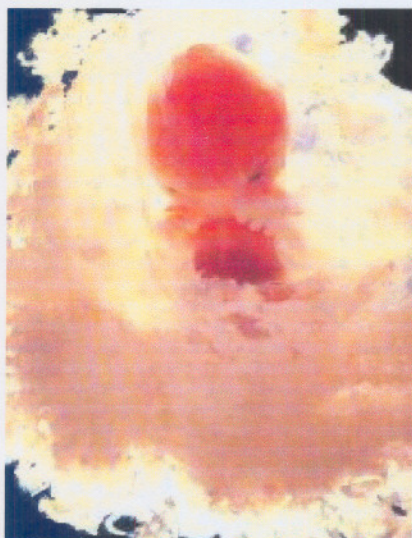


PRE-ABORSIEBERAAD: 'N MAATSKAPLIKEWERK BENADERING

Helena Susanna Humpel



Fetus: 12 weke

PRE-ABORSIEBERAAD: 'N MAATSKAPLIKEWERK BENADERING

Deur

Helena Susanna Humpel

M.Soc.Sc (MW) Universiteit van die Vrystaat

Manuskrip voorgelê vir die graad

DOCTOR PHILOSOPHIAE

in

MAATSKAPLIKE WERK

In die Fakulteit Gesondheidswetenskappe

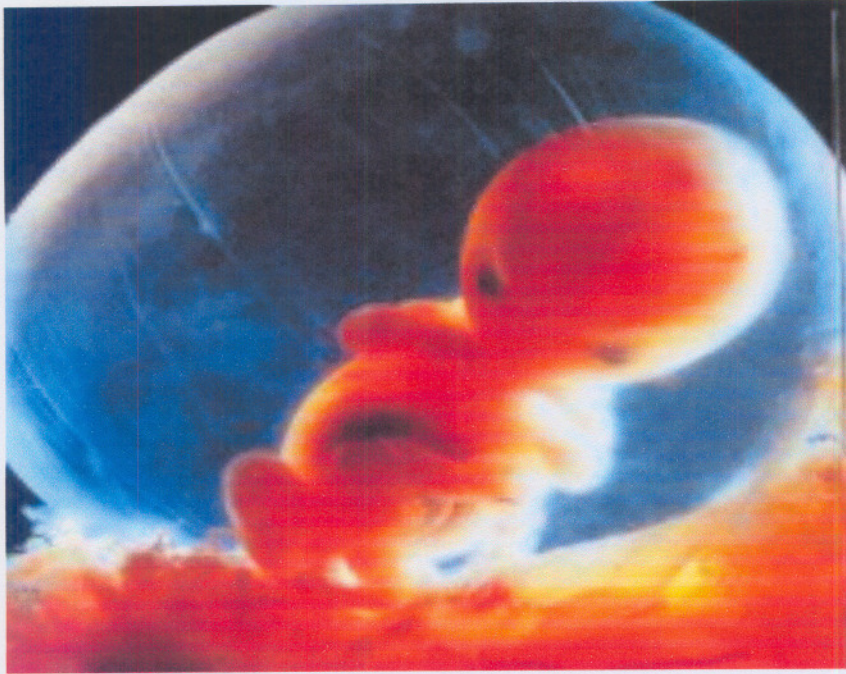
Potchefstroomkampus van die Noordwes-Universiteit

PROMOTOR

Prof. H Strydom

POTCHEFSTROOM

Oktober 2004



Fetus: 8 weke

PSALM 139 : 13-16

“U het my gevorm,
my aanmekaargeweef
in die skoot van my moeder.

Ek wil U loof,
want U het my
op ‘n wonderbaarlike wyse geskep.
Wat u gedoen het,
vervul my met verwondering.
Dit weet ek seker:

geen been van my was vir U verborge
toe ek gevorm is
waar niemand dit kon sien nie,
toe ek aanmekaar geweef is
diep in die moederskoot

U het my al gesien
toe ek nog ongebore was
al my lewensdae was in u boek
opgeskrywe
nog voordat ek gebore was”.

OPSOMMING PRE-ABORSIEBERAAD: 'N MAATSKAPLIKEWERK BENADERING

SLEUTELTERME

Ongewenste/onbeplande/onverwagte swangerskap, aborsie/terminering van swangerskap, draagtyd, konsepsie, kontrasepsie, vryheid van keuse, pre-aborsieberaad, post-aborsieberaad.

DOEL

Die primêre doel van hierdie ondersoek is om te fokus op die lewering van pre-aborsieberaad vanuit 'n maatskaplikewerk perspektief. Die belangrikheid van die lewering van pre-aborsieberaad ten opsigte van die swanger vrou wat die terminering van 'n swangerskap oorweeg, is enersyds beklemtoon. Andersyds is gefokus daarop om maatskaplike werkers bewus te maak daarvan om by aborsieverwante dienste betrokke te raak.

INHOUD VAN DIE PROEFSKRIF

Die proefskrif bestaan uit vyf Afdelings:

AFDELING A

Hierdie afdeling dui die aktualiteit van die navorsing aan, naamlik 'n studie van pre-aborsieberaad waarvolgens vier navorsingsvrae geformuleer is. Die oorkoepelende navorsingsdoelstelling en vier navorsingsdoelwitte is in hierdie afdeling bespreek. Hierdie navorsing neem die intervensienavorsingsmodel binne die gekombineerde kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsingsbenadering aan. Die opnameprosedure is op twee afsonderlike wyses benut, naamlik die enkelstelselontwerp en posvraelyste. Data wat tydens in-diepte onderhoudvoering ingesamel is, is rekenaarmatig asoek met die hand verwerk.

AFDELING B

Hierdie afdeling is in die vorm van vier artikels aangebied waarin die navorsingsbevindinge gerapporteer is. Al vier artikels maak deel uit van die oorkoepelende navorsingsdoelstelling en -doelwitte en van die hele navorsingsprojek. Elke artikel is egter 'n subprojek van die hele navorsingsprojek omdat dit ook selfstandig optree; elkeen met 'n eiesoortige probleemstelling, navorsingsdoelstellings en -doelwitte, navorsingsmetodes en eiesoortige inhoud. Afdeling B bestaan uit die volgende artikels:

Artikel 1 bespreek aborsie as 'n morele dilemma in Suid-Afrika en wys daarop dat daar steeds onbeantwoorde vrae is ten opsigte van hierdie aktuele onderwerp wat so oud is soos die mensdom self. In **Artikel 2** is die leëwêreld van die swanger vrou wat die terminering van 'n swangerskap versoek bespreek, met die klem op die noodsaaklikheid van begrip vir sodanige vrou wat in 'n krisissituasie verkeer ten einde 'n effektiewe maatskaplikewerkdiens te kan lewer. Die belangrikheid van pre-aborsieberaad met krisisingryping as die aangewese model is in **Artikel 3** bespreek. Daar is aangetoon dat die lewering van pre-aborsieberaad vir die swanger vrou wat die terminering van 'n swangerskap oorweeg, noodsaaklik is vir die besluitnemingsproses maar ook ten opsigte van haar toekoms. **Artikel 4** bespreek die mening van maatskaplike werkers ten opsigte van die lewering van pre-aborsieberaad. Die maatskaplike werker as 'n pre-aborsieberader en wat deel uitmaak van die multiprofessionele span, geniet hier prioriteit aandag.

AFDELING C

In Afdeling C is die gevolgtrekkings en aanbevelings ten opsigte van hierdie navorsing uiteengesit. Die beperkings van hierdie studie is aangedui, en aanbevelings is gedoen met die oog op die benutting daarvan in die teorie en die praktyk asook vir opleiding en navorsing.

AFDELING D

Alle addendums waarna in die proefskrif verwys is, is in hierdie afdeling vervat.

AFDELING E

Alhoewel elke artikel oor sy eie bronnelys beskik, is 'n saamgestelde bronnelys van die hele navorsingsprojek in hierdie afdeling weergegee.



Fetus in hand

SYNOPSIS

PRE-ABORTION COUNSELLING: A SOCIAL WORK APPROACH

KEY WORDS

Unwelcome/unplanned/unexpected pregnancy, abortion/termination of pregnancy, gestation, conception, contraception, freedom of choice, pre-abortion counselling, post-abortion counselling.

AIM

The primary aim of this investigation is to focus on the delivering of pre-abortion counselling from a social work perspective. The importance of the delivery of pre-abortion counselling with regard to the pregnant woman, who is considering the termination of a pregnancy, is accentuated on the one hand. On the other hand, the focus is on making social workers aware of becoming involved in abortion-related services.

CONTENTS OF THE THESIS

The thesis consists of five Sections:

SECTION A

This section indicates the actuality of the research, namely a study of pre-abortion counselling according to which four research questions are formulated. The overarching research aim and four research objectives are discussed in the section. This research takes on the intervention research model within the combined qualitative and quantitative research approach. The survey procedure was utilized in two different manners to wit the single-system design and mailed questionnaires. The data which was captured during thorough interviews was processed computer-wise as well as by hand.

SECTION B

This section was presented in the form of four articles in which the research findings were reported. All four articles form part of the all-embracing research aims and objectives and of the entire research project. However, every article is a sub-project of the entire research project because it also acts independently — each with a distinctive problem statement, research aim and objectives, research methods and distinctive content. Section B consists of the following articles:

Article 1 discusses abortion as a moral dilemma in South Africa and points out that there are still unanswered questions with regard to this acute subject that is as old as mankind. In **Article 2** the living space of the pregnant woman who requests the termination of a pregnancy is discussed with the accent on the necessity for the understanding of such a woman who finds herself in a crisis situation, in order to deliver an effective social work service. The importance of pre-abortion counselling with crisis intervention as the proper model is discussed in **Article 3**. And as indicated that delivering pre-abortion counselling to the pregnant woman who requests the termination of a pregnancy is essential for the decision-making process but also with regard to her future. **Article 4** discusses the opinion of social workers concerning the delivery of pre-abortion counselling. The social worker as a pre-abortion counsellor, and who forms part of the multi-professional team receives priority attention here.

SECTION C

In Section C, the conclusions and recommendations with regard to this research is explained. The limitations of this study are indicated, and recommendations are made with a view to its utilisation in theory and in practice as well as for training and research.

SECTION D

All addendums that are referred to in the thesis are contained in this section.

SECTION E

Although each article has its own source list, a combined source list of the entire research project is presented in this section.

DANKBETUIGINGS

SOLI DEO GLORIA

Hiermee my opregte dank en waardering aan die volgende persone wat elkeen 'n onderskeie bydrae gelewer het gedurende hierdie navorsing:

- ❑ Prof Herman Strydom vir doelgerigte en konsekwente studieleiding.
- ❑ Potchefstroom Hospitaal vir die beskikbaarstelling van die infrastruktuur vir die empiriese ondersoek.
- ❑ Dr Wessel Etsebeth, Potchefstroom Hospitaal vir sy ondersteuning en deurlopende begrip.
- ❑ Personeel, Interbiblioteeklening, Ferdinand Postma Biblioteek vir vriendelike en hulpvaardige diens.
- ❑ Me Wilma Breytenbach, Statistiese Konsultasiediens vir rekenaarmatige verwerking van data en leiding met betrekking tot die statistiese interpretasie.
- ❑ Me Cecilia van der Walt vir Afrikaanse en Engelse taalkundige versorging van die manuskrip.
- ❑ Me De Jong vir die formatering van die manuskrip.
- ❑ Mnr Bertie Hanekom, Perspektiefopleiding vir sy leiding met betrekking tot die Selfpersepsievraelys en die verwerking van dié data.
- ❑ My kollegas se deurlopende belangstelling en ondersteuning.
- ❑ My ouers, familie en vriende vir hulle ondersteuning en aanmoediging.
- ❑ My kinders se opoffering, liefde en deurlopende ondersteuning.

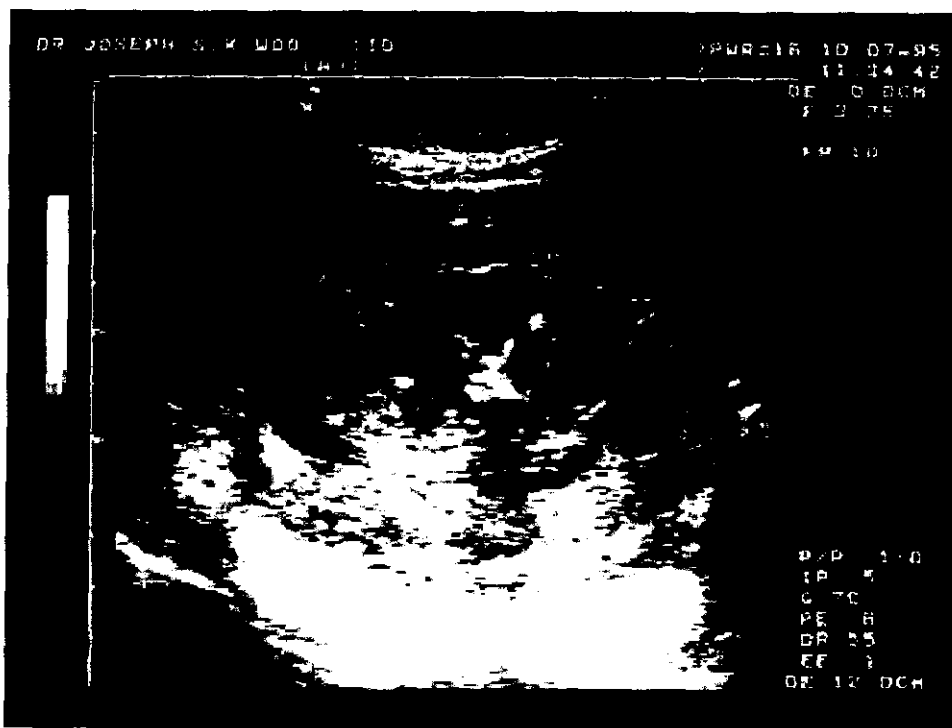
'n Besondere woord van dank aan my eggenoot, Des Humpel wat my die ruimte gebied het om die afgelope twee jaar hierdie studie te onderneem en vir sy konsekwente ondersteuning, aanmoediging, begrip, liefde en verdraagsaamheid.

Laastens my dank en eer aan die Hemelse Vader wat my die nodige krag en deursettingsvermoë gegee het om hierdie navorsing te onderneem en te voltooi.

DIE AANBIEDING VAN DIE NAVORSINGSRESULTATE

Hierdie manuskrip word in artikelformaat aangebied in ooreenstemming met Reëls 11.5.3 en A.11.5.4 wat in die Jaarboek van die Potchefstroomse Universiteit vir CHO (tans Noordwes-Universiteit) (2002:17) uiteengesit is.

Die inhoud en tegniese vereistes van die tydskrif Social Work/Maatskaplike Werk is as basis gebruik om die artikels te formuleer. Die beoogde tydskrif waarvoor die onderskeie artikels voorberei is, is by par 6. van Afdeling A van hierdie manuskrip aangedui.



Fetus 12 weke

INHOUDSOPGAWE

AFDELING A : ORIENTERING EN NAVORSINGSMETODOLOGIE	1
1. PROBLEEMSTELLING	2
2. DOELSTELLING EN DOELWITTE	5
2.1 Doelstelling	5
2.2 Doelwitte	5
3. HIPOTESE	5
4. NAVORSINGSMETODOLOGIE	5
4.1 Perspektief op navorsing	6
4.2 Navorsingsontwerp	7
4.3 Navorsingsmodel en –prosedures	8
4.4 Die proses van intervensienavorsing	9
4.4.1 Fase 1 : Probleemanalise en projekbeplanning	10
4.4.2 Fase 2 : Inligtinginsameling	15
4.4.3 Fase 3 : Vroeë ontwikkeling en vooronderzoek	17
4.4.4 Fase 4 : Ontwerp	18
4.4.5 Fase 5 : Evaluasie en gevorderde ontwikkeling	21
4.4.6 Fase 6 : Disseminasie	23
5. SLEUTELTERME	24
5.1 Ongewenste/onbeplande/onverwagte swangerskap	24
5.2 Aborsie/terminering van swangerskap	24
5.3 Draagtyd	24
5.4 Kontrasepsie	24
5.5 Vryheid van keuse	24
6. INDELING VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG	25
7. BRONNELYS	26
AFDELING B : TYDSKRIFARTIKELS	30
<i>Artikel 1 : Aborsie as morele dilemma in Suid-Afrika</i>	<i>31</i>
1. INLEIDING	31
2. PROBLEEMSTELLING	32
3. DOELSTELLING EN DOELWITTE	33
4. OMSKRYWING VAN BEGRIPPE	34

4.1	Aborsie/terminering van swangerskap	34
4.2	Spontane aborsie/miskraam	34
4.3	Terapeutiese aborsie	34
4.4	Geïnduseerde aborsie	34
4.5	Draagtyd	34
4.6	Nasciturus-beginsel	34
4.7	Konsepsie/bevrugting	34
4.8	Kontrasepsie	35
5.	HISTORIESE AGTERGROND	35
5.1	Vroeë geskiedenis van aborsie	35
5.2	Internasionale geskiedenis van aborsie	36
5.3	Suid-Afrikaanse geskiedenis van aborsie	37
6.	WETGEWING EN JURIDIESE ASPEKTE VAN ABORSIE	40
6.1	Tydperk voor 1975	40
6.2	Wet op Vrugafdrywing en Sterilisatie (Wet 2 van 1975)	41
6.3	Die Grondwet van die Republiek van Suid-Afrika (1996) en aborsie	42
6.4	Wetsontwerp op die Beëindiging van Swangerskap, 1996	43
6.5	Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap (Wet 92 van 1996)	43
6.6	Implikasie van die huidige wetgewing, 1996	45
7.	ABORSIE – 'n MORELE DILEMMA	46
7.1	Moraliteit	46
7.2	Die aborsiedebat	47
7.2.1	Pro-lewe-beweging	47
7.2.2	Pro-keuse-beweging	48
7.2.3	Beperkte geselekteerde aborsie	48
7.3	Mediese aspekte	48
7.4	Maatskaplike aspekte	49
7.5	Godsdienstige aspekte	51
7.6	Kulturele aspekte	51
7.7	Etiese aspekte	52
7.8	Bevolkingsbeleid en gesinsbeplanning	54
8.	SAMEVATTING	55
9.	BRONNELYS	55

Artikel 2 : Die leefwêreld van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek	60
1. INLEIDING	60
2. PROBLEEMSTELLING	61
3. DOELSTELLING EN DOELWITTE	63
4. NAVORSINGSMETODOLOGIE	63
4.1 Ontwerp	63
4.2 Respondente	63
4.2.1 Pasiëntindekse	64
4.2.2 Vraelys	64
4.3 Meetinstrumente	65
4.4 Etiese aspekte	65
5. OMSKRYWING VAN BEGRIPPE	66
5.1 Ongewenste swangerskap	66
5.2 Kontrasepsie	66
5.3 Anonimiteit	66
5.4 Vertroulikheid	67
5.5 Privaatheid	67
5.6 Keuse	67
5.7 Vryheid van keuse	67
6. ONGEWENSTE SWANGERSKAP AS 'N KRISIS	67
6.1 Aard en wese van 'n krisis	67
6.2 Stadia van 'n krisis	69
6.2.1 Pre-krisisfase	69
6.2.2 Aktiewe krisisfase	69
6.2.3 Post-krisisfase	70
6.3 Gevoelens tydens ongewenste swangerskap	70
6.3.1 Ambivalensie	70
6.3.2 Angs en emosionele skok	71
6.3.3 Probleme om helder te dink	71
6.3.4 Vermyding en preokkupasie	71
6.3.5 Ontkenning	71
6.3.6 Woede	72
6.3.7 Depressie	72

6.3.8	Vrees	73
6.3.9	Skuldgevoelens	73
6.3.10	Hulpeloosheid	73
6.3.11	Waardeloosheid	73
6.3.12	Losmaking	73
6.3.13	Gevoelens van spyt, berou, selfverwyrt, gegriefdheid en herstel	74
6.3.14	Verrassing, opgewondenheid en tevredenheid	74
7.	DIE LEEFWêRELD VAN DIE SWANGER VROU WAT 'N ABORSIE	
	VERSOEK	75
7.1	Oorsake vir die ongewenste swangerskap	75
7.2	Bevestiging van die ongewenste swangerskap en reaksie daarop	76
7.3	Die vrou met die ongewenste swangerskap	77
7.3.1	Behoeftes van die vrou met 'n ongewenste swangerskap	77
7.3.2	Die vrou se ambisie	78
7.3.3	Die verhouding met die biologiese vader	78
7.3.4	Die houding van die biologiese vader	78
7.3.5	Armoede	79
7.3.6	Maatskaplike faktore	79
7.4	Besluitnemingsproses	79
7.5	Redes vir aborsieversoek	80
7.5.1	Sosio-ekonomiese redes	80
7.5.2	Ontoereikende emosionele ondersteuning	81
7.5.3	Enkelouerskap	81
7.5.4	Buitehuwelikse verhoudings	81
7.5.5	Opeenvolgende swangerskappe	81
8.	DIE PROFIEL VAN DIE SWANGER VROU WAT 'N ABORSIE	
	VERSOEK	82
8.1	Identifiserende besonderhede	83
8.2	Periode van draagtyd	84
8.3	Tydperk bewus van swangerskap voor versoek om aborsie	85
8.4	Mededeling	85
8.5	Kontrasepsie	85
8.6	Ontwikkelingstadia	86

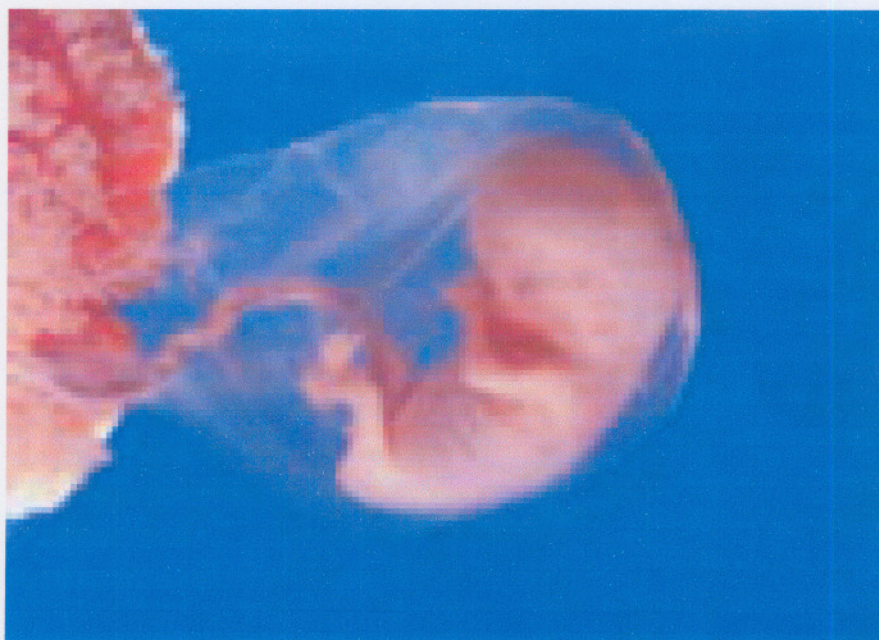
8.7	Ander relevante aspekte	86
9.	TIENERSWANGERSKAP	86
9.1	Adolesensie as ontwikkelingstadium	86
9.2	Die swanger tiener se leefwêreld	87
9.3	Die adolessent se redes vir swangerskap	88
9.3.1	Adolesente vrees hul ouers se reaksie op 'n ongewenste swangerskap	88
9.3.2	Die portuurgroep	88
9.3.3	Ouderdom en emosioneel nie gereed	89
9.3.4	Skoolloopbaan en studie	89
9.3.5	Swye en geheimhouding	89
10.	SAMEVATTING	89
11.	BRONNELYS	90
	<i>Artikel 3 : Die belangrikheid van pre-aborsieberaad</i>	94
1.	INLEIDING	94
2.	PROBLEEMSTELLING	95
3.	DOELSTELLING EN DOELWITTE	97
4.	NAVORSINGSMETODOLOGIE	97
4.1	Ontwerp en prosedure	97
4.2	Respondente	98
4.3	Meetinstrumente	99
4.4	Etiese aspekte	99
5.	OMSKRYWING VAN BEGRIPPE	100
5.1	Beraad	100
5.2	Pre-aborsie	100
5.3	Post-aborsie	100
5.4	Krisis	100
5.5	Krisisingryping	100
6.	KRISISINGRYPING AS MODEL VIR PRE-ABORSIEBERAAD	100
6.1	Aard en wese van krisisingryping	101
6.2	Stappe in krisisingryping	102
6.2.1	Stap 1 : Aanmeldingsfase	102
6.2.2	Stap 2 : Vermindering van angstigheid	102
6.2.3	Stap 3 : Fokus op die krisis, naamlik die ongewenste swangerskap	103

