions cause infertility*.
[Online]:< http://www.religioustolerance.org/abo_infe.htm>.
[Assessed on : 8 Desember 2005].
- Robinson, D & Reed, V. 1998. *The A-Z of Social Research Jargon*. Ashgate Publishing Company: Vermont.
- Rothwell, L., Reid, P. & Lamb, M. 2005. *Abortion Services in New Zealand*.
[Online]:< <http://www.abortion.gen.nz/counselling.html>>.[Assessed on : 8 Desember 2005].
- Schenker, J.G. 2000. *Women's Reproductive Health: monotheistic religious perspectives*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 70:77-86.
- Schwingl, P.J. & Guess, H.A. 2000. *Safety and effectiveness of vasectomy*. Fertility and Sterility, 73(5):926.
- Schuster, S. 2005. *Abortion in the Moral World of the Cameroon Grassfields*. Reproductive Health Matters, 13(26):130-138.
- Seber, P. 2006. *Life or Death decisions*. Healthcare counselling & Psychotherapy Journal, 6(4):1-94).
- Shannon, C., Brothers, L.P., Philip, N.M. & Winikoff, B. 2004. *Infection after medical abortion*. Contraception, 70(3):183.
- Shaw, I.F. 1999. *Qualitative Evaluation*. Sage Publications: London.
- Sibai, B., Dekker, G. & Kupfermanc, M. 2005. *Pre-eclampsia*. The Lancet, 365(9461):785-799.
- Silverman, D. 1999. *Qualitative Research, Theory and Practice*. Sage Publications: London.
- Singh, K. & Ratnam, S.S. 1998. *The Influence of Abortion legislature on maternal mortality*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 63(1):123-129.

Sklar, A.J. 2004. *Tubal sterilization*.

[Online]: <<http://www.emedicine.com/med/topic.3313.htm>>. [Assessed on : 5 December 2005].

Smith, J.D. & Oakley, D. 2005. *Why do women miss Oral Contraceptive Pills? An Analysis of Women's Self Described Reasons for Missed Pills*. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(5):380-385.

Smith, M., Cooper, G.M., Clutton, T.H., Lewis, M., Wilkey, A.D., Millns, J.P. & Bowden, M.I. 2001. *Five cases of severe cardiac disease in pregnancy outcome and costs*. *International Journal of Obstetrics Anaesthesia*, 10(1):88-93.

Special Assignment, 2006. SABC 1. 2006 November 13.

Speroff, L. & Darney, P.D. 1994. *A Clinical Guide for Contraception*. Williams & Wilkins: USA.

Speroff, L. & Darney, P.D. 2005. *A Clinical Guide for Contraception: Fourth Edition*. Williams & Wilkins: USA.

Solo, J. 2000. *Easing the Pain: Pain management in the Treatment of Incomplete Abortion*. *Reproductive Health Matters*, 8(15):45.

Suid-Afrika, 1997-2005. *Departement van Gesondheid van die Vrystaat, Statistiekdiens*.

Suid-Afrika. *Die Wet op die Keuse oor die Beeindiging van Swangerskap, Wet 92 van 1996*, (47:1303), Republiek van Suid-Afrika

Suid-Afrika. *Die Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie, Wet 2 van 1975*, (47:872), Republiek van Suid-Afrika.

Suid-Afrika, 1996. *Die Konstitusie van Suid-Afrika*.

Suid-Afrika, 1998. *Nasionale Beleid vir Kontrasepsie Riglyne*.

Tancred, E.M. *Vroue gebruik Aborsie as voorbehoeding, toon studie*. Rapport, 27 Augustus 2005.

Tavris, C. 1995. *Psychology in Perspective*. Harper Collins College Publishers: New York.

Terre Blanche, M. & Durrheim K. 1999. *Research in Practice: Applied methods for the Social Sciences*. University of Cape Town Press: Cape Town.

- Theron, F. & Grobler, F. 1998. *Contraception: Theory and Practice*. Van Schaik Uitgewers: Pretoria.
- Theron F.& Grobler F. 2000. *Kontrasepsie: Teorie en Praktyk*. Van Schaik Uitgewers: Pretoria.
- Thomas, J., Paranjothy, S. & Templeton, A. 2003. *An audit of the management of induced abortion in England and Wales*.
International Journal of Gynecology & Obstetrics, 83(3):330.
- Thorp, J.M., Hartmann, K.E. 2003. *Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence*.
Obstetrical and Gynecological survey, 58(1):69-79.
- Trussell, J. 2004. *Contraceptive failure in the United States*. Contraception, 70(2):89-96.
- Trussell, J. & Raymond, E.G. 2006. *Preventing unintended pregnancy: let us count the ways*. Lancet, 368(9549): 1747-1748.
- Trybulsiki, J. 2006. *Women and Abortion: the past reaches into the present*. Journal of Advanced Nursing, 54(6):683-690.
- Uygur, D. & Erkaya, S. 2001. *Reasons why women have induced abortions in a developing country*. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 96(2): 211-214.
- Van Oosten, F. 1999. *The Choice on termination of pregnancy act: some comments*. South African Law Journal, 116(1): 60-79.
- Van Teijlingen, E.R. & Hundley, V. 2005. *The importance of Pilot studies*. *Social research Update*. [Online]: <<http://www.sru@soc.surrey.ac.uk>> <<mailto:http://www.sru@soc.surrey.ac.uk>>.[Assessed on : 24 November 2005].
- van Vliet, H.A.A.M., Grimes, D.A., Helmerhorst, F.M. & Schultz, K.F. 2002. *Biphasic versus triphasic oral contraceptives for contraception*. Contraception, 65(5):321.
- Varkey, S.J. 2000. *Abortion Services in South Africa*. International Family Planning Perspectives, 26(2):87-88.
- Walliman, N. 2001. *Your research project- a step by step guide for the first time researcher*. Sage Publications: London.
- Wang, D. 2002. *Contraceptive failure*. Contraception, 66(3):173.

Weisman, C.S., Maccannon, D.S., Henderson, J.J., Shortridge, E. & Orso, C.L. 2002. *Contraceptive counselling in managed care: preventing unintended pregnancy in adults*. *Women's Health Issues*, 12(2):81.

Weaver, S.P., Cook, J. & Nashelsky, J. 2006. *Vaginal Misoprostol for Cervical Ripening in Term Pregnancy*. *American Family Physician*, 73(3):511-512.

Williams, M. 2005. *Natural Family planning Charting*. [Online]:<<http://www.epigee.org/pregnancy/aboutus.html>>. [Assessed on : 5 Desember 2005].

Wilke, J.C. 1998. *Why can't we love them both?* [Online]:<<http://www.abortionfacts.com/online_books/love_them_both/why_cant_we_love_them_both_23.asp>>. [Assessed on : 8 Desember 2005].

Wold, A.D. 2006. *Anatomic Factors in Recurrent Pregnancy Loss*. *Seminars in Reproductive Medicine*, 13(26): 130-138.

Womens Health Issues. 2003. *The Merck Manual of Medical Information: Second Home Edition*. [Online]:<<http://www.merck.com/mmhelprint.sec22/ch258/ch258d.html>>. [Assessed on: 6 Desember 2005].

Woodsong, C. & Koo, H.P. 1998. *Two good reasons: Women's and Men's perspectives on dual contraceptive use*. *Social Science & Medicine*, 49(5):567.

World Health Organization, Maternal and Newborn Health: Safe Motherhood. Division of Reproductive Health: Geneva. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality due to unsafe Abortion with a listing of Available Country data: Third Edition*. 1995.

Yanda, K., Smith, S.V., & Rosenfield, A. 2003. *Reproductive health and human rights*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82(3):275.

Yasadhara, P., Ramalakshmi, B.A., Lakschmi, V. & Krishna, T.P. 2004. *Socio-economic status and prevalence of toxoplasmosis during pregnancy*. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 22(4):241-243.