6.2.4	Stap 4 : Evalueringsfase	103
6.2.5	Stap 5 : Bemoedigende en ondersteunende aksie	104
6.2.6	Stap 6 : Opvolg-/afsluitingsfase	105
7.	PRE-ABORSIEBERAAD EN NAVORSINGSBEVINDINGE	105
7.1	Aard en wese van pre-aborsieberaad	106
7.2	Doel van pre-aborsieberaad	107
7.3	Die waarde van pre-aborsieberaad	108
7.3.1	Bevestiging van swangerskap	108
7.3.2	Kontrasepsie	109
7.3.3	Kennisname deur ander betekenisvolle persone	110
7.3.4	Godsdienstige en morele standpunte	112
7.3.5	Motiewe vir 'n aborsie en maatskaplike omstandighede	112
7.3.6	Die begrip aborsie	114
7.3.7	Ontwikkelingstadia van die fetus	115
7.3.8	Aborsieprosedure	115
7.3.9	Alternatiewe vir aborsie	116
7.4	Nagevolge	118
7.4.1	Fisiese nagevolge	119
7.4.2	Emosionele gevolge	119
7.5	Die sinvolheid van pre-aborsieberaad	120
8.	SAMEVATTING	122
9.	BRONNELYS	123
	<i>Artikel 4 : Die taak van die maatskaplike werker ten opsigte van pre-aborsieberaad</i>	<i>127</i>
1.	INLEIDING	127
2.	PROBLEEMSTELLING	128
3.	DOELSTELLING EN DOELWITTE	129
4.	NAVORSINGSMETODOLOGIE	130
4.1	Ontwerp	130
4.2	Respondente	130
4.3	Meetinstrumente	132
4.4	Etiese aspekte	132
5.	OMSKRYWING VAN BEGRIPPE	132
5.1	Geneeskundige maatskaplike werk	132

5.2	Professie	133
5.3	Multi-professionele span	133
5.4	Professionele verhouding	133
5.5	Vrou	133
5.6	Swanger/draagtyd	133
6.	MULTIPROFESSIOELE SPANBENADERING	133
6.1	Vereistes vir die multiprofessionele span	134
6.2	Die multiprofessionele span binne inrigtingsverband	135
6.3	Multiprofessionele spanlede betrokke by die terminering van swangerskap	136
6.3.1	Geneesheer	136
6.3.2	Verpleeegkundige	136
6.3.3	Geestelike werker	139
6.3.4	Apteker	139
6.3.5	Geneeskundige maatskaplike werker	139
7.	DIE MAATSKAPLIKE WERKER AS PRE-ABORSIEBERADER	140
7.1	Selfondersoek en identifiserende besonderhede	140
7.2	Die rol en funksie van die pre-aborsieberader	143
7.3	Die professionele verhouding	147
7.4	Vaardighede waaroor die pre-aborsieberader moet beskik	150
7.5	Addisionele opleiding vir pre-aborsieberaders	152
7.5.1	Toegerustheid van respondente	152
7.5.2	Behoeftes aan opleiding	153
7.5.3	Addisionele opleiding	153
7.5.4	Ander inligting	154
7.6	Moontlike frustrasies van die pre-aborsieberader	154
7.7	Aanbevelings vir pre-aborsieberaders	154
8.	SAMEVATTING	155
9.	BRONNELYS	156
	AFDELING C : GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS	161
1.	INLEIDING	162
2.	OPSOMMING	162
3.	GEVOLGTREKKING RAKENDE NAVORSINGSONTWERP EN PROSEDURES	163

4.	GEVOLGTREKKINGS RAKENDE NAVORSINGSBEVINDINGE	164
4.1	Samevattende gevolgtrekkings: Aborsie as 'n morele dilemma in Suid-Afrika	164
4.2	Samevattende gevolgtrekkings: Die leefwêreld van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek	165
4.3	Samevattende gevolgtrekkings: Die belangrikheid van pre-aborsieberaad	166
4.4	Samevattende gevolgtrekkings: Die taak van die maatskaplike werker ten van pre-aborsieberaad	167
5.	ALGEMENE GEVOLGTREKKING	168
6.	BEPERKINGS VAN DIE STUDIE	168
7.	AANBEVELINGS	169
7.1	Teorie	169
7.2	Praktyk	170
7.3	Opleiding	170
7.4	Navorsing	171
8.	DIE BYDRAE VAN HIERDIE STUDIE	172
9.	SLOTSOM	173
	AFDELING D : ADDENDUMS	174
ADDENDUM A	Skrywe aan die waarnemende hoof uitvoerende beampte	175
ADDENDUM B	Motiveringskrywe	179
ADDENDUM C	Toestemming van die Etiekkomitee Potchefstroom Hospitaal	180
ADDENDUM D	Skrywe aan die Departementele Navorsingskomitee, Mmabatho	181
ADDENDUM E	Selfpersepsieskaal (SPS2)	182
ADDENDUM F	Voorondersoek: Pasiënte Vraelys met die aanvang van pre-aborsieberaad	183
ADDENDUM G	Voorondersoek: Pasiënte Vraelys met die afsluiting van pre-aborsieberaad	189
ADDENDUM H	Voorondersoek: Vraelys aan die maatskaplike werkers	195
ADDENDUM I	Hoofondersoek: Vraelys aan die maatskaplike werkers	197
ADDENDUM J	Dekbrief: Maatskaplike werkers	201
ADDENDUM K	Pasiëntindeks	202

ADDENDUM L	Hoofondersoek: Pasiënte	
	Vraelys met die aanvang van pre-aborsieberraad	203
ADDENDUM M	Hoofondersoek: Pasiënte	
	Vraelys met die afsluiting van pre-aborsieberraad	209
AFDELING E : SAAMGESTELDE BRONNELYS		215



Fetus 8 weke

INHOUDSOPGAWE

TABELLE

AFDELING A : ORIENTERING EN NAVORSINGSMETODOLOGIE	1
TABEL 1 Uiteensetting van die eerste steekproef – maatskaplike werkers	22
TABEL 2 Uiteensetting van die totale steekproef – maatskaplike werkers	23
AFDELING B : TYDSKRIFARTIKELS	30
<i>Artikel 1 : Aborsie as morele dilemma in Suid-Afrika</i>	<i>31</i>
TABEL 1 Wetlike bepalings van aborsie	40
<i>Artikel 2 : Die leefwêreld van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek</i>	<i>60</i>
TABEL 1 Innerlike onsekuriteit, skuldgevoelens en eiewaarde	74
TABEL 2 Redes vir die terminering van swangerskap	81
TABEL 3 Ouderdomsverspreiding	83
TABEL 4 Beroepstatus	84
TABEL 5 Aantal kinders	85
TABEL 6 Huwelikstaat	85
TABEL 7 Periode van draagtyd	85
TABEL 8 Tydperk bewus van swangerskap	85
TABEL 9 Kontrasepsie	85
<i>Artikel 3 : Die belangrikheid van pre-aborsieberaad</i>	<i>94</i>
TABEL 1 Dae bewus van die swangerskap	108
TABEL 2 Draagtyd	109
TABEL 3 Toepas van kontrasepsiemetodes	110
TABEL 4 Mededeling van die swangerskap en/of versoek om 'n aborsie	111
TABEL 5 Motiewe vir die terminering van die swangerskap	113
TABEL 6 Redes vir die terminering van swangerskap	113
TABEL 7 Omskrywing van aborsie	114
TABEL 8 Verwagtings ten opsigte van pre-aborsieberaad	115
TABEL 9 Verband tussen opsies en 'n aborsie as enigste keuse	116
TABEL 10 Alternatiewe	118
TABEL 11 Behoeftes aan opleiding	153
TABEL 12 Spesifieke onderwerpe vir opleiding	153

GRAFIEKE**AFDELING B : TYDSKRIFARTIKELS 30***Artikel 2 : Die leefwêreld van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek 60***GRAFIEK 1 Selfpersepsie 74****SIRKELDIAGRAMME****AFDELING B : TYDSKRIFARTIKELS 30***Artikel 2 : Die leefwêreld van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek 60***SIRKELDIAGRAM 1 Beroepstatus 83****SIRKELDIAGRAM 2 Kennis van aborsiewetgewing 143**

Voet van fetus : 12 weke

AFDELING A

ORIËTERING EN NAVORSINGSMETODOLOGIE

ORIËTERING EN NAVORSINGSMETODOLOGIE

1. PROBLEEMSTELLING

Die terminering van swangerskap in die hedendaagse samelewing is in werklikheid 'n diep gewortelde probleem wat so oud soos die mensdom self is. Manxaile (1998:1) is van mening dat die terminering van swangerskap een van die min aangeleenthede is wat letterlik en figuurlik as 'n saak van lewe en dood geklassifiseer kan word. Daar word selfs na aborsie as 'n burgeroorlog verwys, aangesien dit verdeeldheid onder families, vriende en die gemeenskap veroorsaak. Aborsie word verder beskou as 'n onderwerp wat omgewe is van intense menslike vooroordele en wanpersepsies (Rau, 1996:1). Dit word toegeskryf aan die tradisionele siening van aborsie wat direk in konflik staan met die beginsels van natuurlike, kulturele en geloofsoortuigings. Die terminering van swangerskap is emosioneel gelaai en vandag net so relevant as in die vroegste jare.

Volgens Mkhize (2000:4) is aborsie op versoek 'n sensitiewe saak en word die kwessie van toestemming as die kern van dié etiese probleem beskou. Die ongerapporteerde hooggeregshofuitspraak oor die toestemming deur minderjariges ten opsigte van die terminering van swangerskap wat weer die fokus op aborsie as morele dilemma en die belangrikheid van pre-aborsieberaad plaas, sluit hierby aan (Mojapelo, 2004:33-36). Suid-Afrikaanse gegewens ten opsigte van wettige en onwettige aborsies dui daarop dat drie uitstaande faktore bevestig dat die terminering van swangerskap 'n nasionale tendens is:

- ❑ Onwettige aborsies wat onder onveilige toestande uitgevoer word, is 'n hooforsaak van mortaliteit en siektetoestande onder vroue.
- ❑ 'n Behoeftes aan geïnduseerde aborsies en vroue wat in beheer wil wees van hulle reprodktiewe gesondheid, soos wanneer en hoeveel kinders hulle wil hê, is 'n werklikheid.
- ❑ Indien dit higiënies en korrek gedoen word, word die aborsieprosedure as veilig beskou en word sterftes en gevolge van onveilige aborsies tot die minimum beperk, aldus De Pinho en Hoffman (1998:786).

Definitiewe antwoorde rakende hierdie aktuele onderwerp met sy diep morele inslag bestaan nie. Die terminering van swangerskap moet in die geheel begryp word, aangesien dit reeds deel geword het van die etos van die heersende samelewing regoor die wêreld – ook in Suid-Afrika.

Die terminering van swangerskap is nie alleen 'n etiese en morele dilemma nie, maar het onomwonde 'n diep maatskaplike inslag (Van Rooyen, 1998:298). 'n Ongewenste swangerskap is vir die vrou wat nie daarvoor kans sien nie, 'n krisis. Sommige vroue oorweeg die terminering van swangerskap om verlos te raak van die ongewenste swangerskap (Zimmerman, 1997:15). Die maatskaplike funksionering van die swanger vrou wat aborsie versoek en van diegene wat reeds 'n terminering van swangerskap ondergaan het, word deur die ongewenste swangerskap beïnvloed. Ware verhale wat in die literatuur opgeteken is, bevestig dat "the unwanted pregnancy and subsequent abortion may be far behind you, but the memories of that painful experience still tear at your soul. Day after day you struggled with an intense inner conflict that won't go away" (Reisser & Reisser, 1992:2). Diepgaande kennis van die swanger vrou wat die terminering van swangerskap oorweeg se leefwêreld is belangrik sodat haar spesifieke behoeftes in pre-aborsieberaad in ag geneem kan word, en sy begelei kan word deur die besluitnemingsproses.

Vroue wat op die aborsie-ervaring voorberei is, hanteer dit beter as diegene wat oor beperkte inligting beskik en 'n oorhaastige besluit neem. Elke vrou behoort deeglik gassesseer te word met betrekking tot verantwoordelike besluitneming en haar vermoë om die ervaring sinvol te verwerk. 'n Vrou met 'n ongewenste swangerskap wat 'n aborsie oorweeg, verkeer in 'n krisissituasie en is op krisisberaad aangewese, aldus Le Roux en Botha (1997:172). Pre- en post-aborsieberaad word as 'n maatskaplikewerk-taak beskou deurdat maatskaplikewerk-praktyk fokus op probleemoplossing en konflikthantering op individuele en interpersoonlike vlak, waarvan aborsieverwante sake deel uitmaak (Mogano, 1999:22; Van Rooyen, 1998:298). Voorts beklemtoon Millner en Hanks (2002:57) die belangrikheid van 'n terapeutiese verhouding tussen die berader en die swanger vrou wat 'n aborsie oorweeg. Die swanger vrou se leefwêreld en die samelewing se reaksie op aborsie word op mekaar afgestem, terwyl rekening gehou word met etiese beginsels. Die rol van die maatskaplike werker in die terminering van swangerskap moenie geringgeskat word nie, aangesien aborsie op

aanvraag toeneem en die gevolge daarvan daagliks in die maatskaplike funksionering van die vrou manifesteer (Sekudu, 2001:156; Van Rooyen: 1998:295). Dít is ook in twee afsonderlike persberigte bevestig, en 'n verdere vier persberigte oor die wysigingswetsontwerp oor aborsie beklemtoon die omvangrykheid van hierdie onderwerp, wat impliseer dat maatskaplike werkers hulle nie daarvan kan distansieer nie (De Villiers, 2004(a):9; De Villiers, 2004(b):12; Fourie, 2004(a):11; Fourie, 2004(b):11; Jackson, 2004:9; Jordaan, 2004:2).

Metodes in maatskaplikewerk-hulpverlening bied aan die maatskaplike werker die geleentheid om op primêre, sekondêre en tersiêre voorkomingsvlakke toegang tot die swanger vrou wat aborsie oorweeg, te verkry, haar van inligting te bedien en haar deur die krisissituasie te begelei (Van Rooyen, 1998:295). Navorsing oor die terminering van swangerskap op versoek is beperk, en beskikbare literatuur fokus hoofsaaklik op die post-abortiewe fase (Geldenhuys & De Lange, 2001:92; Van Rooyen, 1998:298). Relatief min navorsing is oor aborsie in die Suid-Afrikaanse konteks gedoen (Forrest, 1994:21). Uit die literatuur blyk dit dat daar egter ook 'n gekompliseerdheid ten opsigte van aborsie voorkom wat deels toegeskryf kan word aan die twee uiteenlopende standpunte oor aborsie, naamlik die pro-lewe-beweging en die pro-keuse-beweging (Mc Culloch, 1996:6; Taylor, 1997:8). Dit het die navorsing oor aborsie dikwels in twee kampe verdeel en navorsers in 'n onbenydenswaardige posisie geplaas. Van Rooyen (1998:95) fokus op die noodsaaklikheid van navorsing met die oog daarop om maatskaplike werkers op hoogte te bring van aborsieverwante sake, naamlik dat "it was the intention of the researcher to open up and explore an issue that is current, emotive, controversial and that will quite possibly have an impact on social workers in South Africa at a practical level". Die huidige ondersoek steun sterk op hierdie standpunt en poog om maatskaplike werkers in te lig en te motiveer om by pre- en post-aborsie-beraad betrokke te raak.

Die voorafgaande aspekte het die volgende navorsingsvrae ontlok:

- ☐ Wat is die aard van die morele dilemma aangaande aborsie in Suid-Afrika?
- ☐ Wat is die spesifieke leefwêreld van die swanger vrou wat aborsie versoek?
- ☐ Wat is die belangrikheid van pre-aborsieberaad vir 'n swanger vrou wat aborsie oorweeg?

- Wat is maatskaplike werkers se mening ten opsigte van die lewering van pre-aborsieberaad?

2. DOELSTELLING EN DOELWITTE

2.1 Doelstelling

Die primêre doel van hierdie ondersoek is om op pre-aborsieberaad vanuit 'n maatskaplikewerk-perspektief te fokus.

2.2 Doelwitte

Ter bereiking van die doelstelling van die ondersoek, word die volgende doelwitte nagestreef:

- Om deur middel van 'n literatuurstudie aborsie as 'n morele dilemma in Suid-Afrika te bestudeer.
- Om deur middel van 'n literatuurstudie en empiriese ondersoek die spesifieke leefwêreld van die swanger vrou wat aborsie versoek, te ondersoek.
- Om deur middel van 'n literatuurstudie en empiriese ondersoek die belangrikheid van pre-aborsieberaad te bepaal.
- Om deur middel van 'n literatuurstudie en empiriese ondersoek die mening van maatskaplike werkers ten opsigte van pre-aborsieberaad te bepaal, en die taak van die maatskaplike werker as pre-aborsieberader te omlyn.

3. HIPOTESE

Indien die belangrikheid van pre-aborsieberaad vir swanger vroue wat 'n terminering van swangerskap versoek, beklemtoon kan word en aansluiting gevind kan word by die swanger vrou se leefwêreld en spesifieke behoeftes, kan 'n meer effektiewe maatskaplikewerk-diens aan sodanige vroue gelewer word.

4. NAVORSINGSMETODOLOGIE

Maatskaplikewerk-navorsing word in die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:41) omskryf as 'n "proses waarvolgens ondersoek na die teorie en praktyk van maatskaplike werk ingestel word." Volgens Grinnell (2001:14) is maatskaplikewerk-navorsing 'n gestruktureerde navraag oor 'n maatskaplike probleem wat deur middel van aanvaarbare metodologie ondersoek word ter oplossing van die probleem en bydra tot die kennisgeheel van maatskaplike werk wat algemeen bruikbaar is.

Wetenskaplike maatskaplikewerk-navorsing is dus 'n doelbewuste, sistematiese soektog na antwoorde op vrae wat ontstaan (Strydom, 1999:8). Toegepaste navorsing fokus op die praktyk van maatskaplike werk, dus geïntegreerde teorie en praktyk waarvan hierdie ondersoek deel uitmaak (Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk, 1995:64; Strydom, 1999:10).

4.1 Perspektief op navorsing

Literatuur onderskei tussen positivistiese of kwantitatiewe en interpretatiewe of kwalitatiewe ondersoeke (Creswell, 2003:18-19; De Vos *et al.*, 2002:79; Grinnell, 2001:88; Neuman, 2003:139; Strydom, 1999:74).

- Kwantitatiewe ondersoeke is gebaseer op positivisme wat beoog om objektiewe feite te meet, hipoteses te toets en beheer oor menslike gedrag te voorspel (De Vos *et al.*, 2002:79). Die navorser handhaaf 'n afstand en bly gedistansieerd van dit wat bestudeer word ten einde objektiwiteit te verhoog. Kwantitatiewe ondersoek behels 'n eenmalige, objektiewe bemoeienis met 'n groot aantal proefpersone en fokus op veranderlikes, en die data word deur middel van statistiese prosedures verwerk met die oog op betroubaarheid (Creswell, 2003:18; Strydom, 1999:74).
- Kwalitatiewe ondersoeke het hul oorsprong in die interpretatiewe benadering, is holisties van aard en het ten doel om maatskaplike funksionering en die betekenis, wat die mens aan die alledaagse lewe heg, te verstaan (Creswell, 2003:181-182; De Vos *et al.*, 2002:79). Hierdie perspektief fokus op kwalitatiewe, beskrywende data en genereer hipoteses en veralgemenings as deel van die ondersoek (Strydom, 1999:74). Die kwalitatiewe navorser is derhalwe daarmee gemoeid om te verstaan, eerder as om te verduidelik, en verkies waarneming bo gekontroleerde meting, asook die subjektiewe verkenning van die werklikheid binne die perspektief van die ingeligte, in teenstelling met die buitestander se siening (De Vos *et al.*, 2002:79). Waardes is pertinent teenwoordig en daar word slegs op enkele gevalle gekonsentreer. Die navorser tree in direkte en persoonlike interaksie met die respondente met die doel om deel van hulle leefwêreld te word (Strydom, 1999:75).

Volgens De Vos *et al.* (2002:79) moet die navorser hom vergewis van die omstandighede waarin dit gewens is om die kwantitatiewe en kwalitatiewe perspektiewe te

kombineer. Die gemengde metode is dié waarin die navorser kennis baseer op pragmatiese gronde (gevolggeoriënteerd, probleemgesentreerd en veelvuldig). Data word ingesamel om die navorsingsprobleem ten beste te verstaan. Dit behels numeriese sowel as verhalende inligting sodat die finale databasis beide kwantitatiewe en kwalitatiewe inligting verteenwoordig (Creswell, 2003:18,20). Die fokus van hierdie ondersoek, naamlik pre-aborsieberaad vanuit 'n maatskaplikewerk-benadering, is in kombinasie van albei perspektiewe gedoen:

- Daar is kwalitatief te werk gegaan deurdat die ondersoeker 'n beperkte aantal respondente by persoonlike onderhoude betrek het om bepaalde inligting in te win.
- Daar is kwantitatief te werk gegaan deurdat vraelyste op 'n steekproefbasis aan 'n groot aantal respondente uitgestuur is om 'n meningspeiling te maak. Hiertydens het die ondersoeker 'n indirekte rol gespeel en 'n bepaalde afstand gehandhaaf.

4.2 Navorsingsontwerp

Die navorsingsontwerp is die plan, die struktuur en die strategieë om antwoorde op die navorsingsvrae te vind (Strydom, 1999:76). Alhoewel ondersoekte verskillende ontwerpe kan aanneem, soos verkennend, beskrywend of verklarend, is een ontwerp hoofsaaklik dominant (De Vos *et al.*, 2002:109).

- Die verkennende navorsingsontwerp word gebruik om insig in 'n situasie, verskynsel, gemeenskap of individu te bekom. Die behoefte aan sodanige studie het sy oorsprong in 'n leemte in basiese kennis ten opsigte van 'n nuwe veld of belangstelling, of daarin dat die navorser meer bekend wil raak met 'n situasie om sodoende 'n probleem of hipotese te formuleer (De Vos *et al.*, 2002:109). Die doel hiervan is om die navorser se nuuskierigheid te bevredig, die wenslikheid van 'n dieperliggende studie te toets en metodes te ontwikkel wat in indringende studie benut kan word (Babbie, 1989:81). In die bestudering van pre-aborsieberaad vanuit 'n maatskaplikewerk-perspektief, is kwalitatiewe data noodwendig gebruik om bepaalde insigte in basiese elemente rakende die navorsingsvrae te verkry.
- Die beskrywende navorsingsontwerp word deur Strydom (1999:78) beskou as 'n sistematiese, objektiewe en volledige beskrywing van die werklikheid. Die beskrywende navorsingsontwerp "presents a picture of the specific details of a

situation, social setting or relationship, and focuses on 'how' and 'why' questions" (De Vos *et al.*, 2002:109).

In aansluiting by Babbie (1989:81) beklemtoon die studie van pre-aborsieberaad die beskrywing van situasies en gebeure. Die ondersoeker is deel van die ondersoek, het waargeneem en dít toe beskryf. Aangesien wetenskaplike waarneming deeglik en doelgerig is, is wetenskaplike beskrywings ten opsigte van hierdie ondersoek akkuraat en presies aangedui soos uiteengesit deur Neuman (2003:380).

'n Kombinasie van die verkennende en die beskrywende navorsingsontwerp is in hierdie ondersoek gebruik.

4.3 Navorsingsmodel en -prosedures

Vir die doel van hierdie ondersoek word die intervensienavorsingsmodel benut. Met die oog op data-insameling word die opnameprosedure gebruik. Die opnameprosedure is op twee afsonderlike wyses benut:

Swanger vroue: Die enkelstelselontwerp is hier gebruik deurdat vraelyste met die aanvang en na afloop van kwalitatiewe in-diepte onderhoudvoering met die swanger vroue wat aborsie versoek, ingevul is.

Maatskaplike werkers: Posvraelyste is in hierdie geval gebruik.

Die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:31) omskryf intervensienavorsing as "navorsing wat gerig is op die daarstelling van sistematiese prosedures vir die ontwerp, toetsing, evaluering en verfyning van tegnieke en instrumente met die oog op intervensie in maatskaplike probleme in gemeenskappe en groepe". Intervensienavorsing word gedefinieer as studies met die doel "of conceiving, creating and testing innovative human services approaches to prevent or ameliorate problems, or to maintain quality of life" (De Vos *et al.*, 2002:396).