Bylaag A : Toestemmingsbrief aan Etiekkomitee

Huis Idahlia
Universitas
Bloemfontein
9301

Die Etiekkomitee
Fakulteit Gesondheidswetenskappe
Universiteit van Vrystaat
Bloemfontein
9301

Geagte Voorsitter

Insake navorsingsprojek, M.Soc.Sc. (Verpleegkunde)

Ek, Christelle Mei, is 'n Magister student aan die Universiteit van Vrystaat en beplan om navorsing in verband met terminasie van swangerskappe te doen. Ek beplan om met my studie die volgende te identifiseer:

1. die redes vir die hoë syfers vir terminasie van swangerskappe in die Vrystaat.

Ek het 'n vraelys saamgestel om data in te samel vir my voorgenome studie. Ek beoog dat die eindresultaat van so aard sal wees dat die bogenoemde redes geidentifiseer kan word, en om na aanleiding daarvan aanbevelings te kan maak ten einde 'n moontlike afname in die getal te verseker. Toestemming sal by die Hoofde betrokke by die inrigtings waar terminasie van swangerskappe plaasvind, verkry word. Konfidensialiteit sal ten alle tye verseker word.

Ek versoek u dus vriendelik vir toestemming om met die navorsingsprojek voort te gaan.

Byvoorbaat dank

Die uwe
Navorsers (C.R.L. Mei)
Studentenommer (1997169204)
Studieleier (Dr. L. Roets)

Bylaag B: Toestemmingsbrief van die Etiekkomitee ter goedkeuring van die studie.



**UNIVERSITEIT VAN DIE VRYSTAAT
UNIVERSITY OF THE FREE STATE**



**Direkteur: Fakulteitsadministrasie
Fakulteit Gesondheidswetenskappe**

339 BLOEMFONTEIN 9300
REPUBLIEK VAN SUID-AFRIKA

(051) 405 3013 / 401 2847

(051) 444 3103

gndkt@med.uovs.ac.za

**Director: Faculty Administration
Faculty of Health Sciences**

339 BLOEMFONTEIN 9300
REPUBLIC OF SOUTH AFRICA

(051) 405 3013 / 401 2847

(051) 444 3103

gndkt@med.uovs.ac.za

Mev G Niemand

Tel 4053654

29 November 2002

ME C MEI
HUIS IDAHLIA
UNIVERSITAS HOSPITAAL
BLOEMFONTEIN
9301

Geagte Me Mei

ETOVS NR 215/02

NAVORSER: ME C MEI

PROJEKTITEL: "DIE REDES VIR DIE HOË INSIDENSIE VAN TERMINASIE VAN SWANGERSKAPPE IN DIE VRYSTAAT."

Hiermee word u in kennis gestel dat die Etiekkomitee gedurende die vergadering gehou op 26 November 2002 die bogenoemde studie goedgekeur het.

U aandag word op die volgende gevestig:

- > Versuim om 'n vorderingsverslag in te handig nie later nie as 'n jaar na goedkeuring mag beëindiging van 'n studie meebring.
- > Dat alle uitbreidings, wysigings, ernstige nagevolge, staking/kansellasië van studies aan die Etiekkomitee voorgelê moet word
- > Die vertaalde Pasiënt Ingeligte Toestemmingsvorm en Inligtingstuk moet aan die Etiekkomitee voorgelê word voor aanvang van 'n studie.

Meld asseblief die Etovs nommer soos hierbo genoem in toekomstige korrespondensie, verslae en navrae.

Vriendelike groete

Die uwe


N/DIREKTEUR: GENEESKUNDE ADMINISTRASIE

Bylaag C: Statistieke van inrigtings in Vrystaat waar terminasie van swangerskappe plaasvind vanaf 1997- 2001.

Inrigting	Gevalle vanaf 1997-2001	Terminasie van swangerskappe	Op versoek van kliënt	Gevalle: per maand
Marie Stopes Aborsie kliniek (Bfn)	2533	2522	1590	42.22
Betlehem Provinsiale hospitaal	181	33	47	3.02
Elizabeth Ross hospitaal (Witsieshoek)	5621	5423	3414	93.68
Hoogland Medi-kliniek (Betlehem)	105	13	30	1.75
Mediclinic (Bloemfontein)	423	248	213	7.05
Universitas hospitaal (Bloemfontein)	76	62	4	1.27
Virginia hospitaal (Virginia)	273	103	84	4.55
Nasionale hospitaal (Bloemfontein) gekombineerd met Pelonomi hospitaal	5878	5226	2875	97.9
Moroka hospitaal (Thaba 'Nchu)	1517	1517	826	52.3

- **Die lys is saamgestel uit alle inrigtings in die Vrystaat waar terminasies van swangerskappe plaasvind. Dit weerspieël egter net die inrigtings waar groter getalle kliënte per maand gesien word. Getalle van die ander 39 inrigtings in die Vrystaat wissel tussen geen tot 0.97 kliënte, wat per maand die inrigtings besoek. Die statistieke in die bylaag verteenwoordig slegs die tydperk vanaf 1997-2001, aangesien die seleksie van die deelnemende inrigtings, op aanbeveling van die Biostatistiekdiens van die Universiteit van die Vrystaat na die tydperk gemaak was.**

Bylaag D : Toestemmingsbrief aan Hoofde betrokke by inrigtings
waar terminasie van swangerskappe plaasvind.

Huis Idahlia
Universitas Hospitaal
Bloemfontein
9301

Die Hoof
Reproduktiewe sorg
Terminasie van swangerskappe

Geagte Hoof

Insake navorsingsprojek, M.Soc.Sc. (Verpleegkunde)

Ek, Christelle Mei, is 'n Magister student aan die Universiteit van Vrystaat en beplan om navorsing in verband met terminasie van swangerskappe te doen. Ek beoog om met my studie die volgende te identifiseer.

1. die redes vir die hoë syfers vir terminasie van swangerskappe in die Vrystaat.

Ek het 'n vraelys saamgestel en beoog om met kliënte wat u inrigting besoek, onderhoude te voer om data in te samel vir my navorsingsprojek. Ek beoog om ten minste een maand betrokke by die inrigting te wees, om die onderhoude met kliënte te voer. Ek beoog om met die navorsingsprojek die bogenoemde redes en faktore te identifiseer en na aanleiding daarvan aanbevelings te maak ten einde 'n moontlike afname in die getal terminasies te verseker. Konfidensialiteit sal ten alle tye verseker word.

Ek versoek u dus vriendelik vir toestemming om met my navorsingsprojek voort te gaan.

Byvoorbaat dank

Die uwe
Navorsers (C.R.L. Mei)
Studentenommer (1997169204)
Studieleier (Dr. L. Roets)

Bylaag E1: Ingeligte toestemmingsbrief aan respondente

Geagte respondente

Ek, Christelle Mei, is 'n Magister student aan die Universiteit van die Vrystaat en is tans besig om navorsing in verband met terminasie van swangerskappe te doen. Ek wil graag met my studie die volgende identifiseer:

1. Redes vir die hoë syfers vir terminasie van swangerskap in die Vrystaat.

Ek het die vraelys saamgestel om data in te samel vir my voorgenome studie. Ek versoek dus u samewerking in voltooiing van die vraelys. U deelname en toestemming is vrywillig en alle inligting wat ek van u sal verkry, sal met die uiterste konfidensialiteit hanteer word. U kan egter enige tyd onttrek as deelnemer aan die studie.

Ek,..... is bereid om aan die navorsing deel te neem en die vrae in die vraelys na die beste van my vermoë eerlik te beantwoord.

Ek,..... is bereid om aan die navorsing deel te neem.

Datum:.....