Intervensienavorsing het uit die werk van twee pioniers in die veld van ontwikkelingsnavorsing ontwikkel, naamlik Thomas en Rothman (De Vos *et al.*, 2002:394). Hulle samewerking het gelei tot die samevoeging van die Development Research & Utilization-model (DR&U), Design and Development-model (D&D) en

Social Research & Development-model (Social R&D). 'n Boek is gepubliseer waarin hulle eiesoortige ontwikkelingsnavorsing in 'n nuwe model geïntegreer is, naamlik intervensienavorsing. Thomas en Rothman se standpunt is "to develop technology in the human service professional fields requires a special type of research, mainly akin to the developmental research undertaken in the fields of engineering and business, and adapted to the needs of the human professions such as social work" (De Vos *et al.*, 2002:395). Die intervensiemodel ondersteun derhalwe die hulpverleningsprofesies.

In ooreenstemming met Strydom (1999:141) se siening dat intervensienavorsing op die probleem of teikensisteem wat op 'n bepaalde stadium 'n probleem in die gemeenskap is fokus, word aborsie wat as 'n aktuele probleem in die breër samelewing beskou word, bestudeer. Intervensienavorsing sluit ook strategieë in wat die verband tussen die individu en die maatskaplike omgewing verstewig (De Vos *et al.*, 2002:395). Die resultaat van hierdie ondersoek behoort ook 'n positiewe bydrae te lewer ten opsigte van 'n groter binding tussen die individu en die maatskaplike omgewing. Intervensienavorsing word as die geskikte model vir hierdie navorsing beskou deurdat daar voldoen word aan die eise wat vir intervensienavorsing gestel word, soos uiteengesit deur De Vos *et al.* (2002:396), naamlik:

- ❑ Hierdie ondersoek poog om aborsie as problematiese verskynsel in die hedendaagse samelewing te verstaan (Knowledge Development – KD).
- ❑ Hierdie ondersoek poog om 'n bydrae te lewer tot maatskaplikewerk-dienslewering aan swanger vroue wat terminering van swangerskap versoek (Knowledge Utilisation – KU).
- ❑ Tydens hierdie ondersoek sal bepaal word of pre-aborsieberaad belangrik is vir swanger vrouens wat terminering van swangerskap versoek.
- ❑ Dit is 'n studie wat sistematies ontwerp is en ontwikkeling van intervensie beoog (Design and Development – D&D).

4.4 Die proses van intervensienavorsing

Die intervensienavorsingsmodel bestaan uit ses fases, naamlik probleemanalise; inligtinginsameling; ontwerp; vroeë ontwikkeling en voorlopige toetsing; evaluering en gevorderde ontwikkeling; en disseminasie. Volgens De Vos *et al.* (2002:397) "...not all phase models, whether in practice or research, can be viewed as patterns of

one phase following the next rigidly". Uit die aard van die verloop van hierdie ondersoek, naamlik dat die vooronderzoek in die geheel afgehandel is alvorens met die hoofonderzoek/-ontwerp begin is, is dit nie moontlik dat die fases soos hierbo uiteengesit mekaar kronologies opvolg nie en is die volgende aanpassings gemaak:

- ❑ Fase 1 : Probleemanalise en projekbeplanning.
- ❑ Fase 2 : Inligtinginsameling en sintese.
- ❑ Fase 3 : Vroeë ontwikkeling en vooronderzoek.
- ❑ Fase 4 : Ontwerp.
- ❑ Fase 5 : Evaluasie en gevorderde ontwikkeling.
- ❑ Fase 6 : Disseminasie.

Hierdie ondersoek is vanuit twee fokuspunte uitgevoer, naamlik:

- ❑ Die swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek.
- ❑ Die menings van maatskaplike werkers ten opsigte van die lewering van pre-aborsieberaad.

Die navorsingsprosedures en -resultate sal ook onderskeidelik aangedui word. Die resultate van die totale ondersoek word in vier verskillende artikels gerapporteer. Die eerste artikel handel oor aborsie as 'n morele dilemma in Suid-Afrika en die daaropvolgende twee artikels fokus op die swanger vrou. Die mening van maatskaplike werkers ten opsigte van pre-aborsieberaad is die fokuspunt van die laaste artikel.

4.4.1 Fase 1: Probleemanalise en projekbeplanning

Die volgende vier stappe, soos uiteengesit deur De Vos *et al.* (2002:398), is van toepassing op hierdie ondersoek, naamlik die identifisering en betrokkenheid van kliënte; die verkryging van toegang tot en samewerking van instellings/populasie; die identifisering van die besorgdheid van die populasie en die formulering van navorsingsdoelstellings en -doelwitte.

❑ *Identifisering en betrokkenheid van kliënte*

Geneentheid tot en empatiese meelewing met die kliënt in maatskaplike werk is een van die redes waarom navorsing benut kan word en "we care about helping them, and thus we seek scientific evidence about the effects of the services we are providing and of alternative services that might help them more" (Rubin & Babbie, 2001:9).

Effektiewe maatskaplikewerk-dienslewering is noodsaaklik, aangesien swak dienste kliënte skade kan berokken (Rubin & Babbie, 2001:9).

Swanger vroue: Met die inwerkingtreding van aborsiewetgewing gedurende 1997 en "in erkentlikheid daaraan dat die staat die verantwoordelikheid het om reprodutiewe gesondheid aan almal te voorsien, en ook om veilige omstandighede te skep waaronder die reg van keuse sonder vrees of benadeling uitgeoefen kan word" (SA, 1996:1302), is opdrag gegee dat Potchefstroom Hospitaal diennooreenkomstig gestruktureer moet word. Sedert Oktober 1998 is swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek, geprioritiseer. 'n Struktuur is geskep waarbinne swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek, geakkommodeer kan word. Hulle word aan pre-aborsieberaad onderwerp alvorens die aborsieprosedure realiseer. Post-aborsieberaad realiseer slegs op versoek van die pasiënt.

Algaande het die behoefte ontstaan aan meer kennis aangaande die oorsprong en geskiedenis van aborsie en rakende die belangrikheid van pre-aborsieberaad. 'n Verdere behoefte is geïdentifiseer, naamlik dat die program wat tydens pre-aborsieberaad aangebied word, afgestem moet word op die spesifieke leefwêreld en behoeftes van die swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek. Gevolglik is swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek en wat vir pre-aborsieberaad by Potchefstroom Hospitaal inskakel, vir navorsing geïdentifiseer.

Aangesien die menslike wese die onderwerp van studie in die sosiale wetenskappe is, bring dit unieke etiese kwessies na vore wat eers aandag moet geniet. In alle vorme van navorsing moet rekening gehou word met etiese implikasies (De Vos *et al.*, 2002:62; Neuman, 2000:90-91). Prioriteit is verleen aan die kwesbaarheid van die vroue met ongewenste swangerskappe en aan die wyse waarop hulle hanteer behoort te word. Pre-aborsieberaad maak deel uit van die hospitaalbeleid, maar aandag is gegee aan die doel van die studie sodat die swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek, daarby sal baat, en om insgelyks enige misleiding of verwarring te voorkom. Aanspraak is ook gemaak op respondente se vrywillige en ingeligte samewerking. Ander etiese aspekte wat reeds in hierdie stadium aandag geniet het, is dat respondente verseker is van privaatheid, selfbeslissingsreg, vertroulikheid en anonimiteit – aspekte wat vir die swanger vrou wat die terminering van swangerskap

versoek, van kardinale belang is. Sodoende is onnodige blootstelling van die swanger vroue voorkom en terselfdertyd verseker dat 'n getroue weergawe van hulle situasie deur die ondersoeker bekom sou word (Babbie, 2004:64-66; Creswell, 2003:64-65; De Vos *et al.*, 2002:65).

Maatskaplike werkers: Volgens De Vos *et al.* (2002:121) moet sorg gedra word dat data met akkuraatheid en presiesheid ingesamel word. Ten einde die betroubaarheid en geldigheid van hierdie ondersoek te verhoog, is 'n resente naamlys van geregistreerde maatskaplike werkers by die Raad vir Maatskaplike Diensberoepse bekom (Neuman, 2000:164). Daaruit is 'n opname gemaak en 'n geografiese afbakening gedoen om die universum te bepaal. Vir doeleindes van hierdie ondersoek is besluit op 'n aantal geregistreerde maatskaplike werkers in Noordwes en Vrystaat.

□ *Verkryging van toegang tot en samewerking van instellings/populasie*

Swanger vroue: Sedert 1998 maak die hantering van swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek, pre-aborsieberaad en skakeling met die gemeenskap aangaande aborsieverwante sake deel uit van die ondersoeker se dagtaak. Nadat 'n behoefte aan navorsing oor pre-aborsieberaad geïdentifiseer is, is navorsingsvrae geformuleer. Alhoewel die ondersoeker daagliks toegang tot Potchefstroom Hospitaal en die pasiëntsisteem het, is die volgende prosedure gevolg ten einde korrekte optrede en amptelike toeganklikheid te verseker. Eerstens is 'n onderhoud met die waarnemende uitvoerende beampte, Dr Sooliman, gevoer om die geïdentifiseerde behoefte en projekbeplanning te bespreek met die oog op verbale goedkeuring vir die navorsingsprojek. Hierdie versoek is skriftelik opgevolg (**Addendum A**), vergesel deur 'n motiveringskrywe van H Strydom, professor en hoof van die maatskaplike werk afdeling by die Skool vir Psigo-sosiale Gedragwetenskappe, Potchefstroom-kampus van die Noordwes-Universiteit (**Addendum B**).

De Vos *et al.* (2002:63) is van mening dat professionele etiek die ondersoeker se verantwoordelikhede en die respondent se regte rig en dat etiese riglyne as standarde dien en beskou word as basis waarop elke navorser sy eie gedrag kan meet. Suiwer etiese riglyne vir navorsing beskerm respondente en maatskaplike werkers, gee rigting aan die data wat ingesamel word en rig optrede na aanvaarbare en betekenisvolle doelstellings (Strydom, 1999:17). Die volgende etiese aspekte het in hierdie stadium

van die ondersoek aandag geniet om op korrekte wyse toegang tot en samewerking met die instelling te bewerkstellig:

- ⇒ 'n Skriftelike versoek is aan die Etiese Komitee van Potchefstroom Hospitaal gerig om navorsing te mag doen ten opsigte van swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek (*Addendum A*). Hierdie versoek is toegestaan (*Addendum C*).
- ⇒ 'n Skriftelike versoek is aan die departementele navorsingskomitee, Department Gesondheid, Noordwes-Provinsie gerig om toestemming te verkry om hierdie navorsing te mag onderneem (*Addendum D*). Toestemming is mondeling verleen.

Aangesien die terminering van swangerskap 'n aktuele onderwerp in die hedendaagse samelewing is, was dit vir die ondersoeker nodig om toegang tot 'n relevante ongepubliseerde hooggeregshofstuk te verkry waaroor 'n bepaalde beslissing aangaande toestemming deur minderjariges gevel is.

Maatskaplike werkers: Die Raad vir Maatskaplike Diensberoepe is as primêre hulpbron gebruik. Die skakeling was suksesvol en 'n volledige resente adreslys van geregistreerde maatskaplike werkers is bekom. Vertroulike hantering daarvan is aan die Raad vir Maatskaplike Diensberoepe verseker wat in ooreenstemming is met die vereiste wat aan navorsing gestel word (Babbie, 2004:66).

❑ *Identifisering en ontleding van die besorgdheid van die populasie*

Volgens De Vos *et al.* (2002:402) behoort die intervensienavorser eksterne sienings van die probleem en die oplossing daarvan te vermy en te fokus op dit wat vir die populasie belangrik is.

Swanger vroue: In die daaglikse hantering van pre-aborsieberaad en deur middel van direkte waarneming, het dit na vore gekom dat 'n ongewenste swangerskap 'n krisissituasie kan wees, dat aborsie 'n aktuele probleem is en dat die terminering van swangerskap die vrou se maatskaplike funksionering direk raak. Gevolglik is 'n behoefte aan 'n intensiewe ondersoek oor aborsie as morele dilemma in Suid-Afrika geïdentifiseer. Uit die aard van die krisissituasie waarin sy verkeer, is die swanger vrou wat die terminering van swangerskap oorweeg, aangewese op pre-aborsieberaad.

Dog kan pre-aborsieberaad alleenlik effektief wees indien die berader oor 'n besondere kennis rakende en insig in die spesifieke leefwêreld van die vrou met die ongewenste swangerskap beskik. Dit het aanleiding gegee tot die volgende navorsingsvrae:

- ⇒ Wat is die aard van die morele dilemma rakende aborsie in Suid-Afrika?
- ⇒ Wat is die spesifieke leefwêreld van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek?
- ⇒ Wat is die belangrikheid van pre-aborsieberaad vir 'n swanger vrou wat 'n aborsie oorweeg?

Maatskaplike werkers: Met inagneming daarvan dat die terminering van swangerskap die maatskaplike funksionering van die vrou in die geheel raak en dit ongetwyfeld tuis hoort by die maatskaplikewerk-diensveld, het 'n verdere navorsingsvraag ontstaan, naamlik:

- ⇒ Wat is maatskaplike werkers se menings ten opsigte van die lewering van pre-aborsieberaad?

□ **Formulering van navorsingsdoelstellings en -doelwitte**

Die formulering van doelstellings is volgens De Vos *et al.* (2002:404) 'n poging om spesifieke aspekte uit te lig waaraan aandag geskenk word om die breë navorsingsdoel te bereik. Die doelstellings van hierdie ondersoek word soos volg geformuleer:

Swanger vroue:

- ⇒ Om aborsie as 'n morele dilemma in Suid-Afrika te bestudeer.
- ⇒ Om 'n studie te maak van die leefwêreld van die swanger vrou wat 'n terminering van swangerskap versoek.
- ⇒ Om die belangrikheid van pre-aborsieberaad vir die swanger vrou wat 'n terminering van swangerskap versoek, te ondersoek.

Maatskaplike werkers:

- ⇒ Om die mening van maatskaplike werkers ten opsigte van pre-aborsieberaad te bekom ten einde hulle betrokkenheid te bevorder.

4.4.2 Fase 2: Inligtingsinsameling

Met die beplanning van 'n navorsingsprojek is dit belangrik om vas te stel wat reeds gedoen is om die probleem die hoof te bied. Die stappe in hierdie fase, naamlik die benutting van bestaande inligtingsbronne, die bestudering van natuurlike voorbeelde en die identifisering van funksionele elemente van suksesvolle modelle is van toepassing op die huidige ondersoek (De Vos *et al.*, 2002:405).

□ *Benutting van bestaande inligtingsbronne*

Literatuurstudie behels die bestudering van beskikbare empiriese navorsing wat reeds op die terrein gedoen is "and (of) identified innovations relevant to the particular concern being studied" (De Vos *et al.*, 2002:405). Volgens Strydom (1999:91) behoort die ondersoeker op hoogte te wees van toepaslike literatuur. In ooreenstemming met die doel van literatuurstudie, naamlik om geloofwaardigheid te demonstreer in ooreenstemming met die kennisbasis, om huidige ondersoeke met bestaande kennis in verband met mekaar te bring, om dit wat reeds op die spesifieke gebied gedoen is op te som en te integreer en om van ander te leer en nuwe idees te stimuleer, is deurlopende literatuurstudie die grondslag van hierdie ondersoek (Neuman, 2003:96; Rubin & Babbie, 2001:120). Die volgende databasisse is geraadpleeg tydens die benutting van 'n sistematiese biblioteeksoektog: Magnet, Nexus, Academic Search Premier, Jutastat, Health service: nursing/academic edition, MEDLINE, psycINFO en Repertorium van Suid-Afrikaanse Tydskrifartikels.

Swanger vroue: Die eerste artikel van hierdie ondersoek is 'n literatuurstudie oor aborsie as 'n morele dilemma in Suid-Afrika. Hierdie kennis en insig is van kardinale belang om die terminering van swangerskap soos dit in die hedendaagse samelewing manifesteer, te begryp. Hierbenewens is die swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek, die primêre en direkte bronne van inligting in hierdie ondersoek. Die twee daaropvolgende artikels omvat elk 'n volledige literatuurstudie wat met navorsingsresultate gekombineer word om 'n geheelbeeld van die teorie en praktyk te skets.

Maatskaplike werkers: Literatuurstudie en die insette van die maatskaplike werkers wat volgens die steekproefbasis vir die tweede helfte van hierdie ondersoek

geselekteer is, is die primêre en direkte bronne van inligting. Dit is in die vierde artikel vervat.

□ ***Bestudering van natuurlike voorbeelde***

'n Bruikbare bron van inligting is die waarneming van gemeenskapslede wat deur die probleem en die hantering daarvan gekonfronteer is (De Vos *et al.*, 2002:406).

Swanger vroue: Die ondersoeker het voor die aanvang van hierdie ondersoek en ook tydens die verloop daarvan, verskeie geleenthede benut om tot die gemeenskap toe te tree en motiveringspraatjies aan te bied. 'n Besorgdheid is deurgaans waargeneem oor die swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek, se skielike besluit en inskakeling by pre-aborsieberaad.

Maatskaplike werkers: Die ondersoeker het drie opeenvolgende jare die geleentheid gehad om aan die vierdejaar maatskaplikewerk-studente van die Potchefstroom-kampus van die Noordwes-Universiteit lesings oor verskillende aspekte van die terminering van swangerskap aan te bied. Gedurende 2003 het die ondersoeker tydens 'n maatskaplikewerkervereniging-vergadering as spreker opgetree oor relevante aspekte van die terminering van swangerskap. By hierdie geleentheid is die taak en betrokkenheid van die maatskaplike werker beklemtoon.

Deur middel van telefoniese en persoonlike onderhoude is met twee maatskaplike werkers wat met pre-aborsieberaad in die Vrystaat gemoeid is, geskakel en relevante inligting ingewin.

□ ***Identifisering van funksionele elemente vir suksesvolle modelle***

Swanger vroue: Deurlopende literatuurstudie en die navorsingsresultate van hierdie navorsing het aan die lig gebring dat die bestaande hospitaalbeleid ten opsigte van die terminering van swangerskap hersien behoort te word. Alhoewel die program vir pre-aborsieberaad nie tydens hierdie ondersoek geëvalueer is nie, behoort aanpassings gemaak te word ten einde die swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek, se spesifieke behoeftes te akkommodeer.

Maatskaplike werkers: Dit is die taak van die hospitaal maatskaplike werker om die swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek, in die pre-abortiewe fase te begelei, aangesien sy 'n krisis ervaar. Die taak van die maatskaplike werker ten opsigte van pre- en post-aborsieberaad is nie onderhandelbaar nie.

4.4.3 Fase 3: Vroeë ontwikkeling en vooronderzoek

Hierdie fase maak voorsiening vir konsepttoetsing wat geëvalueer kan word met die oog op aanpassings waar nodig. Die ontwikkeling van 'n prototipe of voorlopige ondersoek, die instel van 'n vooronderzoek en die toepassing van kriteria vir die ontwerp op die voorlopige intervensiekonsep behels die stappe in hierdie fase (De Vos *et al.*, 2002:409-411). Volgens Strydom (1999:116) is dit noodsaaklik dat vraelyste deeglik uitgetoets sal word by wyse van 'n volledige vooronderzoek voordat dit in die hoofonderzoek benut word. Sodoende kan foute reggestel word. Twee vooronderseke is gedoen, naamlik 'n vooronderzoek ten opsigte van swanger vroue wat aborsie versoek en 'n vooronderzoek ten opsigte van maatskaplike werkers se mening oor pre-aborsieberaad. Sodoende is die praktiese uitvoerbaarheid van die selfontwerpte vraelyste bepaal met die oog op wysigings daarvan vir gebruik tydens die hoofonderzoek. Die Selfpersepsieskaal is ook in die vooronderzoek ten opsigte van die swanger vroue wat aborsie versoek, vervat. Vir doeleindes van hierdie ondersoek word slegs op die vooronderzoek gekonsentreer. Aandag word dus gegee aan die vroeë ontwikkeling en voorlopige toetsing.

Swanger vroue: Die eerste vooronderzoek is geloods ten opsigte van 25 swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek en vir pre-aborsieberaad by Potchefstroom Hospitaal inskakel. Die enigste beperking wat op die respondente geplaas is, is 'n maksimum draagtyd van 12 weke. Die vooronderzoek het van Januarie 2003 tot Maart 2003 geduur. Die Selfpersepsieskaal is met die aanvang van pre-aborsieberaad ingevul (*Addendum E*). Twee selfontwerpte vraelyste – een met die aanvang (*Addendum F*) en een met die afsluiting (*Addendum G*) van die pre-aborsieberaad – is ook deur dieselfde groep respondente ingevul. Hierdie vraelyste is geëvalueer, veranderings is daaraan aangebring en dit is verbruikersvriendelik gemaak vir implementering tydens die hoofonderzoek.

Maatskaplike werkers: 'n Selfontwerpte vraelys om die menings van maatskaplike werkers ten opsigte van pre-aborsiebaad te toets is tydens die tweede voorondersoek gebruik (*Addendum H*). Dit is by 'n eenmalige geleentheid gedurende Augustus 2003 deur 18 vierdejaar maatskaplikewerk-studente aan die Potchefstroomkampus van die Noordwes-Universiteit ingevul. Die vraelys is aangepas en maklik leesbaar gemaak, in Afrikaans en Engels beskikbaar gestel en op 'n verbruikersvriendelike wyse vir die hoofondersoek gereed gemaak (*Addendum I*). Die vraelys is vergesel van 'n formele dekbrief wat in kleur gedruk is en waarop instruksies uiteengesit is (Babbie, 1989:238) (*Addendum J*).

4.4.4 Fase 4: Ontwerp

Die ontwerp is beplande reëlins waarvolgens data ingewin word wat die navorsers help om verandering in die geïdentifiseerde probleem uit te ken en te bepaal watter impak die diensprogram op sodanige veranderinge het (Bloom *et al.*, 1999:319). Volgens De Vos *et al.* (2002:153) moet die navorser duidelikheid hê oor die probleem wat onder die loep geneem word en dit spesifiseer. Gedurende die ontwerpfasie moet 'n waarnemingsstelsel ontwikkel en die gebruiksprosedures van die intervensie gespesifiseer word (De Vos *et al.*, 2002:408). Gebruiksprosedures van die intervensie sal in Fase 6 van hierdie ondersoek onder disseminasie vervat word. Derhalwe word vervolgens slegs op die ontwikkeling van 'n waarnemingsstelsel gefokus.

Navorsers moet 'n natuurlike wyse van waarneming ontwikkel wat verband hou met die navorsingsonderwerp, "as well as a method system for discovering the extent of the problem and detecting effects following the intervention" (De Vos *et al.*, 2002:408). Die betroubaarheid en geldigheid van die waarnemings word beïnvloed deur die navorser se ervaring en die kompleksiteit van die metingsstelsel. Betroubaarheid en geldigheid is juis kernaspekte van navorsing (Neuman, 2000:164).

Swanger vroue: Die enkelstelselontwerp is hier gebruik deurdat met die aanvang en na afloop van kwalitatiewe in-diepte onderhoudvoering met die swanger vroue wat aborsie versoek, selfontwerpte vraelyste ingevul is. In die enkelstelselontwerp gaan dit om die beplande vergelyking van waarnemings tydens 'n voor-intervensieperiode (basislynfase) met waarnemings tydens die intervensieperiode of selfs met die waarnemings tydens 'n na-intervensiefase. Die voor- en na-vergelyking is die kern

van wetenskaplike navorsing en word die A-B-ontwerp genoem (Grinnell, 2001:459; Strydom, 1999:94). Deur middel van twee selfontwerpte vraelyste wat gebruik is tydens 'n voor-intervensieperiode met waarnemings van die intervensieperiode en tydens 'n na-intervensiefase met waarnemings is daarin geslaag om die belangrikheid van pre-aborsieberaad op 'n herhalende grondslag te bestudeer.

Met die oog op die bestudering van die swanger vrou se spesifieke leefwêreld is van die opnameprosedure op 'n herhalende grondslag gebruik gemaak. Die opnameprosedure behels vraelyste wat 'n vaste noteringsvorm van waarnemings verskaf, as basis vir die standaardisering van waarnemings dien, 'n waarnemings- en onderhoudsgids verskaf en help om die onderhoud formeel te rig en te struktureer (Strydom, 1999:116). Die doel van die opnameprosedure is om inligting en feite oor 'n verskynsel te bekom van mense wat kennis daarvan dra (De Vos *et al.*, 2002:172). Die beginsels, soos in die literatuur uiteengesit, is toegepas met die opstel van die selfontwerpte vraelyste, soos dat vraelyste op relevante inligting fokus, dat gelet moet word op die formaat van die vraelyste, en op die wyse waarop die vrae gestel word en verseker moet word dat die vraelyste behoorlik beantwoord sal word (De Vos *et al.*, 2002:177; Neuman, 2003:268-272).

'n Gestandaardiseerde formaat (pasiëntindeks) (*Addendum K*) wat persoonlike inligting bevat, is ten opsigte van elke swanger vrou wat 'n aborsie versoek, ongeag die periode van draagtyd en of sy vir pre-aborsieberaad ingeskakel het, ingevul vir die samestelling van 'n profiel van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek.

Persoonlike vraelyste word aan die respondent gegee om in te vul, maar die ondersoeker is beskikbaar indien enige probleme ervaar word (De Vos *et al.*, 2002:173). Die ondersoeker moet op die agtergrond bly en sy insette moet tot die minimum beperk word. In hierdie fase word van drie soorte persoonlike vraelyste gebruik gemaak, naamlik:

- Die selfontwerpte vraelys met aanvang van die pre-aborsieberaad (*Addendum L*).
- Die selfontwerpte vraelys met afsluiting van die pre-aborsieberaad (*Addendum M*).
- Die gestandaardiseerde Selfpersepsieskaal van Perspektiefopleiding (*Addendum E*).

Die selfontwerpte vraelyste is in skedule vorm benut in die geval waar respondente nie in staat is om self die vraelys in te vul nie. Dit word met die aanvang van die eerste pre-aborsieberaadssessie deur die ondersoeker self ingevul (Strydom, 1999:117). Die belangrikheid van pre-aborsieberaad word in Artikel drie van hierdie ondersoek bespreek. Benewens die deurlopende literatuurstudie is tydens die empiriese ondersoek van die enkelstelselontwerp gebruik gemaak wat op die integrering van navorsing en praktyk fokus (Strydom, 1999:79). Volgens De Vos *et al.* (2002:152) vereis hierdie ontwerp absolute duidelikheid oor die probleem wat aan die bod kom, wat hier van toepassing is. Die enkelstelselontwerp verwys na die bestudering van 'n enkele subjek op 'n herhalende grondslag (De Vos *et al.*, 2002:150). Die enkele subjek kan 'n individu, 'n gesin, 'n groep, 'n organisasie of 'n gemeenskap wees (Grinnell, 2001:457; Royse, 2004:81-82). Die kwaliteit van die diens en verantwoordbaarheid kan hierdeur verhoog word (Strydom, 1999:88). Bloom *et al.* (1999:16) voeg hierby dat dit 'n effektiewe wyse van assessering van die praktyk is om te bepaal of dit suksesvol is deur gesistematiseerde, objektiewe navorsingsmetodes te gebruik wat deur ander herhaal kan word. Die fokus in hierdie ondersoek is die belangrikheid van pre-aborsieberaad wat impliseer dat dit op 'n herhalende grondslag bestudeer is (Bloom *et al.*, 1999:321-357; Strydom, 1999:79). Die enkelstelselontwerp is in hierdie geval voordelig, aangesien geen kontrolegroep nodig is nie en die pre-aborsieberaadprogram nie daardeur onderbreek word nie (Royse, 2004:81-82).

Maatskaplike werkers: Die mening van maatskaplike werkers ten opsigte van pre-aborsieberaad ter motivering van die bevordering van hulle betrokkenheid, is die fokuspunt. Deur middel van die opnameprosedure word feitelike inligting in die vorm van 'n behoorlik saamgestelde vraelys wat geldig en betroubaar is, bekom (Strydom, 1999:81). Deur middel van die opnameprosedure is 'n selfontwerpte posvraelys gebruik om kwantitatiewe data te bekom ten einde 'n meningspeiling te maak wat in Artikel vier bespreek word (De Vos *et al.*, 2002:172) (*Addendums I,J*).

Posvraelyste is vraelyste wat per pos versend word in die hoop dat die respondent dit sal invul en terugpos (De Vos *et al.*, 2002:172). Posvraelyste is 'n basiese metode om data in te win. Vraelyste met 'n verduidelikende skrywe word aan elke respondent versend om in te vul. Hierdie vraelys word na invulling in 'n gefrankeerde koevert

wat die vraelys vergesel het, geplaas en deur die respondent aan die navorser terugversend. Die dekbrieff wat tydens hierdie ondersoek gebruik is, is formeel van aard en voldoen aan die vereistes soos deur die literatuur bepaal (Babbie, 1989:238; De Vos *et al.*, 2002:172; Royse, 2004:179-181; Strydom, 1999:130).

4.4.5 Fase 5: Evaluasie en gevorderde ontwikkeling

Die seleksie van 'n eksperimentele ontwerp, inwin en ontleding van data, herhaling van intervensie en verfyning van intervensie word hieronder vervat (De Vos *et al.*, 2002:412). Genoemde stappe gekombineer met die inwin en ontleding van data word vervolgens op die huidige ondersoek van toepassing gemaak.

Die inwin van data behels dat die veranderlikes van die ondersoek getoets kan word. De Vos *et al.* (2002:413) beklemtoon betroubaarheid en herhaalbaarheid tydens hierdie fase en Grinnell (2001:103-104) fokus op drie gestandaardiseerde faktore waarmee in 'n kwantitatiewe studie rekening gehou moet word:

- Veranderlikes soos frekwensie en intensiteit moet meetbaar wees.
- Prosedures moet objektief wees deurdat dit 'n toestand in die werklikheid reflekteer.
- Prosedures moet herhaalbaar wees.

Swanger vroue: Volgens Creswell (2003:156) moet die populasie van die ondersoek duidelik geïdentifiseer word, en moet aangedui word hoedanig die respondente geselekteer is wat by hierdie ondersoek betrek is. Na afloop van die voorondersoek is die hoofondersoek onmiddellik geloods. Daar is nie van 'n steekproeftrekking gebruik gemaak nie en alle swanger vroue wat in 'n tydperk van 10 maande die terminering van swangerskap versoek het en nog nie 'n draagtyd van 12 weke bereik het nie en vir pre-aborsieberaad ingeskakel het, is by die hoofondersoek betrek. Teen die einde van die tiende maand is 150 swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek het, by die hoofondersoek betrek. Die hoofondersoek het van April 2003 tot Januarie 2004 geduur. Aangesien die ondersoeker self deel was van die opname, kon sy self as waarnemer optree en volle aandag gee, aktief luister en sintuie gebruik soos sien, hoor, voel en aanraak. Sodoende kon die ondersoeker 'n instrument wees wat alle moontlike inligting kon absorbeer (Neuman, 2003:380). Aangesien pre-aborsieberaad in die ondersoeker se kantoor aangebied is, is prioriteit aandag verleen aan die fisiese

opset om 'n hartlike atmosfeer vir die respondente wat in 'n krisissituasie verkeer, te skep (Neuman, 2003:381).

Ooreenkomstig die vooronderzoek is 'n selfontwerpte vraelys asook die gestandaardiseerde Selfpersepsieskaal met die aanvang van pre-aborsieberaad deur die swanger vrou wat aborsie versoek, ingevul. Na afloop van die derde en laaste pre-aborsieberaadssessie is die tweede vraelys ook deur dieselfde respondent ingevul. Indien 'n respondent nie in staat was om self die vraelys in te vul nie, het die onderzoeker dieselfde vraelys as 'n onderhoudskedule gebruik en dit namens die respondent ingevul. In enkele gevalle waar die onderzoeker nie beskikbaar was om die vraelyste self in te vul en pre-aborsieberaad self te hanteer nie, het 'n aflosmaatskaplike werker dit suksesvol gedoen.

Die selfontwerpte vraelyste bestaan uit oop en geslote vrae. Data wat verkry is uit die geslote vrae is rekenaarmatig verwerk deur die Statistiese Konsultasiediens van die Potchefstroomkampus van die Noordwes-Universiteit. Data word in die toepaslike artikels met tabelle, sirkeldiagramme en grafieke aangedui. Data wat verkry is uit die oop vrae is deur die onderzoeker gekategoriseer en handverwerk. Sodoende kon die verhouding tussen veranderlikes bepaal word (De Vos *et al.*, 2002:155).

Maatskaplike werkers: Aangesien dit nie moontlik is om data van die totale populasie te bekom nie, word van steekproefprosedures gebruik gemaak wat verteenwoordigend is van die universum (De Vos *et al.*, 2002:198-200; Grinnell, 2001:222-223). In waarskynlikheidseleksie het elke respondent 'n geleentheid om by die steekproef ingesluit te word, en sistematiese steekproeftrekking is benut. Daar is vooraf besluit hoeveel respondente van die populasie deel moes uitmaak van die steekproef en volgens die interval is die respondente geselekteer (Grinnell, 2001:212; Neuman, 2003:218,221; Strydom, 1999:64).

TABEL 1: Uiteensetting van die eerste steekproef – maatskaplike werkers

PROVINSIE	UNIVERSUM	EERSTE STEEKPROEF
Noordwes	424	106 25%
Vrystaat	454	114 25,11%

Op die naamlys vir geregistreerde maatskaplike werkers is elke vierde maatskaplike werker vir die ondersoek geselekteer – beginnende by nommer 4 waarop 8, 12, 16 ens. gevolg het - wat 25% van die universum impliseer soos in Tabel 1 uiteengesit. Daar is 220 posvraelyste uitgestuur, maar slegs 53 (24,09%) is gesamentlik van albei provinsies terugontvang, waarvan 51 (23,18%) bruikbaar was.

TABEL 2: Uiteensetting van die totale steekproef – maatskaplike werkers

PROVINSIE	UNIVERSUM	TOTALE STEEKPROEF
Noordwes	424	212 50%
Vrystaat	454	228 50,22%

Die proses is herhaal en weer is elke vierde maatskaplike werker op die naamlys vir geregistreerde maatskaplike werkers geselekteer – beginnende by nommer 1 waarop 5, 9, 13 ens. gevolg het. Dit het weer 25% van die universum geïmpliseer. Die totale steekproef het ten opsigte van Noordwes 50% van die universum en ten opsigte van die Vrystaat 50,22% van die universum verteenwoordig soos in Tabel 2 uiteengesit. Daar is weer 220 posvraelyste uitgestuur en ten opsigte van albei provinsies is 'n reaksie van 57 (25,91%) vraelyste terugontvang waarvan 53 (24,10%) bruikbaar was.

Data wat uit die geslote vrae van hierdie posvraelyste ingewin is, is rekenaarmatig deur die Statistiese Konsultasiediens van die Potchefstroomkampus van die Noordwes-Universiteit verwerk. Hierdie data word in Artikel vier aan die hand van 'n sirkeldiagram en tabelle aangedui. Algemene tendense is uit die oop vrae bepaal en dit word ook in dieselfde artikel bespreek.

4.4.6 Fase 6: Disseminasie

Volgens De Vos *et al.* (2002:414) behels hierdie fase die verspreiding van die data wat ingesamel is en die intervensieprogram wat ontwikkel is. Alhoewel verskeie stappe die proses van disseminasie verseker, is dit nie op hierdie ondersoek van toepassing nie. In die huidige ondersoek word gefokus op die gebruikspresedures van die intervensie wat die gebruik van inligting, vaardigheid en opleiding, strategieë ten opsigte van omgewingsveranderings, beleidsveranderings, die afdwingbaarheid van strategieë en versterkende of ontmoedigende prosedures behels (De Vos *et al.*, 2002:409). Hierdie aspekte word in die laaste hoofstuk van hierdie manuskrip vervat.

Die spesifieke program wat tydens pre-aborsieberaad gebruik word, val buite die grense van hierdie navorsingsprojek en is nie vir effektiwiteit getoets nie. Daarom het disseminasie ten opsigte van hierdie ondersoek 'n andersoortige betekenis, naamlik:

- Navorsingsresultate sal bekendgemaak en gepubliseer word eerstens aan Potchefstroom Hospitaal en tweedens aan Noordwes-Provinsie, Departement Gesondheid. Die verwagting word gestel dat hierdie navorsingsresultate in Noordwes benut sal word met die oog op verbeterde maatskaplikewerk-dienslewering aan die swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek.
- Hierdie manuskrip word in artikelformaat aangebied en vier artikels is daarvolgens voorberei. Een manuskrip is reeds by die vaktykskrif Social Work/Maatskaplike Werk ingedien vir moontlike publikasie. Die ander drie artikels sal ook vir oorweging vir publikasie by die vaktydskrif ingedien word.
- Voortvloeiend hieruit sal aanpassings gemaak word ten opsigte van die bestaande pre-aborsieberaad-program om bestaande leemtes uit te skakel en geïdentifiseerde behoeftes na aanleiding van hierdie navorsing te akkommodeer.

5. SLEUTELTERME

- 5.1 Ongewenste/onbeplande/onverwagte swangerskap** is 'n algemene en belangrike gevolg van geforseerde of onbeplande seksuele omgang (Mogano, 1999:5).
- 5.2 Aborsie/die terminering van swangerskap** is die doelbewuste onderbreking van swangerskap voordat die fetus in staat is om onafhanklik te lewe (Rulashe, 1999:3). Aborsie en die terminering van swangerskap word afwisselend in hierdie manuskrip gebruik.
- 5.3 Draagtyd** is die tydperk van swangerskap van 'n vrou, bereken vanaf die eerste dag van die menstruele periode wat, met betrekking tot die swangerskap, die laaste is (SA, 1996:1302).
- 5.4 Kontrasepsie** is "... the act or practice of preventing sex from resulting in the woman becoming pregnant" (Mogano, 1999:5).
- 5.5 Vryheid van keuse** verwys daarna dat niemand die swanger vrou kan dwing om met die swangerskap voort te gaan nie of om 'n aborsie te ondergaan nie (Zimmerman, 1997:9).

6. INDELING VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG

Navorsingsverslae dien as 'n belangrike funksie in maatskaplike werk, aangesien dit in 'n permanente geskrewe vorm bydraes lewer tot die kennisbasis van die professie (Grinnell, 2001:414). Die navorsingsverslag het sekere funksies, naamlik dat dit spesifieke data en idees kommunikeer, dat dit 'n bydrae lewer tot die algemene wetenskaplike kennisbasis en dat dit verdere direkte navrae moet stimuleer (Babbie, 2004:486; Grinnell, 2001:415). Hierdie navorsingsverslag is geskryf binne die vereistes wat aan 'n navorsingsverslag gestel word, naamlik organisasie, akkuraatheid, konsekwentheid, duidelikheid, bondigheid, relevantheid en objektiwiteit (De Vos *et al.*, 2002:250).

- ❑ Hierdie manuskrip word in artikelformaat aangebied in ooreenstemming met Reëls A.11.5.3 en A.11.5.4 wat in die Jaarboek van die Potchefstroomse Universiteit vir CHO (tans Noordwes-Universiteit) (2002:17) uiteengesit is.
- ❑ Die vier artikels is volgens die voorskrifte van die vaktydskrif Maatskaplike Werk/Social Work voorberei maar sal verkort word in ooreenstemming met die tydskrif se vereistes ten opsigte van die lengte.
- ❑ Die inhoudelike fasette van Artikels drie en vier is veral gemik op die praktiese implementering in die ondersoeker se werksituasie en vir praktiese implementering deur die Noordwes-Provinsie, Departement van Gesondheid.
- ❑ Gedeeltes van die manuskrip in sy finale vorm sal ook vir dié doel in Engels vertaal word.

Die navorsingsverslag sien derhalwe soos volg daar uit:

AFDELING A ORIËNTERING EN NAVORSINGSMETODOLOGIE

AFDELING B NAVORSINGSRESULTATE (Tydskrifartikels)

Artikel 1 Aborsie as morele dilemma in Suid-Afrika

Artikel 2 Die leefwêreld van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek.

Artikel 3 Die belangrikheid van pre-aborsieberaad.

Artikel 4 Die taak van maatskaplike werkers ten opsigte van pre-aborsieberaad.

AFDELING C GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS
AFDELING D ADDENDUMS
AFDELING E SAAMGESTELDE BRONNELYS
7. BRONNELYS

BABBIE, E. 1989. The practice of social research. 5th ed. Belmont : Wadsworth/Thompson. 501 p.

BABBIE, E. 2004. The practice of social research. 10th ed. Belmont : Wadsworth/Thompson. 493 p.

BLOOM, M., FISCHER, J. & ORME, J.G. 1999. Evaluating practice: Guidelines for the accountable professional. Englewood Cliffs : Prentice Hall. 715 p.

CRESWELL, J.W. 2003. Research design: qualitative, quantitative and mixed method approaches. 2nd ed. Thousand Oaks : Sage Publications. 245 p.

DE PINHO, H. & HOFFMAN, M. 1998. Termination of pregnancy – understanding the new Act: women's health. *Continuing medical education journal*, 16:8, 786-788, Aug.

DE VILLIERS, J. 2004(a). Verpleegsters sal só ook moet aborteer. *Die Beeld*:9, 4 Aug.

DE VILLIERS, J. 2004(b). Aborsiewet kan tot druk lei. *Die Beeld*:12, 10 Aug.

DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. 2002. Research at grass roots for the social sciences and human service professions. Pretoria : Van Schaik. 493 p.

FORREST, G.M. 1994. Emotional distress in women before and after therapeutic terminations of pregnancy. An investigation into the need for pre- and post abortion counseling. Cape Town : University of Cape Town. (Dissertation – M.Sc.) 114 p.

FOURIE, E. 2004(a). Aborsie kan vir jare by vrou bly spook. *Die Volksblad*:11, 20 Mei.

FOURIE, E. 2004(b). Lig swanger meisies goed in – berader. *Die Volksblad*:11, 20 Mei.

GELDENHUYS, J. & DE LANGE, N. 2001. Swart Oos-Kaapse adolessente se ervaring van swangerskapterminasie. *South African Journal of Education*, 21(2):92-98, May.

GRINNELL, R.M. 2001. Social work research and evaluation: quantitative and qualitative approaches. 6th ed. Itasca : FE Peacock Publishers. 578 p.

JACKSON, N. 2004. Kerkhoë vra protes teen wysiging van aborsiewet. *Die Beeld*:9, 5 Aug.

JORDAAN, W. 2004. Omstrede wet oor aborsies sonder debat deurgevoer. *Die Beeld*:2, 20 Aug.

LE ROUX, J.P. & BOTHA, D. 1997. Aborsieberading deur die maatskaplike werker vir swanger tienerjarigers en ouer vroue. *Die Maatskaplikewerk-navorsing-praktisyn*. 10(2):169–188, Nov.

MANXAILE, A. 1998. Xhosa per-urban women's views on abortion as a human right: implications for a pro-impilo theological discourse on the choice of termination of pregnancy, Act no 92 of 1996, South Africa. Pietermaritzburg : University of Natal. (Dissertation – M.Th.) 205 p.

- Mc CULLOCH, U.R. 1996. Women's experiences of abortion in South Africa: an exploratory study. Cape Town : University of Cape Town. (Dissertation – M.A.) 90 p.
- MILLNER, V.S. & HANKS, R.B. 2002. Induced abortion: An ethical conundrum for counselors. *Journal of counseling & development*, 80(1):57.
- MKHIZE, B.A. 2000. The termination of pregnancy Act of 1996: A theological ethical evaluation of abortion on demand. Pretoria : University of Pretoria. (Dissertation – M.Th.) 128 p.
- MOGANO, M.S. 1999. Factors influencing the decision of teenagers to terminate their pregnancies. Johannesburg : Rand Afrikaans University. (Mini-dissertation – M. Soc.Sc.) (Social Work). 59 p.
- MOJAPELO, P.M. 2004. In the matter between the Christian Lawyers' Association and National Minister of Health. Pretoria : High court of South Africa. Case number: 7728/2000. Currently not reported case – marked reportable. 37 p.
- NEUMAN, W.L. 2000. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. 4th ed. Boston : Allyn and Bacon. 558 p.
- NEUMAN, W.L. 2003. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. 5th ed. Boston : Allyn and Bacon. 584 p.
- RAU, L. 1996. The constitutionality of abortion limiting legislation in South Africa. Pretoria : University of South Africa. (Dissertation – Master of Law) 28 p.
- REISSER, P.C. & REISSER, T.K. 1992. Responding to a woman with a crisis pregnancy. Colorado Springs : Focus on the family. 15 p.
- ROYSE, D. 2004. Research methods in social work. 4th ed. Canada : Thomson Brooks/Cole. 359 p.

RUBIN, A. & BABBIE, E. 2001. Research methods for social work. 4th ed.
Belmont : Wadsworth/Thompson. 693 p.

RULASHE, L. 1999. The psychosocial dimensions of abortion amongst Xhosa speaking women. Port Elizabeth : University of Port Elizabeth. (Disseration – M.A.)
129 p.

SA *kyk* SUID-AFRIKA.

SEKUDU, J. 2001. Abortion: a social work study. Pretoria : University of Pretoria.
(Thesis – D. Phil.) 250 p.

STRYDOM, H. 1999. Maatskaplikewerk-navorsing. Potchefstroom : PU vir CHO.
268 p.

SUID-AFRIKA. 1996. Wet op keuse oor die beëindiging van swangerskap. No 92
van 1996. Pretoria : Staatsdrukker.

TAYLOR, G.L. 1997. Women's experience of abortion – a qualitative study. East
London : Rhodes University. (Thesis – M.Soc.Sc. (Social Work).) 143 p.

VAKTAALKOMITEE VIR MAATSKAPLIKE WERK. 1995. Nuwe Woordeboek
vir Maatskaplike Werk. Kaapstad : CTP Book Printers. 140 p.

VAN ROOYEN, C.A.J. 1998. Abortion: a study of final-year social work students'
responses to abortion-related issues. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 34(3):295-306,
Aug.

ZIMMERMAN, M. 1997. Should I keep my baby? Minnesota : Bethany House
Publishers. 91 p.

AFDELING B

TYDSKRIFARTIKELS

ARTIKEL 1

ABORSIE AS MORELE DILEMMA IN SUID-AFRIKA

HS Humpel is 'n PhD-student en hoof maatskaplike werker by Potchefstroom Hospitaal, Noordwes Provinsie, Departement Gesondheid.

H Strydom is professor en hoof van die maatskaplikewerkafdeling by die Skool vir Psigo-sosiale Gedragwetenskappe, Potchefstroomkampus van die Noordwes-Universiteit.

SUMMARY

Abortion not only implies the termination of a pregnancy and does not solve the problem regarding unwelcome pregnancy as such. A study on abortion shows that it involves all facets of human life and that it has become a moral dilemma in South Africa, as is the case worldwide. Through the whole of history abortion has evoked moral questions that cannot be answered haphazardly. Abortion has become part and parcel of the ethos of present society and indicates moral decay that cannot be ignored. In order to understand abortion as a moral dilemma, the development of the incidence of abortion from the earliest time to the present liberalized abortion legislation should be kept in mind. Knowledge of the reality and morality of abortion is essential, seeing that one cannot dissociate oneself from it. It not only involves the broad community. Every individual can be confronted by it in one way or another and be faced with unanswered questions.

1. INLEIDING

Sedert 1996 is die terminering van swangerskap op versoek wettig in Suid-Afrika. Ongeag die standpunte wat daarvoor of daarteen ingeneem word, het die terminering van swangerskap deel van die etos van die Suid-Afrikaanse samelewing geword, en daar moet geleer word om dit te hanteer en om hulp te verleen aan diegene wat deur die daad van aborsie geraak word (De Vynck, 1999:1).

Indien 'n persoon deur die terminering van swangerskap gekonfronteer word, moet hy hom op 'n kontinuum van ekstreme plaas alvorens hy enige besluit kan neem. Dit is dus noodsaaklik om op hoogte te wees van historiese feite, relevante wetgewing en filosofiese, etiese en ander aspekte (Schwindack, 1995:5). Kennis van die geskiedenis en die ontwikkeling van gewettigde aborsie verbreed 'n mens se begrip van aborsie as 'n morele dilemma in Suid-Afrika. Hierdie artikel bespreek die historiese verloop van aborsie asook die ontwikkeling daarvan vanaf die stadium van onwettige aborsies tot die hedendaagse geliberaliseerde aborsiewetgewing. In aansluiting by die stelling van Forrest (1994:8) dat die terminering van swangerskap altyd morele en etiese dilemmas impliseer, fokus hierdie artikel op aborsie as 'n morele dilemma wat aspekte soos mediese, maatskaplike, kulturele, godsdienstige en etiese aspekte, asook bevolkingsbeleid insluit.