BYLAAG E2: VRAELYS

VRAELYS: DIE REDES VIR DIE Hoë INSIDENSIE VAN ABORSIES IN DIE VRYSTAAT

		Slegs vir kantoor gebruik				
1. Hoe oud is u?		<input type="text"/> 1- 3				
		<input type="text"/> 4- 5				
2. Is u nog in die skool?	<table border="1"><tr><td>Ja</td><td>1</td></tr><tr><td>Nee</td><td>2</td></tr></table>	Ja	1	Nee	2	<input type="text"/> 6
Ja	1					
Nee	2					
2.1. Indien Ja, in watter graad?		<input type="text"/> <input type="text"/> 7- 8				
2.2. Indien Nee, wat is u hoogste kwalifikasie?		<input type="text"/> <input type="text"/> 9-10				
3. Is die inrigting die naaste aan u tuisdorp/woonplek?	<table border="1"><tr><td>Ja</td><td>1</td></tr><tr><td>Nee</td><td>2</td></tr></table>	Ja	1	Nee	2	<input type="text"/> 11
Ja	1					
Nee	2					
4. Het u reeds kinders?	<table border="1"><tr><td>Ja</td><td>1</td></tr><tr><td>Nee</td><td>2</td></tr></table>	Ja	1	Nee	2	<input type="text"/> 12
Ja	1					
Nee	2					
4.1. Indien Ja, hoeveel?		<input type="text"/> <input type="text"/> 13-14				
5. Het u al voorheen 'n terminasie van u swangerskap laat doen?	<table border="1"><tr><td>Ja</td><td>1</td></tr><tr><td>Nee</td><td>2</td></tr></table>	Ja	1	Nee	2	<input type="text"/> 15
Ja	1					
Nee	2					
5.1. Indien Ja, hoeveel keer?		<input type="text"/> <input type="text"/> 16-17				
6. Het u al voorheen seksuele voorligting ontvang?	<table border="1"><tr><td>Ja</td><td>1</td></tr><tr><td>Nee</td><td>2</td></tr></table>	Ja	1	Nee	2	<input type="text"/> 18
Ja	1					
Nee	2					
7. Waarom het u nou op terminasie van swangerskap besluit?		<input type="text"/> <input type="text"/> 19- 20				