2. PROBLEEMSTELLING

Aborsie is 'n morele dilemma wat bykans so oud soos die mensdom self is. Dit gee aanleiding tot verskeie vrae oor die regte van die fetus, die betekenis, kwaliteit en omskrywing van menslike lewe, die vrou se rol in die hedendaagse samelewing, haar reprodutiewe regte en die regte van die individu teenoor dié van die samelewing asook oor seksuele waardes en norme (Forrest, 1994:12). Aborsie is 'n werklikheid in die hedendaagse samelewing en dit maak deel uit van die morele verval. Die onderwerp terminering van swangerskap is emosioneel gelaai en vandag net so relevant as in die vroegste jare. Die aborsiedebat staan los van politieke oplossings. Die mens word reeds van kindsbeen af geleer om 'n morele leefstyl te ontwikkel wat beskou kan word as 'n uitdrukking van sy geloof en beginsels. Sodoende word 'n mens se morele waardes in gedrag vergestalt. Wetgewing bied 'n basis waaraan morele waardes gemeet kan word (Kretzschmar & Hulley, 1998:5). Alhoewel die stryd rakende wanneer lewe 'n aanvang neem en meningsverskille in die aborsiedebat voortduur, is die Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie (Wet 2/1975) gedeeltelik herroep en vervang met die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap (Wet 92/1996). Vroue kan nou veilig en vertroulik swangerskappe op versoek termineer.

Aborsiewetgewing maak aborsie nie vanselfsprekend in die gemeenskap aanvaarbaar nie, en dit is ook nie altyd in ooreenstemming met die sosiale waardes en norme van 'n spesifieke gemeenskap nie. Ten spyte daarvan dat aborsie sedert 1996 in Suid-Afrika

gewettig is, bestaan daar steeds 'n moeilik oorbrugbare gaping tussen wetgewing ten opsigte van en die werklikheid van aborsie. Aborsiewetgewing veronderstel nie noodwendig 'n verandering in oortuigings, houdings en gedeelde belange soos geslagsrolle, seksualiteit en ouerskap nie (Mojapelo-Batka, 2000:4). Verskeie faktore is verantwoordelik vir die bestaande teenkanting met betrekking tot aborsie op versoek, want dit word beskou as 'n bedreiging vir die gevestigde gedragsspatrone, soos tradisionele geslags- en seksuele verhoudings en ander aspekte van die maatskaplike lewe soos tradisionele standpunte van verskillende kultuurgroepe (Mojapelo-Batka, 2000:2). Beskikbare statistiek oor wettige aborsies dui aan dat aborsie op aanvraag na die implementering van aborsiewetgewing op 1 Februarie 1997 (AnonBeeld, 1998:7) toegeneem het. Ten opsigte van tienerswangerskappe en aborsie kom 'n toename ook wêreldwyd voor (Abortion Statistics, 2000:1-4; Guttmacher, 1999:1-10). Sedert die aanvanklike onwettige uitvoering daarvan tot en met die huidige aborsiewetgewing het aborsie as onderwerp in sensitiwiteit toegeneem. Die aantal aborsies op versoek het toegeneem, die aborsiedebat is aangevuur en aborsie het 'n morele dilemma gebly. Daar is nie definitiewe antwoorde op vrae rakende hierdie aktuele onderwerp met sy diep morele inslag nie. Aborsie moet in die geheel begryp word, aangesien dit deel geword het van die etos van die heersende samelewing regoor die wêreld – ook in Suid-Afrika.

3. DOELSTELLING EN DOELWITTE

Hierdie artikel beoog om aborsie as morele dilemma vanuit 'n Suid-Afrikaanse perspektief te bespreek en aan te dui dat verskeie morele vrae rakende hierdie onderwerp steeds onbeantwoord bly.

Die volgende doelwitte word aangebied:

- ❑ Kennis aangaande die historiese agtergrond van aborsie vergemaklik begrip van die gekompliseerdheid van aborsie as morele dilemma in Suid-Afrika. Historiese feite op internasionale sowel as nasionale vlak word bespreek in opvolging van die omskrywing van relevante begrippe.
- ❑ Wetgewing bied 'n basis waaraan morele waardes gemeet kan word, derhalwe word hier op Suid-Afrikaanse wetgewing en juridiese aspekte van aborsie gefokus.

- Die huidige aborsiewetgewing sanksioneer insgelyks die terminering van swangerskap, wat vanselfsprekend 'n morele dilemma meebring. Alhoewel die moraliteit van aborsie verskeie aspekte insluit, word in hierdie artikel uitsluitlik op die aborsiedebat en op mediese, maatskaplike, godsdienstige, kulturele en etiese aspekte ten opsigte van die onderwerp gekonsentreer.
- 'n Kort bespreking van bevolkingsbeleid en doeltreffende gesinsbeplanning as voorkoming van terminering van swangerskap volg ten slotte.

4. OMSKRYWING VAN BEGRIPPE

- 4.1 **Aborsie/terminering van swangerskap** is volgens Rulashe (1999:3) gedefinieer as "... the interruption of pregnancy before the period when the fetus is viable (capable of living a separate existence)". In 'n kliniese sin word dit gedefinieer as "... the physiological process of evacuating a pregnant uterus, but in the legal sense it normally refers to induced abortion" (Rulashe, 1999:3). Aborsie kan spontaan of geïnduseer wees. Aborsie en terminering van swangerskap word afwisselend in hierdie artikel gebruik.
- 4.2 **Spontane aborsie/miskraam** is 'n natuurlike beëindiging van 'n swangerskap as gevolg van sekere patologiese toestande waaroor die swanger vrou en mediese praktisyn geen beheer het nie (Rulashe, 1999:3).
- 4.3 **Terapeutiese aborsie** verwys na mediese ingrepe om 'n swangerskap te beëindig in gevalle waar die vrou se gesondheid of lewe bedreig word indien swangerskap voortgesit word of waar die gesondheid van die fetus as gevolg van genetiese faktore bedreig word (Mojapelo-Batka, 2000:17).
- 4.4 **Geïnduseerde aborsie** is 'n doelbewuste poging om op 'n kunsmatige wyse 'n einde aan 'n swangerskap te maak met die doel om die swangerskap te beëindig (Rulashe, 1999:3).
- 4.5 **Draagtyd** is die tydperk van swangerskap van 'n vrou, bereken vanaf die eerste dag van die menstruele periode wat met betrekking tot die swangerskap die laaste is (SA, 1996(c):1302).
- 4.6 **Nasciturus-beginsel** geld in 'n geval waar die ongeborene geag word as reeds gebore tot sy/haar voordeel. Die beginsel word toegepas in gevalle waar status asook erfreg van toepassing is (Davel, 2000:3).
- 4.7 **Konsepsie/bevrugting** is die vereniging van die spermsel van die man met die eiersel van die vrou (Le Roux, 1995:94). Volgens Louw *et al.* (1999:101)

begin bevrugting in 'n breukdeel van 'n sekonde in een van die twee fallopiusbuise van die vrou wanneer 'n sperm (manlike geslagsel) en 'n eiersel/ovum (vroulike geslagsel) verenig.

- 4.8 Kontrasepsie** word deur Mogano (1999:5) gedefinieer as "... the act or practice of preventing sex from resulting in the woman becoming pregnant".

5. HISTORIESE AGTERGROND

5.1 Vroeë geskiedenis van aborsie

Die vroegste verwysings na aborsie kom in Sjinese geskrifte van 2696-1737 v.C. voor (Le Roux, 1995:30). Le Roux (1995:30) meld dat, deur die geskiedenis van die mens heen, samelewings verskeie metodes gebruik het om ongewenste swangerskappe te beëindig. Aborsies is in die Klassieke Tydperk (6-4 eeue v.C.) in Griekeland toegelaat en die filosowe Plato en Aristoteles was voorstanders van aborsie as 'n bevolkingsbeperkingmetode. Volgens Haasbroek (Finesse, 1999:8) en Mkhize (2000:16) het geskrifte van onder andere Filo van Alexandrië, Barnabas en Tertullianus aborsieverwante sake reeds aangeraak. Hierdie filosowe het geglo dat moederskap 'n vrou se plig teenoor haar man en die staat was en dat dit tot die grootste voordeel van beide beheer moes word en dat aborsie dus toegepas moes word om bevolkingsgroei te beperk. Die meerderheid Grieke was teen aborsie gekant. Hippokrates het alreeds 460-370 v.C. aborsie in sy bekende Eed van Hippokrates verbied (Le Roux, 1995:30). Mkhize (2000:4) noem dat "... Hippocrates... who made an enormous contribution in the field of medicine, gave strict order to his followers not to give poisonous drinks to pregnant women who wanted to terminate their pregnancy".

Alhoewel die Romeinse samelewing van 750 v.C. nog primitief was, het aborsie as 'n probleem na vore gekom. In hierdie patriargale stelsel het die vader oor aborsie besluit. Daar was geen sprake van die regte van die vrou nie en die fetus het ook oor geen regte beskik nie (Le Roux, 1995:31). Volgens die Romeinse Reg was die fetus eers by geboorte ten volle mens. Derhalwe het aborsies algemeen onder die Romeine voorgekom (Hawthorne, 1982:1).

Die Didache, die vroegste dokument in die geskiedenis van die kerk (2e eeu n.C.), het die vroeë kerk se houding jeens aborsie weerspieël, naamlik dat dit verbied is en dat

diegene wat wel aborsie ondergaan het, skuldig was aan moord (Le Roux, 1995:31). Die Rooms Katolieke Kerk is een van die kerke wat deur dekades heen getrou gebly het aan die tradisionele beskouing van aborsie, naamlik dat dit slegs toegelaat word in gevalle waar die moeder se lewe bedreig word. Die Protestantse Kerk het wegbeweeg van die tradisionele siening van aborsie. Volgens Mkhize (2000:23) is aborsies deur laasgenoemde kerk toegelaat indien die moeder se lewe bedreig word, asook in gevalle van ernstige abnormaliteit van die fetus.

Hervormers se standpunt was dat die ongebore baba 'n reg op lewe het en dat hierdie reg beskerm moet word. Die vroeë kerk het geglo dat lewe reeds met konsepsie 'n aanvang neem en dat dit gerespekteer en beskerm behoort te word. Daar het egter twyfel ontstaan daaroor of die fetus met konsepsie reeds 'n siel het, of later eers 'n siel ontvang (Mkhize, 2000:19). Regdeur die Middeleeue en Renaissance in Europa was aborsie dus toelaatbaar tot voor die fetus lewe toon. Gedurende 1869 het Pous Pius die onderskeid tussen gevormde en ongevormde fetusse nietig verklaar. Aborsie is toe gevolglik in die grootste deel van Europa verbied (Le Roux, 1995:30).

5.2 Internasionale geskiedenis van aborsie

In die vroeë 20ste eeu het aborsie deel uitgemaak van die kriminele kodes in al 50 state van Amerika. Aborsie om die moeder se lewe te red was die enigste uitsondering (Sekudu, 2001:103). Uitstaande internasionale gebeure ten opsigte van die wettiging van aborsie was onder andere die alombekende Hooggeregshofsaak in die VSA, naamlik Roe versus Wade soos deur Forrest (1994:20) aangedui: "The court ruled that the State could not intervene in the abortion decision between a woman and her physician during the first three months of pregnancy." Politieke meningsverskil en agitatie oor aborsie is hierdeur aangevuur. Dit het die pro-lewe-beweging geaktiveer en daar is selfs gewelddadig teen aborsieklinieke en die personeel opgetree. Literatuur dui aan dat aborsiewetgewing geen probleem ten opsigte van ongewenste swangerskap oplos nie. Die situasie in die VSA word beskryf as 'n pynlike en intense stryd ten opsigte van aborsie, aangesien aborsiewetgewing geen oplossing vir genoemde probleem bied nie (Van Rooyen, 1998:295).

In Engeland was aborsie onwettig, maar slegs in uitsonderlike gevalle toegelaat indien die moeder se lewe bedreig is. Gesiene vroue in Brittanje het aborsies van privaat

geneeshere teen hoë koste bekom en vroue uit die werkersklas het hulle tot goedkoop agterstraataborsies gewend. In 1936 is aborsies gewettig en liberalisering van wetgewing in Brittanje het gedurende 1966 tot 1967 plaasgevind met die uitvaardiging van wetgewing wat aborsie op versoek toelaat (Sekudu, 2001:113). In Brittanje is verpleegkundiges verlig oor die implementering van aborsiewetgewing, aangesien 'n vrou wat voorheen 'n agterstraataborsie sou ondergaan het, nou in higiëniese toestande van hospitale behandel kan word (Ndhlovu, 1999:2).

In Nederland was aborsie onwettig en alle pogings tot hervorming het tot 1970 misluk. Die Nederlandse regering was geensins geneë om aborsiewetgewing te liberaliseer nie. Die pro-lewe-beweging was aktief en het druk op die regering uitgeoefen om nie veranderings in aborsiewetgewing aan te bring nie. In 1980 is die terminering van swangerskap op versoek tot 12 weke van draagtyd onder streng voorwaardes toegelaat. Tussen die eerste dag van berading en die prosedure is 'n verpligte wagtydperk van vyf dae gestel om aan die swanger vrou wat aborsie oorweeg, geleentheid te bied om 'n finale besluit te neem (Sekudu, 2001:110).

Veranderinge in wetlike, etiese, mediese en politieke sienings ten opsigte van aborsie het op verskeie lande druk uitgeoefen. Vrae oor die regte van vroue om 'n keuse oor swangerskap uit te oefen, wetlike en morele beskerming van die fetus, regeringsbeleid, bevolkingsbeplanning en die rol van die mediese professie het na vore gekom. In lande soos Afrika, Indië en Suid-Amerika bring hoë geboortesyfers die verlaging van lewenstandaarde mee. Hierdie aspek het belangrike maatskaplike en politieke implikasies waarmee rekening gehou moet word wanneer aborsie as bevolkingsbeplanningsmetode oorweeg word (Ndhlovu, 1999:12).

5.3 Suid-Afrikaanse geskiedenis van aborsie

Giftige wortels en kruie is gedurende die jare 1840 tot 1910 algemeen as abortiewe middels gebruik (Mc Culloch, 1996:3). Dondashe (2000:1) stem hiermee saam en voeg by dat kommersiële aborsiemedikasie gedurende 1870 gevolg het op die gebruik van kruiemiddels as aborsiemetode. Sommige vroue het geaborteer, ander het gesterf, en nog ander het na mislukte aborsiepogings selfs selfmoord gepleeg.

Die Suid-Afrikaanse perspektief oor aborsie het teen genoemde internasionale agtergrond ontwikkel. Die invloed van feminisme moet nie geringeskat word nie (Forrest, 1994:21). Sedert die wettiging van aborsie in Brittanje ten opsigte van gevalle waar vroue se fisiese of geestesgesondheid deur die voortsetting van 'n swangerskap bedreig is, het 'n politieke groep hulle beywer vir die wettiging van aborsie op versoek (Sekudu, 2001:113). Dit het 'n hewige tweestryd ontketen wat gou ook in Suid-Afrika na vore getree het. 'n Groep jong Suid-Afrikaanse vroue – pro-keuse-groep het hulle beywer vir die wettiging van aborsie. Hierdie groep vroue is deur die armoedevraagstuk as gevolg van die Groot Depressie in die Suid-Afrikaanse geskiedenis verder gemotiveer om hulle taak ten uitvoer te bring. Mans was nie by fertiliteitsbeheer betrek nie en het standpunt ingeneem teen die vroue wat wettige aborsies wou bekom (Mkhize, 2000:27-29).

Gedurende 1932 is dienste met betrekking tot fertiliteitsbeheer aan vroue van alle rasse beskikbaar gestel. Die staat het finansiële steun verleen en gesinsbeplannings-klinieke is opgerig (Mkhize, 2000:29). Alhoewel effektiewe kontrasepsie beskikbaar was, was vroue steeds kwesbaar ten opsigte van ongewenste swangerskap. Sommige vroue is deur hulle seksmaats verbied om kontrasepsie te gebruik, aangesien hulle hul lewenskragtigheid moes bewys. Die pro-lewe-beweging, diegene wat standpunt ingeneem het teen aborsie, het in hierdie tydperk na vore gekom en anti-aborsieveldtogte geloods (Taylor, 1997:8).

Sommige skrywers stel 1652 met die koms van die Westerlinge aan die Kaap as die begin van die aborsieprobleem in Suid-Afrika. Aborsiewetgewing was onbekend aan die inboorlinge van Suid-Afrika. Suid-Afrika was sedert die 19e eeu tot 1961 onder Britse bewind en die invloed van Britse wetgewing moenie geringeskat word nie (Mkhize, 2000:27). Alhoewel die eertydse regering oortuig was daarvan dat aborsie nie deel sou uitmaak van die Suid-Afrikaanse leefwyse nie, was agterstraataborsies aan die orde van die dag en is kommersiële aborsiemiddels hoofsaaklik gebruik. Vroue het ook gesterf as gevolg van self-geïnduseerde aborsies (Forrest, 1994:22). Gedurende die 19e eeu het die sendelinge wat na Suid-Afrika gekom het, vroue bewus gemaak daarvan dat aborsie 'n ernstige sonde is (Manxaile, 1998:20).

Gedurende die tydperk 1910–1960 is meer chirurgiese metodes by aborsie gebruik weens die ontwikkeling van die mediese tegnologie wêreldwyd. Suid-Afrika het in die veertigerjare meer afgesonder geraak en pogings om aborsie te wettig het gaandeweg verdwyn. Volgens Le Roux (1995:116) en Mkhize (2000:10) het aborsie 'n lang geskiedenis, en die verlede het 'n invloed op die teenswoordige en die toekoms. Dit het in Suid-Afrika dekades geneem voordat aborsie op versoek gewettig is. Gedurende 1948 is toenemende teenkanting ten opsigte van aborsie op grond van morele, godsdienstige, rasse- en politieke gronde ontvang (Mc Culloch, 1996:3). Die Nasionale Regering het slegs indirek aborsie goedgekeur, dit is as die swanger vrou se lewe in gevaar verkeer (Mkhize, 2000:31). Alhoewel kontrasepsiemiddels as 'n oplossing beskou is vir die regulering van vrugbaarheid, het sowat 160 000 Suid-Afrikaanse vroue gedurende die sewentigerjare onwettige aborsies ondergaan. Vroue het selfs na Europa of ander Afrika-lande gegaan vir aborsies. Diegene wat dit nie kon bekostig nie, het hulle tot agterstraataborsies gewend (Dondashe, 2001:2). Verpleegkundiges was in die onbenydenswaardige posisie om vroue wat nadelige gevolge van aborsie ervaar het, te versorg (Ndhlovu, 1999:2).

Gedurende 1970 was die Suid-Afrikaanse regering bereid om veranderings in die aborsie-arena aan te bring, maar aborsie op versoek is nie werklik oorweeg nie. Aborsiehervormers het die regering en diegene wat teen aborsie gekant was, uitgedaag om meer realisties te wees oor die ellende wat ongewenste en onbeplande swangerskappe meebring, aldus Mkhize (2000:27). 'n Kommissie is in 1974 aangestel om riglyne neer te lê met die oog op aborsiewetgewing (Mc Culloch, 1996:3).

Aborsie in Suid-Afrika het tydens die oorgangsperiode na demokrasie met die klem op menseregte besonder baie mediadekking ontvang. Sederdien het aborsie 'n bestrede politieke onderwerp geword. Onderliggend hieraan is komplekse redes soos diepgewortelde godsdienstige oortuigings en tradisionele waardes en norme in die lewe van die meeste Suid-Afrikaners. Tradisionele patriargale Suid-Afrikaanse gemeenskappe waarin vroue geen beheer oor hulle lewens, liggame of reproduksie het nie, is 'n struikelblok in die weg van liberalisering van aborsiewetgewing, aldus Forrest (1994:27).

Streng, beperkende Suid-Afrikaanse aborsiewetgewing het, soos in ander lande, ook teenkanting ontlok. Die aborsiedebat is aangevuur omdat die hervorming van aborsiewetgewing onvermydelik was (Forrest, 1994:27). Sedert 1990 is druk op die hervorming van aborsiewetgewing gekenmerk deur die klem op die regte van die vrou en vryheid van keuse (Sekudu, 2001:116).

6. WETGEWING EN JURIDIESE ASPEKTE VAN ABORSIE

Die aard van wetgewing en beleid ten opsigte van aborsie hang nou saam met die tipe regstelsel wat in 'n land toegepas word, die interaksie tussen die huidige regstelsel en vorige regstelsels en die wyse waarop die wette geïmplementeer en afgedwing word. Aborsiewetgewing word binne 'n spesifieke konteks geformuleer en dit word deur verskeie faktore bepaal (Sekudu, 2001:102). Wetlike bepalings oor aborsie wêreldwyd kan, aldus Le Roux (1995:57), in vier kategorieë ingedeel word, soos uiteengesit in Tabel 1:

TABEL 1: Wetlike bepalings van aborsie

Onwettige aborsie	Aborsie is geheel en al verbied en geen uitsondering word gemaak nie.
Beperkende aborsie	Aborsie word slegs in lewensgevaarlike omstandighede toegelaat.
Voorwaardelike aborsie	Aborsie word op grond van eugenetiese en humanitêre faktore soos verkragting en bloedskaande asook breë gesondheidsfaktore toegestaan.
Liberalise aborsie	Aborsie op versoek. Die besluit oor aborsie berus by die swanger vrou.

6.1 Tydperk voor 1975

Die Suid-Afrikaanse reg is op die Romeins-Hollandse Reg geskoei en ook deur die Engelse Reg gevorm. Aborsie as misdaad is net so oorgeneem uit Nederland en geensins statutêr in Suid-Afrika bepaal nie (Le Roux, 1995:57; Manxaile, 1998:20; Ndhlovu, 1999:11). Ten opsigte van aborsie stel die Romeins-Hollandse Reg dat aborsie geregverdig is in uiterste gevalle waar voortgesette swangerskap die moeder se lewe sou bedreig. Die belange van die moeder het dus 'n oorheersende rol gespeel (Mc Culloch, 1996:3; Rau, 1996:2). Aborsie in Suid-Afrika was 'n gemeenregtelike misdaad, met ander woorde dit is deur oorgelewerde en ongeskrewe gebruike en wette hanteer (Le Roux, 1995:68). Dit was 'n wetsoortreding om onder enige omstandighede hoegenaamd 'n aborsie te bekom (Geldenhuis & De Lange, 2001:92).

Aborsiewetgewing in Suid-Afrika is genoodsaak deur ontwikkelings in die mediese wetenskap, die vroeë identifisering van misvorming by die fetus en veranderde

gemeenskapsopvatting oor aborsie (Le Roux, 1995:68). Globale hervorming was nie 'n maklike proses nie, want dit omvat 'n besonder sensitiewe saak rakende 'n nuwe lewe. Die Suid-Afrikaanse regering was nie ten gunste daarvan om aborsie te wettig nie en aborsie op versoek is voor 1975 nie eens oorweeg nie (Manxaile, 1998:26). Die regering het gereageer op versoeke van hervormers in die mediese en regsberoep in reaksie op die groot aantal vroue wat as gevolg van onwettige aborsies gesterf het. 'n Kommissie is benoem wat ondersoek ingestel het na die aborsievraagstuk, wat 'n voorstel gemaak het ten opsigte van aborsiewetgewing (Rau, 1996:3). Die verslag oor Vrugaafdrywing en Sterilisering het hierop gevolg. Volgens Hawthorne (1982:240) en Le Roux (1995:68) het die kommissie bevind dat die idee van vrugaafdrywing op aanvraag indruis teen die godsdienstige, morele en etiese lewensbeskouing van die oorgrote meerderheid inwoners van Suid-Afrika en dat dit in die geheel deur die Suid-Afrikaanse samelewing verwerp word.

'n Wetsontwerp wat aborsie slegs onder sekere omstandighede toelaat, soos in gevalle van bedreiging van die swanger vrou se gesondheid en/of die fetus asook in gevalle van verkragting en bloedsgrande, is geformuleer (Hawthorne, 1982:240). Daar is verseker dat in die behoeftes van die land voorsien sal word, maar ook dat dit vir die inwoners aanvaarbaar sal wees (Le Roux, 1995:68). Voortvloeiend hieruit was die Aborsie en Sterilisering Wetsontwerp wat uiteenlopende reaksie ontlok het. Skerp kritiek was dat minderbevoorregte vroue hulle steeds tot agterstraataborsies sou wend, wat tot verreikende negatiewe gevolge sou lei (Mkhize, 2000:38; Rau, 1996:3).

6.2 Wet op Vrugaafdrywing en Sterilisering (Wet 2 van 1975)

Hierdie wet het beoog om onsekerhede oor wetlike aspekte ten opsigte van aborsie uit te klaar. Hierdie wet vervang die Gemeeneregbevestiging, naamlik dat aborsie 'n misdadig is behalwe onder sekere omstandighede, soos in gevalle waar die swanger vrou se lewe in gevaar verkeer of haar fisiese gesondheid bedreig word, of indien 'n risiko vir fisiese en geestesafwyking van die fetus bestaan (Le Roux, 1995:68; SA, 1975:3).