8. Weet die pa van u kind van u besluit?

Ja	1
Nee	2

21

8.1. Indien Ja, is hy ten gunste van u besluit?

Ja	1
Nee	2

22

9. Weet u ouers van u besluit?

Ja	1
Nee	2

23

10. Indien Nee geantwoord op beide vraag 8 en vraag 9, het u enigeen meegedeel van u besluit?

Ja	1
Nee	2

24

11. Het u tot voor u swangerskap kontrasepsie gebruik?

Ja	1
Nee	2

25

11.1. Hoe maklik is kontrasepsie vir u vanaf u kliniek verkrygbaar?

26- 27

11.2. Indien Ja geantwoord op vraag 11, watter tipe?

Pil	1
Inspuiting	2
Kondoom	3
Intra-uteniene toestel	4
Ander	5

28

29

30

31

32

11.3 Indien u die pil gebruik het, hoe het u dit gebruik?

33-34

11.4. Indien u van die kondome gebruik gemaak het, was u seker u en/of u maat dit op die regte manier aangewend het?

31- 32

11.5. Indien u enige ander kontrasepsie metode gebruik het, hoe het dit gefaal?

33-34

11.6. Indien Nee, hoekom het u nie kontrasepsie gebruik nie?

12. Is u bewus dat noodkontrasepsie bestaan?

Ja	1
Nee	2

37

12.1. Indien Ja, het u dit gebruik nadat u onbeskermd seks gehad het?

Ja	1
Nee	2

38

12.2. Indien Nee, hoekom nie?

39-40

13. Beskou u terminasie van swangerskap as 'n metode van kontrasepsie?

Ja	1
Nee	2

41

13.1. Indien Ja, beskryf waarom u so dink?

42- 43

13.2. Indien Nee, beskryf wat die rede vir u keuse van terminasie van swangerskap is?

44-45

14. Beskou u terminasie van swangerskap as 'n metode van kontrasepsie?

Ja	1
Nee	2

49

14.1. Indien Ja, beskryf waarom u so dink?

50-51

14.2. Indien Nee beantwoord in vraag 14, beskryf wat die rede vir u keuse van terminasie van swangersap is?

52-53

15. Beskou u enige van die volgende stellings as op u toepassing:

Ek is nie nou gereed om 'n baba te hê nie	1
Ek is werkloos	2
Ek beskik oor te min finansies	3
Ek wil nie 'n enkel-ouer wees nie	4
Ek wil nie my seksuele aktiwiteit bekend maak nie	5
Ek wil nie nou al gebind wees nie	6
Ek wil nie kontrasepsie gebruik nie	7
Ek het gedink ek sal nie so maklik swanger raak nie	8
My ouers dring aan op 'n terminasie van swangerskap	9
Ek weet dat ek my swangerskap kan termineer sou ek swanger raak	10
Ek het geglo dat maagde nie kan swanger raak nie	11
Ek weet dat aborsies beskikbaar is sou ek swanger raak	12
Ander	13

<input type="text"/>	54
<input type="text"/>	55
<input type="text"/>	56
<input type="text"/>	57
<input type="text"/>	58
<input type="text"/>	59
<input type="text"/>	60
<input type="text"/>	61
<input type="text"/>	62
<input type="text"/>	63
<input type="text"/>	64
<input type="text"/>	65
<input type="text"/>	66

16. Wat was u reaksie toe u verneem van die swangerskap?

67-68

17. Het u pre-aborsie berading ontvang?

Ja	1
Nee	2

69

17.1. Indien Ja, wie het die berading gedoen?

70-1

17.2. Indien Nee, hoekom nie?

2- 3

18. Weet u presies wat die prosedure behels?

Ja	1
Nee	2

4

18.1. Indien Ja, wat is aan u verduidelik?

5-6

18.2. Indien Nee, hoekom nie?

7- 8

19. Gaan u na die terminasie, kontrasepsie gebruik?

Ja	1
Nee	2

9

19.1. Indien Ja, watter tipe?

10-11

19.2. Indien Nee, hoekom nie?

12-13

20. Sal u weer u swangerskap termineer indien u weer binne een jaar swanger word?

14-15

20.1. Indien Ja, hoekom?

16-17

20.2. Indien Nee, hoekom nie?

18-19

Annexure E2: Letter of consent to respondents

Dear respondents

I, Christelle Mei, is a Master's student at the University of the Free State. I am currently busy with a research project concerning termination of pregnancy. I wish to identify the following reasons with my research project:

1. Reasons for the high incidence of termination of pregnancies in the Free State.

I compiled a questionnaire in order to gather information for my research project. I am thus requesting your participation in completion of this questionnaire. Your participation and consent are entirely voluntarily and information gathered in this research project will be treated with utmost confidentiality. You may withdraw in participation at any given time. None of the gathered information will cast any implication on you as a respondent in this research project.

I,.....want to participate in this research project and thus promise to answer the questionnaire as truthfully as possible.

I,.....want to participate in this research project.

ANNEXURE E4: QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE: THE REASONS FOR THE HIGH INCIDENCE OF TERMINATION OF PREGNANCIES IN THE FREE STATE

		For office use only				
1. How old are you?		<input type="text"/> 1-3				
<hr/>		<input type="text"/> 4-5				
2. Are you currently attending school						
<table border="1"> <tr> <td>Yes</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> </table>		Yes	1	No	2	<input type="text"/> 6
Yes	1					
No	2					
2.1. If Yes, which grade?		<input type="text"/> <input type="text"/> 7-8				
<hr/>						
2.2. If No, what is your highest qualification?		<input type="text"/> <input type="text"/> 9-10				
<hr/>						
3. Is the institution, the nearest to your home?						
<table border="1"> <tr> <td>Yes</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> </table>		Yes	1	No	2	<input type="text"/> 11
Yes	1					
No	2					
4. Do you have children?						
<table border="1"> <tr> <td>Yes</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> </table>		Yes	1	No	2	<input type="text"/> 12
Yes	1					
No	2					
4.1. If Yes, how many children do you have?		<input type="text"/> <input type="text"/> 13- 14				
<hr/>						
5. Did you previously have termination of a pregnancy?						
<table border="1"> <tr> <td>Yes</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> </table>		Yes	1	No	2	<input type="text"/> 15
Yes	1					
No	2					
5.1. If Yes,how many times?		<input type="text"/> <input type="text"/> 16-17				
<hr/>						
6. Did you previously receive any sexual education?						
<table border="1"> <tr> <td>Yes</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>2</td> </tr> </table>		Yes	1	No	2	<input type="text"/> 18
Yes	1					
No	2					

7. Why did you decide to have a termination of pregnancy now?

19- 20

8. Does your partner know about your decision?

Yes	1
No	2

21

8.1. If Yes, did he agree?

Yes	1
No	2

22

9. Does your parents know about your decision?

Yes	1
No	2

23

10. If answered No on both question 8 & 9, did you inform anyone about your decision?

Yes	1
No	2

24

11. Did you use contraception until before your pregnancy?

Yes	1
No	2

25

11.1. Is contraception easily available from your clinic?
How available is contraception at your clinic?

26- 27

11.2. If Yes, which method of contraception did you use?

Pill	1
Injection	2
Condoms	3
Intr-uterine device	4
Other	5

28
 29
 30
 31
 32

11.3. If you used the pill, how did you use it?

33-34

11.4. If you used the injection method, did you attend clinic on the time when the injection was due?

31-32

11.5. If you used condoms, were you well assured that your partner used the condom according to the right method?

33- 34

11.6. If you used any other contraception method, how did it fail?

39- 40

11.7. If answered No on question 11.1., why didn't you use contraception?

41- 42

12. Did you know about emergency contraception?

Yes	1
No	2

43

12.1. If Yes, did you use it after having unsafe sex?

Yes	1
No	2

44

12.2. If No, why not?

45- 46

13. Have you ever considered sterilization?

Yes	1
No	2

47

13.1. Are there any sterilization facilities available in your community?

48

14. Do you regard termination of pregnancy as a method of contraception?

Yes	1
No	2

49

14.1. If Yes, why do you regard termination of pregnancy as a method of contraception?

50 51

14.2. If answered No to question 14, describe your reasons for choosing to have a termination of your pregnancy?

52 53

15. Do you regard any of the following applicable as reasons for choosing to have a termination of pregnancy?

I am not yet ready to have a baby	1
I am unemployed	2
I do not have enough money	3
I do not want to be a single parent	4
I do not want my sexual activities exposed	5
I do not want to commit myself	6
I do not want to use contraceptives	7
I thought I would not fall pregnant easily	8
My parents demand a termination of my pregnancy	9
I knew that I could terminate the pregnancy should I fall pregnant	10
I believe that virgins could not fall pregnant	11
I knew that termination of pregnancies are available should I fall pregnant	12
Other	13

54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66

16. What was your reaction when you heard that you were pregnant?

67- 68

17. Did you receive pre-abortion counselling?

Yes	1
No	2

69

17.1. If Yes, who did the counselling?

70-1

17.2. If answered No, why not?

2- 3

18. Do you know what the procedure entails?

Yes	1
No	2

4

18.1. If Yes, what did they explain to you?

5-6

18.2. If No, why not?

7- 8

19. Are you going to use contraceptives after the termination of pregnancy?

Yes	1
No	2

9

19.1. If Yes, what type?

10- 11

19.2. If No, why not?

12-13

20. Will you terminate your pregnancy again if you fall pregnant within one year?

14-15

20.1. If Yes, why?

16-17

20.2. If No, why not?

18-19