Die uitgangspunt van die Suid-Afrikaanse Reg is dat regsobjektiwiteit by geboorte begin (Davel, 2000:2). Vanaf konsepsie word die belange van die fetus beskerm, maar dit verkry nie regsobjektiwiteit nie (Le Roux, 1995:68). Die fetus word nie as 'n regspersoon in terme van die reg beskou nie en beskik nie oor dieselfde regte as 'n

pasgebore baba of enige ander persoon nie. Volgens Davel (2000:3) is 'n uitsondering die *nasciturus-beginsel* waardeur die ongeborene geag word as reeds gebore tot sy/haar voordeel, en dit word toegepas in gevalle van status en erfreg. Maatskaplike en ekonomiese faktore is nie as regverdigingsgronde vir aborsie beskou nie (Le Roux, 1995:74). Aborsie om terapeutiese redes, naamlik fisiese en geestesgesondheid van die moeder en fetus is in terme van die wet aanvaarbaar, wat aandui dat 'n lewe van goeie kwaliteit wat betref die swanger vrou, fetus en gesin deur wetgewing gerespekteer word (Kretzschmar & Hulley, 1998:89).

Die wet maak nie voorsiening vir aborsie op versoek nie, wat impliseer dat vroue met ongewenste swangerskappe die praktyk om hulle tot onwettige en onveilige agterstraataborsies te wend, moet voortsit. Die streng regverdigingsgronde en die omslagtige prosedure om 'n wettige aborsie te bekom, is skerp gekritiseer. Die meerderheid vroue wat op 'n aborsie aangewese is, is deur wetgewing uitgesluit en die gesondheids- en geregtelike infrastruktuur in Suid-Afrika maak nie vir hierdie vroue voorsiening nie. Toestemming tot aborsie is nie pertinent in hierdie wet vervat nie (Le Roux, 1995:74; Manxaile, 1998:21). Aborsiehervormers het hulle daarvoor beywer dat 'n situasie geskep word waarin swanger vroue die geleentheid gebied word om 'n keuse uit te oefen oor 'n ongewenste swangerskap. Dit het aanleiding gegee tot die Wetsontwerp op die Beëindiging van Swangerskap, 1996 (Manxaile, 1998:26).

6.3 Die Grondwet van die Republiek van Suid-Afrika (1996) en aborsie

Die konsep *menseregte* het gedurende 1948 in die Euro-Westerse lande ontstaan. Menseregte is mensgemaakte regte en nie ontvang soos die biologiese natuur as 'n gegewe nie (Manxaile, 1998:42).

Met menseregte in gedagte, met gevolglike Handves vir Menseregte in die Suid-Afrikaanse Konstitusie, is die finale produk van die terminering van swangerskap in die parlement in Oktober 1996 aanvaar. Die uitdaging wat aan die land gestel is, was om die konsep van die Westerse samelewing (menseregte en individualisme) met Afrika-standpunte (kulturele en stamverwante praktyke) te versoen (Manxaile, 1998:41). Ander wette is ondergeskik aan die Grondwet wat regte van individue beskerm. Die Grondwet (1996) het 'n nuwe bedeling ingelei ten opsigte van

demokrasie en menseregte. Dit beskerm die vrou se reg om 'n aborsie te versoek, waarvoor huidige wetgewing (1996) voorsiening maak.

6.4 Wetsontwerp op die Beëindiging van Swangerskap, 1996

Die Tussentydse verslag oor Groep- en Menseregte is gedurende Augustus 1991 deur die Suid-Afrikaanse Regeringskommissie gepubliseer. Aborsie is onder die loep geneem en daar is voorgestel dat aborsiewetgewing deur die Konstitusionele hof getoets behoort te word. Die hof kan dan met inagneming van die regte van die fetus en die belange van die gemeenskap tot 'n besluit oor wettiging van aborsie kom (Le Roux, 1995:88).

'n Komitee is op 31 Augustus 1994 getaak om ondersoek in te stel na moontlike wysigings in die bestaande wetgewing van 1975. Gedurende hierdie tydperk was aborsie in feitlik alle lande in Europa reeds gewettig. Suid-Afrika kon nie langer uitgesluit bly van aborsiereghervorming wat reeds regdeur die wêreld plaasgevind het nie (Mkhize, 2000:26). Die fokus van die ondersoek was nie daarop gerig om te bepaal of die meerderheid Suid-Afrikaners aborsie op versoek aanvaarbaar vind of nie, maar of die beperkings in die bestaande aborsiewetgewing konstitusioneel is al dan nie (Rau, 1996:4).

Volgens die Wetsontwerp het die vrou reproduktiewe reg. Die uitgangspunt is dat swangerskap in die vrou se liggaam plaasvind en sy is die enigste persoon wat kan besluit of die swangerskap beëindig moet word al dan nie (Mkhize, 2000:40). Derhalwe is slegs die swanger vrou se toestemming tot aborsie nodig (SA, 1996(b):5).

6.5 Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap (Wet 92 van 1996)

Die regering van nasionale eenheid het prioriteit verleen aan die beskikbaarstelling van reproduktiewe gesondheidsorg aan alle vroue en veilige toestande waaronder vroue wat aborsie versoek, hulle swangerskappe kan laat termineer (Mkhize, 2000:2). Die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap het hieraan voldoen (SA, 1996(c):1). Op 22 November 1996 is die wet in die parlement aanvaar. Aborsie op versoek is gewettig en swanger vroue wat hulle swangerskappe wil beëindig, hoef nie meer na Europa te gaan of hulle tot agterstraataborisies te wend nie (Mkhize, 2000:40).

Aborsiewetgewing beoog om 'n veilige metode vir die terminering van swangerskappe in 'n gesonde en higiëniese omgewing te vestig. De Pinho en Hoffman (1998:786) huldig die mening dat indien dit higiënies en korrek gedoen word, die aborsieprosedure as veilig beskou en sterftes en ander gevolge van onveilige aborsies tot die minimum beperk word. Die regering is bewus daarvan dat niks 'n swanger vrou wat vasbeslote is om haar ongewenste swangerskap te termineer, sal keer nie. Wetgewing maak dit vir vroue moontlik om te besluit of hulle:

- met die swangerskap wil voortgaan en kinders in liefde en goeie sorg in die wêreld te ontvang; of
- die swangerskap wil termineer. Wetgewing kom vroue wat aan ongewenste swak omstandighede soos werkloosheid, armoede, misdaad, honger en gesinsverbroekeling blootgestel is, tegemoet (Mkhize, 2000:88).

Volgens die inleiding van die Suid-Afrikaanse Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap is die terminering van swangerskap nie 'n vorm van geboortebeperking of beheer oor bevolkingsgrootte nie (Mkhize, 2000:3; SA, 1996(c):1302). In lande soos Sjina is aborsie egter 'n vorm van beheer deur die regering oor die bevolkingsgrootte, want indien 'n gesin meer kinders voortbring as wat die regering vereis, word verdere swangerskappe volgens opdrag getermineer.

Hierteenoor impliseer aborsie op versoek dat die swanger vrou haar eie besluit neem (Mkhize, 2000:4). Die Wet op Keuse oor die Beëindiging van Swangerskap het op 1 Februarie 1997 in werking getree (Manxaile, 1998:21). Volgens Ndhlovu (1999:10) het elke swanger vrou die vryheid van keuse om te besluit of sy 'n vroeë, veilige en wettige aborsie ooreenkomstig haar individuele oortuiging wil ondergaan. Aborsiedienste is toeganklik vir alle swanger vroue (ongegag ouderdom, woonplek of sosio-ekonomiese status) wat hulle swangerskappe tot 12 weke van draagtyd wil laat termineer (Ndhlovu, 1999:11). Tussen die 13e en 20ste week van draagtyd kan 'n swangerskap getermineer word indien 'n mediese praktisyn van mening is dat voortgesette swangerskap die lewe van die moeder of fetus bedreig. Na die 20ste week van draagtyd kan aborsie slegs gedoen word na oorleg met nog 'n mediese praktisyn om te verseker dat voortgesette swangerskap lewensbedreigend vir die moeder of die fetus is (Mkhize, 2000:2).

Wetgewing omskryf ook waar aborsies uitgevoer moet word en wie toestemming vir die terminering van aborsies moet gee (Mkhize, 2000:40; SA, 1996(c):1304). 'n Swangerskap kan beëindig word met die ingeligte toestemming van slegs die swanger vrou, tensy sy nie in staat is om sodanige toestemming te gee nie, maar "in the case of a pregnant minor, defined as a female person below the age of 18 years, a medical practitioner or registered midwife must advise such minor to consult with her parents, guardian, family member or friends before the pregnancy is terminated" (Davel, 2000:10). Die terminering van swangerskap mag egter nie geweier word indien 'n swanger minderjarige nie van voorneme is om genoemde persone in kennis te stel van die terminering van haar swangerskap nie (SA, 1996(c):1306).

6.6 Implikasie van die huidige wetgewing, 1996

Huidige wetgewing het wye reaksie ontlok. Verskeie aborsieklinieke het die lig gesien. In 'n poging om aborsie as alternatief te ontmoedig, het tehuise vir ongehude moeders opgeskiet, aanneming is aangemoedig, kerke het hulle deure oopgemaak vir vroue wat aan armoede blootgestel is en berading is gegee ten opsigte van besluitneming en oorweging van alternatiewe (Mkhize, 2000:88). Lewensvatbaarheid is deur vorige wetgewing beskou as 26 weke na konsepsie. In huidige wetgewing is dit weggelaat (Sekudu, 2001:101). Alhoewel verskeie kontraseptiemiddels vir die doel van geboortebeperking beskikbaar is, is Kretzschmar en Hulley (1998:89) van mening dat aborsie tog as kontraseptiemetode gebruik sal word.

Teenstrydige nasionale reaksie het voorgekom. Enersyds was die algemene mening gehuldig dat die fetus 'n reg op lewe het en dat hierdie bepaling onkonstitusioneel is. Andersyds is gepleit dat die konstitusionele regte van die swanger vrou vooropgestel moet word deur aan haar 'n geleentheid tot keuse te bied (Davel, 2000:11). Die ongeborene se belange word beskerm deur die *nasciturus-beginsel*, maar indien die moeder besluit om die swangerskap te laat termineer, kan niemand haar daarvan weerhou nie. Rau (1996:4) is van mening "... that the Constitution does not expressly provide that the right to 'life' includes fetal life". Dit impliseer dat die fetus nie dieselfde regte geniet as na geboorte nie, want regspersoonlikheid begin by geboorte. Wetgewing ignoreer nie die feit dat 'n fetus 'n lewende wese is nie, maar dit stel dat die regte van die swanger vrou dié van die fetus oorheers (Mkhize, 2000:41).

Teenstanders van aborsie in mediese kringe wys daarop dat aborsie teen die mediese kode indruis (Mkhize, 2000:5). Die Wetsontwerp het voorsiening gemaak daarvoor dat mediese praktisyns wat teen deelname aan aborsieprosedure gekant is, hulle van hierdie prosedure mag distansieer, naamlik dat "... no person shall be under any legal duty, whether by contract or by any statutory or legal requirement, to participate in the termination of pregnancy if he/she has a conscientious objection to the termination of pregnancy" (SA, 1996(b):80-96). Huidige wetgewing beklemtoon dit nie dermate nie. Wetgewing dwing nie mediese praktisyns om die terminering van swangerskap teen hulle wil of beginsels uit te voer nie. Hulle mag egter nie die swanger vrou wat aborsie wil ondergaan, teenstaan nie en moet sodanige vroue na die korrekte hulpbronne verwys. Wetgewing respekteer die godsdienstige en morele oortuigings van die mediese praktisyn, maar dit verwag ook dat respek betoon moet word vir die swanger vrou se begeerte om haar ongewenste swangerskap te laat termineer (Mkhize, 2000:11).

Diegene wat teen aborsiewetgewing gekant is, is van mening dat die saak oor die terminering van swangerskap te ver gevoer is. Die wet beperk die persoon onder die ouderdom van 18 jaar in talle opsigte, maar nie ten opsigte van 'n versoek om 'n swangerskap te termineer nie, en geen voorsiening word gemaak vir die regte van die biologiese vader nie. Die biologiese vader, wat 'n aandeel in die swangerskap het, behoort volgens hulle ook inspraak te hê (Mkhize, 2000:41).

Suid-Afrikaners is steeds gewikkel in 'n pynlike en intense stryd oor wettige aborsie. Aborsiewetgewing los nie probleme ten opsigte van ongewenste swangerskap op nie; dit ontketen ander probleme en het die aborsiedebat aangevuur (Van Rooyen, 1998:295). Die twee standpunte, pro-lewe- en pro-keuse-beweging, handhaaf 'n nimmereindigende debat.

7. ABORSIE – 'N MORELE DILEMMA

7.1 Moraliteit

Die aard van menslike lewe noodsaak 'n vorm van normatiewe sisteme. Gedeelte oortuigings oor wat reg en verkeerd is, is noodsaaklik vir die oorlewing van menslike gemeenskappe maar ook vir die behoud daarvan. Sonder moraliteit weet die mens nie

wie hy is, waarvandaan hy kom en waarheen hy onderweg is nie. Die realiteit van lewe is dubbelsinnig, want die mens ervaar goed en kwaad, geluk en hartseer, betekenisvolheid en waardeloosheid. Die mens moet binne hierdie tweeslagtige werklikheid georiënteer word. In die jongste tyd word vorme van gesag – polities, akademies, juridies en geestelik – met agterdog bejeën en selfs verwerp. 'n Proses van bevryding was noodsaaklik, maar is volgens Kretzschmar en Hulley (1998:6) te ver gevoer. Morele waardes help mense om by veranderde omstandighede aan te pas en "commitment to certain values guides us in the decision-making process and motivates us to act on those decisions from an ethical perspective. Valuing is part of being human... fundamental to make ethical decisions." (Ndhlovu, 1999:15.) Volgens Kretzschmar en Hulley (1998:20) gee moraliteit aan die individuele persoon oriëntering en betekenis in die lewe, dit bied 'n oplossing vir huidige maatskaplike probleme en is onontbeerlik omdat dit lewensbedreigende probleme van die hede en toekoms onder die loop neem.

Die sedelike regverdigheid van aborsie veroorsaak 'n etiese dilemma in die samelewing en ontlok uiteenlopende standpunte. Persepsie speel hier 'n belangrike rol. Dit gaan nie hoofsaaklik om diskriminering teen die swanger vrou wat 'n aborsie versoek nie, maar dit raak geloofsoortuigings en waardes aan wat in ooreenstemming gebring kan word met die realiteit van aborsie (Ndhlovu, 1999:15). Die terminering van swangerskap omsluit morele aspekte en laat vrae ontstaan oor die begin van lewe, wat onder lewe verstaan word, watter waarde aan watter vorm van lewe geheg behoort te word en of lewe beskerm moet word al dan nie (Le Roux, 1995:149).

7.2 Die aborsiedebat

Volgens Kretzschmar en Hulley (1998:94-96) is drie uiteenlopende standpunte ten opsigte van die terminering van swangerskap wêreldwyd en in Suid-Afrika geïdentifiseer:

7.2.1 Pro-lewe-beweging

Hierdie standpunt aanvaar dat die fetus met konsepsie 'n potensiële menslike wese is wat respek en beskerming verdien en die feit dat die terminering van swangerskap 'n morele saak is, en dat dit dus met afkeur bejeën moet word (Mkhize, 2000:4-5) Voorstanders van hierdie beweging is gekant teen die terminering van swangerskap as

'n kontrasepsiemetode, en huldig die mening dat seksuele aktiwiteite nie onverantwoordelik of ligtelik opgeneem mag word nie. Hulle skryf die intensiteit van skuldgevoelens wat vroue ná 'n aborsie ervaar daaraan toe dat elke vrou inherent oortuig is daarvan dat aborsie verkeerd is.

7.2.2 Pro-keuse-beweging

Vroue het beheer oor hul reprodutiewe vermoëns. Die opvatting van hierdie groep mense is dat die swanger vrou die reg het om te besluit oor 'n ongewenste swangerskap. Hierdie standpunt skep 'n problematiese situasie omdat die belange van die biologiese vader, gesin en gemeenskap nie in oorweging geneem word nie. Die probleem van ongewenste swangerskap kan nie deur middel van aborsie opgelos word nie, maar wel deur die beoefening van morele verantwoordelikheid, eerbied vir lewe en toereikende moreel gefundeerde geslagsopvoeding (Mkhize, 2000:4-5).

7.2.3 Beperkte geselekteerde aborsie

Wesenlike grensgevalle geniet aandag, naamlik "... in relatively exceptional cases, for therapeutic reasons, where a morally defensible case can be advanced, should abortion be permitted" (Kretzschmar & Hulley, 1998:95). Die fetus se reg op lewe word gerespekteer met inagneming van regverdigbare gevalle waarin die terminering van swangerskap noodsaaklik is. Aborsie is nie slegs 'n mediese en wetlike saak nie, maar word in hierdie geval beslis gegrond op morele oortuigings.

Die uiteenlopende oortuigings met betrekking tot aborsie en hoedanig dit mense se houdings ten opsigte van aborsie beïnvloed, beklemtoon die morele dilemma van aborsie (Ndhlovu, 1999:18). Alhoewel die jarelange konflik oor aborsie in die politieke arena van die samelewing gesentreer is, is konsensus oor en die oplossing van die probleem nie in wetgewing geleë nie (Schlossberg & Achtemeier, 1995:3). Die stryd oor aborsie duur voort ongeag die optrede van politici en howe, aangesien dit vroeë ontlok wat sentreer om geloofsoortuigings en die betekenis van lewe.

7.3 Mediese aspekte

Op mediese gebied ontlok die terminering van swangerskap op versoek bepaalde moreel-etiese vrae waarop geen eenvoudige antwoorde bestaan nie. Die mediese tegnologie het verfyning in aborsietegnieke tot gevolg, maar ook positiewe gevolge

vir die fetus want die fetus tree hierdeur meer prominent op die voorgrond as in die verlede. Dit is vir die medikus belangrik om nie weg te skram van die feit dat lewe reeds by bevrugting begin nie (Le Roux, 1995:161). Medici weet dat daar 'n onafhanklike, self-beginnende biologiese entiteit bestaan reeds vanaf die oomblik dat die spermsel en eiersel verenig en dat hulle in staat is om na inplanting die teenwoordigheid en aktiwiteit van die entiteit waar te neem. Weens mediese en tegnologiese vooruitgang is die lewe van vroeggebore babas 'n groter werklikheid en word lewensvatbaarheid op 28 weke na konsepsie gestel (Le Roux, 1995:95). Kennis van fetale ontwikkeling neem voortdurend toe en geen werklike onderskeid kan tussen verskillende stadiums gemaak word nie, gevolglik bestaan verskillende standpunte daaroor.

Relatief min fisiese omstandighede kom gedurende swangerskap voor wat as lewensbedreigend vir die moeder se lewe beskou word. Die moontlikheid van fisiese en/of verstandelike gestremdheid van die fetus (eugenetiese gronde vir aborsie) kan vroeg reeds in die swangerskap geïdentifiseer word. 'n Besluit oor abortering in so 'n geval is vir ouers baie moeilik. Le Roux (1995:100) meld dat mediese ingrepe dikwels toegepas word om maatskaplike en sosiologiese probleme op te los.

Diegene wat by die primêre fisiese versorging van die aborsiepasiënt betrokke is, word die meeste deur die terminering van swangerskap geraak. Verpleegkundiges en mediese praktisyns ervaar dikwels ambivalensie ten opsigte van die aborsieprosedure (Le Roux, 1995:108). Nogtans is alle verpleegkundiges professioneel en eties verplig om ingevolge wetgewing (Verpleging Wet, 50/1978) pasiënte voor en na 'n prosedure te verpleeg, ongeag enige afkeer daarvan (Dondashe, 2001:2). Aborsie is een van die prosedures waarvoor die geneesheer moet nadink en hy moet sy optrede eties kan verantwoord. Hy moet vroegtydig die saak deeglik vir hom uitmaak voordat hy aan die druk om 'n aborsie uit te voer, toegee (Le Roux, 1995:108).

7.4 Maatskaplike aspekte

Uit 'n ondersoek van Le Roux (1995:180) blyk dit dat aborsie 'n verlaging in die moraliteit van die samelewing teweegbring. Wettige aborsie op versoek lei tot 'n aborsiementaliteit wat 'n verandering in die geestesingesteldheid van mense teweegbring. Dit impliseer dat aborsie algemeen in die samelewing aanvaar word, dat

skuldgevoelens kan ontbreek, dat aborsie gelykgestel kan word aan kontrasepsie en dat 'n onsensitiwiteit vir die fetus kan ontstaan. In die lig van die huidige tendens in Suid-Afrika, soos uiteengesit deur Kretzschmar en Hulley (1998:90), naamlik die toenemende geboortesifer, aantal verlate kinders en kindermishandeling, asook armoede, werkloosheid, ongeletterdheid en die verbrokkeling van die gesins- en gemeenskapslewe, bestaan die gevaar dat promiskuïteit deur aborsie op versoek bevorder word (Le Roux, 1995:184). Die vrees vir swangerskap is uit die weg geruim deur die wete dat 'n aborsie maklik bekom kan word, wat kan lei tot toenemende voorhuwelikse seksuele verhoudings en minder daadwerklike pogings om kontrasepsie te gebruik. Die moontlikheid van 'n aborsie lei dus tot onverantwoordelike seksuele gedrag. Permissiwiteit word in die hand gewerk deurdat kontrasepsiemetodes beskikbaar is en 'n beroep op mense gedoen word om verantwoordelik op te tree deur veilige seksuele omgang te hê. Adolescente en ongetroude jongmense moet weet dat seksuele omgang verkieslik binne die huwelik tuis behoort, maar dat indien hulle egter seksueel aktief is, hulle voorsorg moet tref om hulle teen ongewenste swangerskap en seksueel oordraagbare siektes te beskerm (Le Roux, 1995:183, 184).

Voorstanders van aborsie op versoek beweer dat onbeplande swangerskappe tot talle ongewenste kinders lei wat gevolglik deur hulle ouers verwerp word, en dat die toename in kindermishandeling dus die direkte gevolg is van beperkte aborsiemoontlikhede (Le Roux, 1995:185). Die maatskaplike gevolge van aborsie is gekompliseerd en dit kan die vrou wat 'n aborsie ondergaan het, asook haar familie, op lang termyn ernstig benadeel ten opsigte van intense hartseer, skuldgevoelens, ambivalensie, moedeloosheid en depressie. Geheimhouding en privaatheid kan die vrou wat 'n aborsie ondergaan het emosioneel vernietig (Ndhlovu, 1999:19). Daar word gedink aan getroude vroue wat sonder die medewete van hulle eggenote, asook minderjariges wat sonder die medewete van hulle ouers of voogde, wettige aborsies kan ondergaan. Weens die intense morele aanslag daarvan, los die terminering van swangerskap maatskaplike probleme nie werklik op nie, maar bevorder dit eerder in sommige gevalle.

7.5 Godsdienstige aspekte

Aborsie is 'n komplekse en sensitiewe saak wat 'n verskeidenheid geloofsoortuigings raak (Mkhize, 2000:98). Dit was die een saak in die kerk waaroor vroeër nooit verskil is nie. Ten spyte van die verdeling van die Oorsterse en Westerse Katolieke Kerke en die Protestantse Hervorming was daar eensgesindheid oor aborsie, naamlik dat dit verbied is. Kerke het deurgaans teen aborsie gewaarsku, aangesien die fetus van die begin af as 'n menslike wese beskou is. Sommige moderne kerke het gaandeweg hulle gesindheid teenoor aborsie verander en dit binne die eerste paar weke van swangerskap begin toelaat (Mkhize, 2000:98; Schlossberg & Achtemeier, 1995:4). Die meeste kerke in Suid-Afrika keur aborsie slegs in uitsonderlike gevalle goed. Tog is daar denominasies wat nie duidelike standpunte ten opsigte van aborsie huldig nie. Meningsverskille kom dus voor. Hedendaagse aborsiewetgewing ontlok hewige teenkantiing van die kant van kerke waarvan die regering kennis moet neem (Le Roux, 1995:164).

Dit is algemeen bekend dat die terminering van swangerskap teen alle christelike moraliteit indruis, sowel as teen die moraliteit van die tradisionele Jode, Moslems, Hindoes en verskeie ander gelowe (Dondashe, 2001:3). Alhoewel kerke oor die hantering van die aborsieprobleem verskil, kan die kerk hom nie daarvan distansieer nie. Die kerk het 'n verantwoordelikheid om waardes en norme in die samelewing te help formuleer en in stand te hou. Die kerk moet alternatiewe vir aborsie voorstel sodat die swanger vrou 'n aborsie nie as die enigste uitweg hoef te beskou nie. Die klem word gelê op die liefde vir die vrou en vir die ongebore kind – liefde wat bewys kan word deur hulp, ondersteuning en beskerming aan die moeder en die kind (Le Roux, 1995:172).

7.6 Kulturele aspekte

Die demokratiese bedeling in die land het 'n kultuur van menseregte geskep. Volgens Kretzschmar en Hulley (1998:41) verskil die soeke na morele leiding in die Afrika-konteks van dié van die individualistiese Westerse wêreld. In die morele tradisie van die Weste is konsultasie met ander nie noodsaaklik by morele besluitneming nie; die individu kan nog steeds self die finale besluit neem. In die Afrika-tradisie is konsultasie ten opsigte van morele besluitneming noodsaaklik. Sekere gesagsfigure

moet geraadpleeg word wat sanksie aan 'n morele besluit verleen. Indien hierdie tradisie verbreek word, word buite die struktuur van die gemeenskapsorde opgetree, en word die harmonie en welstand van die gemeenskap daardeur versteur. Derhalwe behoort 'n sensitiwiteit vir die kulturele waardesisteem van die Afrika-gemeenskap te blyk.

Verskaffing van aborsiedienste aan die Afrika-vrou as deel van haar demokratiese reg volgens die Grondwet, kan lei tot spanning en teenstrydigheid binne Afrika-families en -gemeenskappe. Manxaile (1998:3) is van mening dat die aanvaarding van aborsiedienste binne sodanige gemeenskappe, veral met die oog daarop om die kwaliteit van haar lewe te verbeter, nooit uitsluitlik die besluit van die swanger vrou mag wees nie. Die teendeel ten opsigte van lewenskwaliteit word juis bereik indien so 'n besluit geneem is op grond van individuele oortuiging. Die toepassing van Westerse demokratiese waardes met die klem op individuele menseregte behoort bemiddel te word in erkenning aan die Afrika-kultuur wat ander waardes huldig (Manxaile, 1998:3). Die tradisionele Afrika-denke is nie dualisties van aard nie; dit fokus op die gesamentlike eerder as die onderskeie aspekte; interafhanklikheid en harmonie tussen mense onderling asook tussen mense en hulle natuurlike omgewing (Kretzschmar & Hulley, 1998:34).

Aborsie op versoek is vreemd in die Afrika-kultuur met sy eiesoortige tradisies en gewoontes (Dondashe, 2001:3). Derhalwe is die Afrika-vroue weens dergelike toegewings blootgestel aan vryhede en kan hulle eksperimenteer en ervaar wat voorheen vir hulle geheel en al onbekend was (Manxaile, 1998:10).

7.7 Etiese aspekte

Etiese aspekte van die terminering van swangerskap handel oor die begin van lewe, wat onder lewe verstaan word, watter waarde aan lewe geheg word en of lewe beskerm moet word al dan nie. Hierdie aspekte word vervolgens aan die hand van Le Roux (1995:149-157) en Ndhlovu (1999:15) uitgelig.

Die lewensvatbaarheid en morele status van die fetus is ernstige knelpunte, aangesien onsekerheid bestaan oor die wenslikheid van fetusse in verskillende ontwikkelingsstadiums. Die fetus is op 12 weke reeds volledig tot 'n menslike vorm ontwikkel, en

lewensvatbaarheid in die reg word op 28 weke en medies op 22 weke gestel. Aangesien die moontlikheid bestaan dat die fetus op hierdie stadium buite die moederliggaam kan oorleef, word dit as 'n aanvaarbare kriterium vir morele status aanvaar. Lewensvatbaarheid kan nie sonder meer as kriterium vir morele status aanvaar word nie, aangesien die tydperk daarvan vervroeg word namate die ontwikkeling in die mediese wetenskap en tegnologie vorder. Geen wetenskaplike verklaring word gegee vir waarom aborsies tot op 12 weke van swangerskap toegelaat word nie, maar dit wil voorkom of die fetus hoër morele status vanaf 12 weke geniet, alhoewel dit nie in hierdie stadium as lewensvatbaar beskou word nie. Die morele status van die fetus is 'n belangrike besprekingspunt in die aborsiedebat wat tot onbeantwoorde vrae lei.

Eerbied vir lewe is op godsdienstige waardes gegrond, maar daar is ook ongelowiges wat aan die onaantasbaarheid van die menslike lewe glo. Mense kan dus glo in die heiligheid van menslike lewe, ongeag of hulle gelowiges is al dan nie, en dus teen aborsie gekant wees. Volgens Le Roux (1995:156) is daar 'n neiging in Suid-Afrika te bespeur dat mens hulle al hoe minder aan waardes en norme steur. Mense wil vry wees van godsdiens, en menslike oorwegings speel 'n toenemend belangrike rol in die bepaling van die etiek. Vrye seksuele uitlewing speel 'n oorheersende rol terwyl die waarde van verantwoordelike seksualiteit in wetenskaplike en populêre artikels nie aandag geniet nie. Gevolglik verkies die mens vryheid in sy seksuele gedrag, en indien die vrou swanger raak, moet 'n aborsie op versoek vryelik beskikbaar wees sodat die onwelkome gevolg uit die weg geruim kan word. Die individu streef na vryheid in alle opsigte en wil losgemaak wees van wette wat sy gedrag beperk. Menseregte geniet prioriteit en daar word selfs na veilige aborsies verwys as basiese menseregte. Die reg van vroue om beheer oor hulle eie liggame te verkry en om 'n besluit ten opsigte van swangerskap te kan neem, word beklemtoon, maar vroue se verantwoordelikheid ten opsigte van die gevolge van onbeskermd seks word soms genegeer. Die kerk in Suid-Afrika is besorg oor die beskikbaarheid van kontrasepsie, aangesien dit permissiwiteit bevorder.

Etiek is nie staties nie en verander na gelang van veranderinge in die samelewing. Indien die intrinsieke waarde van menslike lewe en die respek wat dit verdien, nie erken word nie, kan die etiese kode nie effektief wees nie (Ndhlovu, 1999:48). Die

meeste etiese knelpunte kan bevredigend opgelos of verklaar word as konsensus sou bestaan oor die verskillende vraagstukke. Dog is die menings daaroor uiteenlopend van aard en bestaan daar twyfel of dit ooit versoenbaar sal wees.

7.8 Bevolkingsbeleid en gesinsbeplanning

Aborsie en kontrasepsie moet van mekaar onderskei word. Albei beoog beperking van geboortes, dog verskil die metodes en redes radikaal van mekaar. Kontrasepsie fokus op die voorkoming van konsepsie, terwyl aborsie op die terminering daarvan fokus (Kretzschmar & Hulley, 1998:85). Verantwoordelike ouerskap word tans beklemtoon en bevolkingsbeperkingsprogramme geniet prioriteit.

Die debat oor kontrasepsie en aborsie word wêreldwyd gevoer – ook in Suid-Afrika. In 'n land wat probleme ervaar met betrekking tot die verskaffing van voedsel, water, behuising, werksgeleenthede en die opvoeding aan miljoene mense, is onbeteuelde bevolkingsgroeï as probleem 'n werklikheid (Kretzschmar & Hulley, 1998:85). Suid-Afrika is 'n ontwikkelende land en onbeheerde bevolkingsgroeï kan tot ernstige sosiale agteruitgang lei, met gevolglik haglike maatskaplike omstandighede (Le Roux, 1995:215). Die huidige voorkoms van werkloosheid, behuisingsnood en ongeletterdheid kan toeneem indien bevolkingsgroeï toegelaat word om onbeperk voort te duur.

Elke egpaar mag besluit oor die aantal kinders wat hulle wil hê, maar dit is ook hulle verantwoordelikheid om die kinders behoorlik te versorg en op te voed. Die staat het die verantwoordelikheid en reg om maatreëls in te stel en programme te implementeer om balans tussen hulpbronne en bevolkingsgetalle in belang van alle persone te verseker. Voorkoming is die moeilike maar pro-aktiewe weg wat gevolg behoort te word. Aborsie kan as 'n maklike uitweg beskou word, maar dié benadering moet so ver moontlik vermy word (Le Roux, 1995:218, 266). Aborsie is 'n maatskaplike probleem met verreikende gevolge vir samelewings, en alles moontlik behoort gedoen te word om te voorkom dat aborsie nie as kontrasepsiemetode gebruik word nie.

Gesinsbeplanningsprogramme in Suid-Afrika moet deeglik beplan en uitgevoer word met inagneming van die kulturele diversiteit van die land. Dit moet in gedagte gehou

word dat aborsiewetgewing nie as 'n gesinsbeplanningsmetode aangewend kan word nie (SA, 1996(c):1302). In talle kringe heers kommer oor die snelle bevolkingsgroei in die land, en aanspraak is gemaak daarop dat die wettiging van aborsie die bevolkingsgroei sal teëwerk (Le Roux, 1995:50). Doeltreffende gesinsbeplanningsprogramme en die gebruik van kontrasepsiemetodes word beklemtoon as teenvoeter daarvoor dat vroue en hulle naasbestaandes op lang termyn nadelig geraak word deur die onuitwisbare gevolge van die terminering van swangerskap.

8. SAMEVATTING

Die literatuur bevestig dat aborsie geen nuwigheid is nie. Dit is so oud soos die mensdom self, maar dit het in 'n verskeidenheid vorme en stadiums na vore gekom tot waar dit vandag in Suid-Afrika gewettig is. Ten spyte van wetgewing, los aborsie nie die probleem van ongewenste swangerskap op nie. Aborsie kan voorkom of beperk word indien gesinsbeplanningsprogramme en kontrasepsiemetodes werklik deur die meerderheid vroue effektief gebruik word. Daar moet dus gefokus word op opvoedingsprogramme waardeur kinders en jongmense met lewensvaardighede bemagtig kan word. Kennis rakende aspekte soos seksueel oordraagbare siektes, seksualiteit, voorhuwelikse en buitehuwelikse seksuele gemeenskap en ongewenste swangerskappe asook die gevolge daarvan is in hierdie hedendaagse samelewing noodsaaklik. Volwassenes behoort ook bewus gemaak te word daarvan dat die terminering van swangerskap 'n werklikheid in die daaglikse lewe is sodat hulle hul nie daarvan distansieer nie, maar gesprekke daaroor by die opvoeding van kinders insluit.

Daar is nie klinkklare antwoorde op vrae rakende aborsie in die geheel nie. Soos in die vroegste geskiedenis, sal standpunte ten opsigte van aborsie uiteenlopend bly, aangesien daar werklik getwyfel word aan die versoenbaarheid van die verskillende standpunte wat aandui dat aborsie 'n morele dilemma in Suid-Afrika geword het, soos ook in die res van die wêreld.

9. BRONNELYS

ABORTION STATISTICS. 2000. London: The Stationery Office.

ANON. 1998. Hospitale kan nie vraag na aborsie hanteer. *Beeld*:7, Januarie 7.

DAVEL, C.J. 2000. Introduction to child law in South Africa. Landsdowne : Juta & Co Ltd. 473 p.

DE PINHO, H. & HOFFMAN, M. 1998. Termination of pregnancy – understanding the new Act: women's health. *Continuing medical education journal*, 16:8, 786-788, Aug.

DE VYNCK, S. 1999. Beraad aan adolessente dogters wat 'n terminasie van swangerskap wil ondergaan. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit. (Skripsie – M.Ed.) 67 p.

DONDASHE, V.I. 2001. The experience of registered nurses in the pre-counseling of pregnant women contemplating termination of pregnancy. Port Elizabeth : University of Port Elizabeth. (Mini-treatise – M.Cur.) 67 p.

FORREST, G.M. 1994. Emotional distress in women before and after therapeutic terminations of pregnancy. An investigation into the need for pre- and post abortion counseling. Cape Town : University of Cape Town. (Dissertation – M.Sc.) 114 p.

GELDENHUYS, J. & DE LANGE, N. 2001. Swart Oos-Kaapse adolessente se ervaarings van swangerskapterminasie. *South African Journal of Education*. 21(2):92-98, May.

GRONDWET *kyk* SUID-AFRIKA. 1996(a).

GUTTMACHER, A. 1999. Teenage pregnancy: overall trends and state-by-state information. USA. 10 p.

HAASBROEK, B. 1999. Wat sal gebeur as ek aborsie kies? *Finesse*:7, Junie.

HAWTHORNE, L. 1982. The crime of abortion: A historical and comparative study. Pretoria : University of Pretoria. (Thesis – LL.D.) 444 p.

- KRETZSCHMAR, L. & HULLEY, L. 1998. Questions about life and morality. Pretoria : JL van Schaik. 270 p.
- LE ROUX, J.P. 1995. Aborsie in Suid-Afrika: 'n Maatskaplike werk perspektief. Bloemfontein : UOVS. (Proefskrif – Ph.D.) 321 p.
- LOUW, D.A., VAN EDE, D.M. & LOUW, A.E. 1999. Menslike ontwikkeling. Kaapstad : Kagiso. 764 p.
- MANXAILE, A. 1998. Xhosa per-urban women's views on abortion as a human right: implications for a pro-impilo theological discourse on the choice of termination of pregnancy Act, no 92 of 1996, South Africa. Pietermaritzburg : University of Natal. (Dissertation – M.Th). 205 p.
- Mc CULLOCH, U.R. 1996. Women's experiences of abortion in South Africa: an exploratory study. Cape Town : University of Cape Town. (Dissertation – M.A.) 90 p.
- MKHIZE, B.A. 2000. The termination of pregnancy Act of 1996: A theological ethical evaluation of abortion on demand. Pretoria : University of Pretoria. (Dissertation – M.Th.) 128 p.
- MOGANO, M.S. 1999. Factors influencing the decision of teenagers to terminate their pregnancies. Johannesburg : Rand Afrikaans University. (Mini-dissertation - M. Soc.Sc.)(Social Work) 59 p.
- MOJAPELO-BATKA, E.M. 2000. Voluntary termination of pregnancy: Meanings and coping with emotional impact of perceived or anticipated social sanctions. Hammanskraal : Medunsa (Dissertation – M.Sc.) 124 p.
- NDHLOVU, M.P. 1999. Nurses' experiences of abortion: an exploratory study of nurses experiences in assisting with termination of pregnancy in South Africa and Zambia. Western Cape : University of Cape Town. (Thesis – M.Cur.) 146 p.

RAU, L. 1996. The constitutionality of abortion limiting legislation in South Africa. Pretoria : University of South Africa. (Dissertation - Master of Laws). 28 p.

RULASHE, L. 1999. The psycho-social dimensions of abortion amongst Xhosa speaking women. Port Elizabeth : University of Port Elizabeth. (Disseration – M.A.) 129 p.

SA *kyk* SUID-AFRIKA.

SCHLOSSBERG, T. & ACHTEMEIER, E. 1995. Not my own. Michigan : William E, Eerdmans Publishing Company. 137 p.

SCWINDACK, R.M. 1995. The abortion debate revisited in South African context: editorial. *Geneeskunde*, 37(5): 5-10, Sep/Oct.

SEKUDU, J. 2001. Abortion: a social work study. Pretoria : University of Pretoria. (Thesis - D. Phil.) 250 p.

SUID-AFRIKA. 1975. Wet op vrugafdrywing en sterilisasie, no 2 van 1975. Staatskoerant no 16. Pretoria : Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA. 1996(a). Grondwet van die Republiek van Suid-Afrika. No 108 van 1996. Pretoria : Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA. 1996(b). Wetsontwerp op die beëindiging van swangerskap, (WB80-96). Pretoria : Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA. 1996(c). Wet op keuse oor die beëindiging van swangerskap. No 92 van 1996. Pretoria : Staatsdrukker.

TAYLOR, G.L. 1997. Women's experiences of abortion – a qualitative study. East London : Rhodes University. (Thesis : M. Soc.Sc (Social Work)). 143 p.

VAN ROOYEN, C.A.J. 1998. Abortion: a study of final-year social work students' responses to abortion-related issues. *Social Work / Maatskaplike Werk*, 34(3):295-306, Aug.

---oOo---

ARTIKEL 2

DIE LEEFWÊRELD VAN DIE SWANGER VROU WAT 'N ABORSIE VERSOEK

HS Humpel is 'n PhD-student en hoof maatskaplike werker by Potchefstroom Hospitaal, Noordwes Provinsie, Departement Gesondheid.

H Strydom is professor en hoof van die maatskaplikewerkafdeling by die Skool vir Psigo-sosiale Gedragwetenskappe, Potchefstroomkampus van die Noordwes-Universiteit.

SUMMARY

An unwelcome pregnancy and its termination as an option to bear up against the crisis is the order of the day. The pregnant woman who requests an abortion finds herself in a crisis and is dependent on professional assistance. By means of crisis intervention, the pregnant woman who requests an abortion can be guided and supported to overcome her crisis and to normalise her functioning. This guidance and support necessitates an in-depth study of the nature and essence of a crisis. For this, knowledge and understanding of the world in which the woman lives who requests an abortion is also imperative. A literature study with an empirical investigation on her profile and world in which she lives sheds light on the pregnant woman's specific feelings, needs and motives for wanting to have the pregnancy terminated. A distinction is made between adolescence as a development stage and teenage pregnancy on the one hand and an unwelcome pregnancy of an adult woman on the other hand on account of the characteristic problems associated with the development stage of the teenager

1. INLEIDING

Swangerskap is 'n komplekse deel van vrouwees – dit sluit in seksualiteit, 'n verhouding, konfrontasie met kontrasepsie, werklike betekenis van swangerskap, besluite en gevolge. Die meeste van hierdie elemente maak nie noodwendig deel uit

van 'n vrou se algemene kennis nie. Dit word eers vir haar belangrik wanneer die vrou daardeur gekonfronteer word (Mc Culloch, 1996:25).

Mogano (1999:10) en Zimmerman (1997:15) stem saam dat die ontdekking van 'n ongewenste swangerskap 'n verkeidenheid gevoelens by die vrou ontlok wat 'n emosionele maalkolk meebring. Gevoelens wat ervaar word, wissel van ambivalensie, verrassing, gelukkigheid oor fertiliteit, vrees vir fetale abnormaliteit, vrees vir geboorte, vreugde oor moederskap, woede, skuldgevoelens, verwardheid en skaamheid, tot angstigtheid oor die maatskaplike, ekonomiese opvoedkundige en emosionele gevolge daarvan. 'n Ongewenste swangerskap word dikwels na 'n paar dae van angs en onsekerheid verwelkom (Mogano, 1999:10). 'n Ongewenste swangerskap bring egter pyn en gejaagde besluitneming mee. Die vrou met 'n ongewenste swangerskap verkeer in 'n krisis, en die oplos daarvan gaan gepaard met pyn (Kaufman, 1997:5; Mojapelo-Batka, 2000:3). Tieners raak soms swanger terwyl hulle op skool is en dit beïnvloed die dogters se hele lewe deurdat dit hulle drome oor die toekoms kan vernietig (Mogano, 1999:8). Alhoewel 'n aborsie nie 'n oplossing vir die probleem van 'n ongewenste swangerskap bied nie, word dit dikwels deur sommige as die enigste uitweg beskou (Le Roux & Botha, 1997:170).

'n Ongewenste swangerskap as 'n krisis asook die leefwêreld van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, word in hierdie artikel bespreek. Die leefwêreld van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, word ook in hierdie artikel bespreek en aan die hand van die resultate wat uit die empiriese ondersoek verkry is, omlyn. Adolessensie as ontwikkelings stadium en tienerswangerskap word uitgesonder omdat dit gekenmerk word deur eiesoortige elemente wat nie deel uitmaak van die volwasse swanger vrou se leefwêreld nie.

2. PROBLEEMSTELLING

In die sosiale wetenskappe word aanvaar dat die normatiewe gesinstruktuur die nukleêre gesin is waarin 'n vader en moeder gesamentlik hulle kinders versorg en die geslagsrolle die werksverdeling binne die gesin bepaal. Ander gesinstrukture word as afwykend van hierdie norm beskou en kinders wat buite die sosiale en regsgrense van 'n wettige huwelik gebore word, is buite-egtelik, wat gevolglik sekere sosiale en regsimplikasies inhou. Opvattinge oor die gesin en buite-egtelikheid het algaande

verander en die aantal buite-egtelike kinders en enkelouergesinne het toegeneem. Buite-egtelike swangerskappe geniet die aandag van sosiaal-wetenskaplikes omdat dit die twee belangrikste hoekstene van die samelewing bedreig, naamlik die ekonomiese welstand en die gesinslewe (Howes & Green, 1997:1, 5).

Die wettige terminering van swangerskap is sedert 1997 in Suid-Afrika 'n realiteit. Vroue se reprodutiewe regte word erken, wat impliseer dat vroue veilig en vertroulik swangerskappe op versoek kan laat termineer (SA, 1996:1304). Alhoewel aborsie vir alle vroue in Suid-Afrika wettig, veilig en toeganklik is, is dit steeds vir die vrou 'n besluit wat met gemengde en teenstrydige gevoelens soos isolasie, verligting, pyn en woede gepaard gaan (Rulashe, 1999:23-24).

Vroue ervaar dikwels maatskaplike, psigologiese en gesinspanning wat met 'n ongewenste swangerskap gepaard gaan en as 'n krisissituasie beskou word (Forrest, 1994:4; Kaufman, 1997:5). Die besluitnemingsproses vir die vrou met 'n ongewenste swangerskap is emosioneel pynlik en verwarrend want dit behels botsende gevoelens, waardes en oortuigings. Die besluit oor 'n aborsie word geassosieer met ander maatskaplike en emosionele probleme in die vrou se lewe en is daarom ook 'n onmiddellike reaksie op hierdie krisissituasie (Gameau, 1993:183; Anon, 2000:42; Zimmerman, 1997:15). Die vrou met 'n ongewenste swangerskap is emosioneel ontwig en sy het desperaat behoefte aan beraad. Adolessente is veral kwetsbaar omdat hulle ervaar dat hulle die ongewenste swangerskap nie met hulle ouers kan bespreek nie (Evangelisti, 2000:3, 5).

Swanger vroue wil verstaan en ondersteun word in hierdie krisissituasie waarin hulle dikwels aan hulleself oorgelaat word. Hulle het 'n behoefte aan geleentheid om alternatiewe te oorweeg nadat hulle deur middel van objektiewe beraad genoegsame inligting bekom het om 'n verantwoordelike besluit te neem (Taylor, 1997:vi, 84). Die sukses van pre-aborsieberaad noodsaak kennis van en begrip vir die swanger vrou wat 'n aborsie versoek se besondere leefwêreld (Mc Culloch, 1996:87-89).

3. DOELSTELLING EN DOELWITTE

Hierdie artikel beoog om 'n ongewenste swangerskap as 'n krisissituasie en die leefwêreld van die swanger vrou wat 'n terminering van swangerskap versoek, te bespreek. Die doelwitte is soos volg:

- ❑ Om 'n ongewenste swangerskap as 'n krisis te bespreek.
- ❑ Om die leefwêreld van die adolessente ontwikkelings stadium en tienerswangerskap kortliks te onderskei van dié van die volwasse swanger vrou wat 'n aborsie versoek.
- ❑ Om die leefwêreld van die swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek, te bestudeer.
- ❑ Om 'n profiel saam te stel van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek.

4. NAVORSINGSMETODOLOGIE

4.1 Ontwerp

Die opnameprosedure is gebruik om kwalitatiewe sowel as kwantitatiewe data te bekom. Die doel van die opnameprosedure is om inligting en feite oor 'n verskynsel te bekom van mense wat kennis dra daarvan (De Vos *et al.*, 2002:172). 'n Kwantitatiewe ondersoek fokus op veranderlikes en die data word deur middel van statistiese prosedures verwerk met die oog op betroubaarheid (Creswell, 2003:18; Strydom, 1999:74). Hierdie ondersoek is ook kwalitatief van aard waar ondersoek ingestel word na dieper betekenis van menslike ervaring (Rubin & Babbie, 1997:310). Die enkelstelselontwerp is gebruik wat die subjek op 'n herhalende grondslag bestudeer (Bloom *et al.*, 1999:321-357; De Vos *et al.*, 2002:151; Strydom, 1999:90).

4.2 Respondente

'n Voorondersoek is geloods met 25 swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek en vir pre-aborsiebaad by Potchefstroom Hospitaal ingeskakel het. Die enigste beperking wat op die respondente geplaas is, is 'n maksimum draagtyd van twaalf weke. Die voorondersoek het van Januarie 2003 tot Maart 2003 geduur.

Volgens Creswell (2003:156) moet die populasie van die ondersoek duidelik geïdentifiseer word en aangedui word hoedanig die respondente geselekteer is. Onmiddellik na afloop van die voorondersoek is die hoofondersoek geloods. 'n

Steekproef is nie gebruik nie. Die hoofondersoek het twee vorme aangeneem: naamlik aan die hand van pasiëntindekse en 'n vraelys.

4.2.1 Pasiëntindekse

Hierdie respondente was alle swanger vroue wat na Potchefstroom Hospitaal verwys is met die versoek om 'n aborsie te ondergaan, ongeag die periode van draagtyd en of hulle vir pre-aborsieberaad ingeskakel het. Na 'n mediese ondersoek deur die ginekologiese afdeling, Potchefstroom Hospitaal, is die pasiënte na die maatskaplike werker (ondersoeker) verwys met die oog op pre-aborsieberaad. 'n Gestandaardiseerde formaat (pasiëntindeks) wat persoonlike inligting bevat, is ten opsigte van elke deelnemer ingevul. Vir doeleindes van hierdie studie is data van een kalenderjaar gebruik, met ander woorde van 1 Januarie tot 31 Desember 2003. 'n Totaal van 280 pasiëntindekse is ingevul, en met behulp van hierdie data kon 'n profiel van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, saamgestel word. Hierdie data is slegs benut vir die saamstel van die profiel van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek.

4.2.2 Vraelys

Hierdie respondente was dié swanger vroue wat na Potchefstroom Hospitaal verwys is met die versoek om 'n aborsie te ondergaan, na 'n mediese ondersoek deur die ginekologiese afdeling, Potchefstroom Hospitaal, na die maatskaplike werker (ondersoeker) verwys met die oog op pre-aborsieberaad, maar nog nie 'n draagtyd van 12 weke bereik nie en vir pre-aborsieberaad ingeskakel het. Na tien maande is 150 swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek in die hoofondersoek betrek met ander woorde van begin April 2003 tot einde Januarie 2004. Pre-aborsieberaad is in die ondersoeker se kantoor aangebied en aandag is geskenk aan die skep van 'n rustige atmosfeer vir die respondente (Neuman, 2003:381).

Die selfontwerpte vraelys is in Afrikaans en Engels beskikbaar om alle respondente te akkommodeer. Indien 'n deelnemer slegs 'n ander taal verstaan, is 'n vrywillige interpreteerder gebruik. Die vraelyste is deur die betrokke swanger vroue self ingevul. Indien sy dit nie self kon invul nie, is die vraelys as 'n onderhoudskedule gebruik en tydens die onderhoud deur die ondersoeker ingevul (Strydom, 1999:117). Dieselfde groep respondente het ook die Selfpersepsieskaal met die aanvang van pre-aborsieberaad ingevul.

Data wat uit die vraelys en Selfpersepsieskaal verkry is, maak deel uit van data wat uit die pasiëntindekse bekom is, hoewel die tydperke ten opsigte van die pasiëntindekse nie presies met dié van die vraelys en Selfpersepsieskaal ooreenstem nie. Vir doeleindes van hierdie artikel is data van pasiëntindekse, die Selfpersepsieskaal en die vraelys met die aanvang van die pre-aborsieberaad gebruik.

4.3 Meetinstrumente

Kwantitatiewe data is ingesamel aan die hand van 'n gestandaardiseerde formaat (pasiëntindeks) met persoonlike inligting van alle swanger vroue wat aborsie versoek. Hierdie data is deur Statistiese Konsultasiediens aan die Potchefstroomkampus van die Noordwes-Universiteit rekenaarmatig verwerk.

Deur middel van in-diepte vraelyste is kwalitatiewe data met die aanvang van die pre-aborsieberaad ingesamel (Taylor, 1997:5). Die vraelys, bestaande uit oop en geslote vrae, is gebaseer op die bestaande pre-aborsieberaadprogram (Royse, 2004:186, 188; Strydom, 1999:116). Data wat uit die geslote vrae verkry is, is deur Statistiese Konsultasiediens aan die Potchefstroomkampus van die Noordwes-Universiteit rekenaarmatig verwerk, terwyl data wat uit die oop vrae verkry is deur die ondersoeker gekategoriseer en handverwerk is.

Die gestandaardiseerde Selfpersepsieskaal (SPS2), soos verskaf deur Perspektiefopleiding, is ook met die aanvang van pre-aborsieberaad ingevul. Die skaal meet aspekte soos selfbeeld, innerlike sekuriteit en eiewaarde. Data wat verkry is, is rekenaarmatig verwerk volgens 'n rekenaarprogram wat deur Perspektiefopleiding verskaf is. Ten opsigte van die betroubaarheid van hierdie skaal is bevind dat die Cronbach Alfa-kwoëffisiënt van onsekuriteit 0,74 was, dié van skuldgevoelens 0,78 en dié van waardeloosheid 0,80 (SAS Institute, 1999). Hierdie skaal was dus betroubaar.

4.4 Etiese aspekte

Die menslike wese is die onderwerp van studie in die sosiale wetenskappe en dergelike studie en bring unieke etiese kwessies na vore wat aandag moet geniet (De Vos *et al.*, 2002:62; Neuman, 2000:90-91; Strydom, 1999:18). Prioriteit is verleen aan die kwetsbaarheid van die vroue met 'n ongewenste swangerskappe en aan hoedanig hulle hanteer behoort te word sodat hulle daarby sal baat en ook daaraan dat

enige misleiding of verwarring voorkom word. Terselfdertyd is verseker dat die ondersoeker 'n getroue weergawe sal bekom (Babbie, 2004:64-66; Creswell, 2003:64-65; De Vos *et al.*, 2002:65).

Die volgende etiese aspekte het in hierdie ondersoek aandag geniet:

- Toestemming is van die Etiekkomitee, Potchefstroom Hospitaal, en die departementele navorsingskomitee, Departement Gesondheid, Noordwes-Provinsie verkry om die ondersoek te mag onderneem.
- Die vraelys is in Afrikaans en Engels en vir ekwivalensie getoets om die korrektheid van die vertaling te verseker.
- Hierdie studie noodsaak nie hoë opvoedkundige vlakke nie en dieselfde vraelys is as onderhoudskedule gebruik in gevalle waar die respondent 'n analfabeet is of probleme met die taal ervaar het.
- Die vraelys is anoniem ingevul en het 'n integrale deel van die pre-aborsieberaad uitgemaak. Die ondersoeker was self verantwoordelik vir die invul van die vraelys tydens individuele onderhoudvoering wat deel van die pre-aborsieberaad uitgemaak het. Inligting is dus direk van die respondent bekom.
- Onderhoude is vooraf gereël en het in die privaatheid van 'n kantoor plaasgevind om vertroulikheid te verseker.
- 'n Beroep is op elke respondent se vrywillige samewerking gedoen nadat die doel van die ondersoek aan haar uiteengesit is. Die etiese implikasies van die resultate as 'n etiese saak is met respondente deurgewerk, naamlik dat die resultate tot voordeel van ander vroue in dieselfde krisissituasie aangewend sal word en dat die kwaliteit van die maatskaplikewerk-dienslewering ten opsigte van pre-aborsieberaad daardeur verbeter kan word.

5. OMSKRYWING VAN BEGRIPPE

- 5.1 **Ongewenste/onbeplande/onverwagte swangerskap** is 'n algemene en belangrike gevolg van gedwonge, onbeplande seksuele omgang en die ontoreikende gebruik van kontrasepsie (Mogano, 1999:5; Rulashe, 1999:5).
- 5.2 **Kontrasepsie** word gedefinieer as "... the act or practice of preventing sex from resulting in the woman becoming pregnant" (Mogano, 1999:5).
- 5.3 **Anonimiteit** beteken dat die inligting oor die identiteit van 'n persoon nie gekoppel kan word aan individuele response nie (Dondashe, 2001:31).

- 5.4 Vertroulikheid** is enige inligting wat 'n persoon aan die onderzoeker meedeel wat nie openbaar gemaak mag word sonder die toestemming van daardie persoon nie omdat die inligting persoonlik van aard is (Dondashe, 2001:31).
- 5.5 Privaatheid** kom ter sprake wanneer gepraat word van 'n persoon se denke of optrede sonder enigiemand se inmenging, en die moontlikheid dan bestaan dat sy gedrag of gedagtes later tot verleentheid van die betrokke persoon gebruik kan word (Dondashe, 2001:31).
- 5.6 Keuse** beteken dat " more than one course of action is open to you. You must make a deliberate choice" (Zimmerman, 1997:9).
- 5.7 Vryheid van keuse** verwys daarna dat niemand die swanger vrou kan dwing om met die swangerskap voort te gaan of om 'n aborsie te ondergaan nie (Zimmerman, 1997:9).

6. ONGEWENSTE SWANGERSKAP AS 'N KRISIS

6.1 Aard en wese van 'n krisis

Volgens Parry (1990:1) is 'n krisis "a point or a time for deciding something: the turning-point, the decisive moment ...when we are faced with an urgent, stressful situation which feels overwhelming". Enige normale individu word soms aan krisis blootgestel, en niemand kan die realiteit daarvan ontvlug nie, aangesien dit op werklike lewenservaring gegrond is (Botha, 1995:170; Parry, 1990:vii).

'n Stresvolle gebeurtenis self is nie 'n krisis nie, maar die individu se reaksie daarop kan 'n krisis wees. Indien 'n situasie vir 'n persoon 'n bedreiging is en hy voel dat sy hanteringsmeganismes uitgeput is, ervaar hy 'n psigologiese wanbalans – staat van krisis (Evangelisti, 2000:37; Van der Berg, 1997:71). 'n Krisis is 'n uiters spanningsvolle gebeure of langtermynstres wat op 'n gegewe oomblik die individu angs laat ervaar met gepaardgaande gevoelens van verlies, gevaar of vernedering. Reaksie op 'n krisis verskil in intensiteit van persoon tot persoon en word bepaal deur individuele faktore soos persoonlikheid, houdings, hanteringsmeganismes en maatskaplike faktore soos finansies en ondersteuningstelsel van familie en vriende (Parry, 1990:15, 29).

Verskillende faktore bepaal die duur van 'n krisis, soos die intensiteit daarvan, vatbaarheid van die persoon vir die krisissituasie en sy vermoë om die probleem te

oorbrug. 'n Krisis kan egter twee tot ses weke duur, en gedurende hierdie periode is die persoon se roetine versteur en ervaar hy onsekerheid oor die onmiddellike toekoms. Benewens die feit dat 'n persoon ervaar dat hy nie volkome beheer oor 'n situasie het nie, kan emosionele krisisse gevaarlike, selfdestruktiewe en sosiaal onaanvaarbare gedrag meebring. Sy onvermoë bedreig sy psigososiale funksionering en hy ervaar gevoelens van angs, spanning, skuld, skaamte en verlies van eiewaarde. Die persoon se verwarde denke en verdraaide persepsie veroorsaak dat hy nie nugter oor probleemoplossing kan dink nie (Botha, 1995:176). Slagoffers van krisisse is vatbaar vir permanente skade as gevolg van kroniese en deurlopende spanning. Persone wat in 'n krisissituasie verkeer, voel dat daar geen toekoms vir hulle bestaan nie en die fokus is slegs op die volgende uur of die volgende dag gerig. Die krisisling glo dat die toekoms net meer pyn en lyding inhou, en veral die adolessent voel ingeperk. Die adolessent ervaar dat die nagmerrie ewig sal duur (Evangelisti, 2000:9). Die krisis word beëindig wanneer die persoon geleer het om by die nuwe situasie aan te pas. 'n Krisis is ook 'n leersituasie, aangesien die individu aan 'n nuwe situasie blootgestel word wat hy moet leer om toereikend te hanteer (Botha, 1995:176; Parry, 1990:4).

'n Ongewenste swangerskap as 'n krisissituasie neem 'n aanvang met die uitslag van die swangerskaptoets. Adolessente is veral kwetsbaar omdat hulle dikwels ervaar dat hulle die ongewenste swangerskap nie met hulle ouers kan bespreek nie (Evangelisti, 2000:5; 39). 'n Ongewenste swangerskap word dus 'n krisis wanneer die vrou dit as 'n bedreiging vir haar emosionele en fisiese bestaan ervaar, en dit kan ook opnuut ander krisissituasies uit die verlede oproep. Die bedreiging kan deur houdings en gedrag van mense in die swanger vrou se leefwêreld, veroorsaak word (Evangelisti, 2000:3,37; Forrest, 1994:4; Van der Berg, 1997:71). Vroue meld aan met maatskaplike, psigologiese en gesinspanning wat met 'n ongewenste swangerskap gepaard gaan en het desperaat behoefte aan beraad (Gameau, 1993:180, 184).

'n Besluit moet oor die ongewenste swangerskap geneem word. Hierdie besluitnemingsproses stem ooreen met dié van 'n krisissituasie – "... frequently confusing and painful, and it may involve complex and conflicting feelings, values and goals" (Gameau, 1993:183). 'n Swanger vrou word gekonfronteer deur aspekte waaroor sy 'n besluit moet neem – huwelik, alleenouer, saamwoon, opleiding, mediese dienste,

behuising, finansiële bystand, alternatiewe, selfvergifnis en selfaanvaarding. Hierdie aspekte ontlok intense gevoelens wat beraad noodsaak (Evangelisti, 2000:3; Zimmerman, 1997:33). Alhoewel 'n besluit op 'n aborsie klaarblyklik as die enigste uitweg vir die krisis beskou word, is dit selde die oplossing vir die oorspronklike en aanleidende probleem. Hierbenewens is die besluit op 'n aborsie vir die tiener asook vir haar ouers 'n kritieke ervaring (Cain, 1979:53; Le Roux & Botha, 1997:170; Anon, 2000:42).

6.2 Stadia van 'n krisis

'n Krisis verloop deur 'n aantal stadia, naamlik die pre-krisisfase, die aktiewe krisisfase en die post-krisisfase. Ook die krisis waarin 'n vrou met 'n ongewenste swangerskap verkeer, verloop deur hierdie drie stadia.

6.2.1 Pre-krisisfase

In hierdie stadium lei die individu 'n normale lewe en beskik oor voldoende hanteringsmeganismes om struikelblokke en probleme die hoof te bied. Hiertydens glo die vrou gewoonlik nie sy sal swanger raak nie (Van der Berg, 1997:72). Die bevestiging van die swangerskap konfronteer die vrou met inligting wat aanspraak maak op haar hanteringsmeganismes. Dit bedreig haar hanteringsmeganismes en 'n definitiewe ontoereikendheid word ervaar wat tot spanning lei (Botha, 1995:178). Die vrou soek na 'n oplossing en doen navraag oor aborsiedienste want dit word as die eerste moontlike opsie beskou (Van der Berg, 1997:72).

6.2.2 Aktiewe krisisfase

Die individu is verward, ongeordendheid van die gedragspatroon kom voor, die hanteringsvlak stort in duie en die situasie is onhanteerbaar (Botha, 1995:178). Emosionele en psigiese pyn is intens (Parry, 1990:4). Fisiese en psigologiese ontsteltenis, doellose optrede, gemoedsversteuring en versteurde funksionering wat gepaard gaan met gepreokkupeerdheid kenmerk hierdie fase. Die krisis is op sy piek en professionele toetrede is nodig om die situasie te stabiliseer (Evangelisti, 2000:39). Die swanger vrou is onseker oor die hantering van die situasie en sy probeer om gedagtes, gevoelens, druk en haar naasbestaandes gelyktydig te hanteer. Sy verloor objektiwiteit en reageer impulsief uit vrees en ontken dat sy swanger is totdat sy deur die fisiese simptome daarvan gekonfronteer word. Sy beding selfs met God oor haar

situasie deurdat sy vir 'n miskraam bid. Verwaarlosing van normale pligte en selfmoordgedagtes kom tydens hierdie fase voor (Van der Berg, 1997:75-77).

6.2.3 Post-krisisfase

Angstigheid neem af en die herstel van die individu se vermoë om te funksioneer tree op die voorgrond (Evangelisti, 2000:39). Die individu herwin sy ewewig geleidelik en 'n funksioneringsvlak gelykstaande aan, beter as of swakker as voor die krisis word bereik (Botha, 1995:179). Die individu is ontvanklik vir hulp, keuses is gemaak en daar word ervaar dat die krisis opgelos is (Evangelisti, 2000:39; Van der Berg, 1997:72). Swanger vroue neem dikwels 'n besluit wat in die toekoms weer 'n krisis kan veroorsaak, soos "... having an abortion is one way out of the pit, but it certainly is not the best way out," aldus Van der Berg (1997:73). Die krisissling ervaar dat die krisis verby is, maar beleef periodiek negatiewe emosies wat met die besluit geassosieer word soos skuldgevoelens, vrees en depressie (Evangelisti, 2000:39).

6.3 Gevoelens tydens 'n ongewenste swangerskap

Verskillende vrouens ervaar 'n ongewenste swangerskap as 'n krisissituasie verskillend, en hoe elkeen dit hanteer, word deur verskeie faktore beïnvloed, soos kulturele en etniese agtergrond, familiestatus, toekomsplanne en geloofsoortuigings (Kaufman, 1997:125). Konsepsie is 'n onomkeerbare fisiese en sielkundige gebeurtenis. 'n Ongewenste swangerskap, miskraam, buisswangerskap en abnormale fetusse is deel van vroues wat gevoelens van skuld, eieblaam, gemoedsversteurings, depressie, rou en diepgaande verlies ontlok (Kaufman, 1997:128; Taylor, 1997:16). Gevoelens oor 'n ongewenste swangerskap is ineengevleg met ander aspekte in die individuele lewe van elke vrou en het te make met diep gewortelde oortuigings uit die kinderjare. Dit stem ook ooreen met gevoelens wat 'n persoon tydens enige krisissituasie ervaar, waaronder:

6.3.1 Ambivalensie

Die oorweging van verskillende opsies, teenkanting van die biologiese vader en reaksies van die familie kan ambivalensie by die swanger vrou ontlok en haar persepsie van die situasie dermate beïnvloed dat sy dan meer intens daaroor twyfel (Henwick, 2001:19). Die vrou met 'n krisisswangerskap twyfel daaroor of sy met die swangerskap moet voortgaan of 'n aborsie moet oorweeg. Sy toon dalk insig in albei

opsies maar is nie noodwendig geneë tot enigteen van die twee nie, wat gevolglik ambivalente gevoelens ontlok. Die mate van ambivalensie word bepaal deur die stadium van swangerskap waarin die vrou verkeer, die mate van binding wat die vrou met die fetus het, haar waarnemings en haar waardestelsel (Rulashe, 1999:24). Die swanger vrou is maklik beïnvloedbaar en kan selfs haar besluit baseer op die standpunt van die persoon met wie sy laaste in gesprek was (Van der Berg, 1997:73).

6.3.2 Angs en emosionele skok

'n Angstige persoon kan histories raak, maar ook onaktief, depressief en onvoorspelbaar reageer. Emosionele reaksies beïnvloed die denkrigting, en gedagtes rig optrede (Parry, 1990:19). Die adolessent ervaar angs by die bewuswording van die ongewenste swangerskap en beskik nie altyd oor die vermoë om uit te reik na hulp nie, as gevolg van haar emosionele blokkasie (Evangelisti, 2000:17).

6.3.3 Probleme om helder te dink

'n Ongewenste swangerskap as 'n krisis beïnvloed die vrou se vermoë om helder te dink, te konsentreer en besluite te neem. Akkurate besluite en objektiewe beredenering is besonder moeilik. Sterk emosies en preokkupasie met die swangerskap verswak die vrou se vermoë om nugter te kan dink (Parry, 1990:21).

6.3.4 Vermyding en preokkupasie

Traumatiese gebeure kan onwillekeurig in 'n persoon se gedagtes terugflits. Die herlewering van genoemde gebeure is 'n belangrike deel van die verwerkingsproses deurdat dit 'n teken is dat die gebeure verstandelik geassimileer word en dat dit met vorige ervaring geïntegreer word (Parry, 1990:23). Die swanger vrou is oorweldig deur die situasie, toon beperkte insig en vermy enige gedagte daaraan (Reisser & Reisser, 1992:4).

6.3.5 Ontkenning

Ontkenning is 'n verdedigingsmeganisme om te voorkom dat te veel dinge te vinnig gebeur, en die vrou met 'n ongewenste swangerskap verlang na die normale situasie en ontken sodoende die realiteit (Reisser & Reisser, 1992:4). Sommige vroue is sprakeloos en stomgeslaan tydens die bevestiging van die ongewenste swangerskap. Hulle is bang vir hulle eie gevoelens, hulle ervaar 'n onwilligheid om dit te hanteer en

onttrek gevolglik. Haar obsessie oor vertroulikheid en geheimhouding van die ongewenste swangerskap laat die swanger vrou alleen voel, wat verdere spanning ontlok (Kaufman, 1997:126). Dit beskerm haar teen die oorsaak van haar pyn, maar bied slegs korttermynverligting. Dit voel vir die adolessent onmoontlik dat sy swanger is, en ontkenning is vir haar 'n onmiddellike uitweg (Evangelisti, 2000:17).

6.3.6 Woede

Die ongewenste swangerskap ontlok by die vrou woede en frustrasie. Sy is ontvanklik vir emosionele ondersteuning en by gebrek daaraan ervaar die swanger vrou woede en frustrasie (Kaufman, 1997:126). Woede is 'n natuurlike uitvloeisel van frustrasie en indien dit nie behoorlik tot uitdrukking kom en hanteer word nie, ontstaan aggressie (Parry, 1990:23). 'n Swanger vrou is kwaad vir haarself, haar ouers, vir God, die biologiese vader en vir almal en ontlok dikwels woede om haar besluit oor aborsie te regverdig en te sanksioneer (Van der Berg, 1997:73).

6.3.7 Depressie

Die gedagte dat die fetus 'n potensiële lewe is, wat die verskillende opsies en veral 'n aborsie behels, laat die swanger vrou verlies, smart en hartseer ervaar. Hopeloosheid en haar oortuiging dat daar geen ander uitweg is nie, veroorsaak depressie by die swanger vrou wat aborsie versoek (Evangelisti, 2000:17). Indien 'n vrou 'n kind wil hê, maar sy nie met hierdie ongewenste swangerskap kan voortgaan nie, gaan haar hartseer gepaard met die besef dat sy dalk nie weer swanger sal kan raak nie (Kaufman, 1997:127).

6.3.8 Vrees

Die toekoms is onseker, emosionele pyn is onafwendbaar en vrees is die oorheersende gevoel by elke krisisswangerskap. Die swanger vrou vrees 'n negatiewe reaksie en verwerping van die biologiese vader en ander betekenisvolle persone oor haar swangerskap omdat die mededeling vir haar emosionele pyn en teleurstelling kan inhou (Rulashe, 1999:27). 'n Adolessent mag self nie eens bewus wees van vrees nie, maar die vrees hou verband met haar gedragspatroon en faktore soos om haar ouers en biologiese vader oor die ongewenste swangerskap in te lig (Evangelisti, 2000:17). 'n Adolessent wat deur 'n krisisswangerskap in die gesig gestaar word, ervaar vrees oor

hoe om haar ouers in te lig, oor hoe sy die kind sal onderhou, oor hoe die biologiese vader sal reageer en hoe die baba haar eie lewe sal verander (Van der Berg, 1997:73).

6.3.9 Skuldgevoelens

Skuldgevoelens tydens 'n ongewenste swangerskap is gewoonlik intens en gaan met skaamte gepaard. Diegene wat 'n aborsie as opsie oorweeg en dit as onaanvaarbaar en verkeerd beskou, ervaar skuldgevoelens oor die ongewenste swangerskap asook oor die onvergeeflike sonde wat beplan word. 'n Swangerskap wat ontstaan het as gevolg daarvan dat van morele waardes wat sedert kinderjare gerespekteer is, afgewyk is, laat 'n vrou skaam en waardeloos voel (Reisser & Reisser, 1992:3). Die werklikheid van haar seksuele aktiwiteite het vir die adolessent met die ongewenste swangerskap aan die lig gekom en sy doen alles in haar vermoë om van die bewyse daarvan ontslae te raak. Hierdie skuldgevoelens dryf haar daartoe om die swangerskap sonder meer te laat termineer (Evangelisti, 2000:17; Kaufman, 1997:126; Van der Berg, 1997:73).

6.3.10 Hulpeloosheid

Die vrou met 'n ongewenste swangerskap is kwetsbaar en beïnvloedbaar. Sy voel dat sy beheer verloor het omdat sy onbepland swanger geraak het en hierdie situasie is vir haar allesoorheersend. Sy voel magteloos omdat sy ervaar dat sy nie in staat is om haar situasie te hanteer nie. Die oorheersende eienskap van magteloosheid is dat die vrou met 'n ongewenste swangerskap nie onmiddellik om hulp aanklop nie (Mc Culloch, 1996:84; Van der Berg, 1997:74).

6.3.11 Waardeloosheid

Die vrou voel soos 'n mislukking as gevolg van die ongewenste swangerskap. Dit hou verband met haar verwagtinge ten opsigte van haarself, haar ouers en haar vriende. 'n Lae eiewaarde kompliseer voortgesette swangerskap (Van der Berg, 1997:73).

6.3.12 Losmaking

'n Ongewenste swangerskap kan dermate bedreigend wees dat die vrou haar geestelik daarvan losmaak en weier om enigsins daaraan te dink. In 'n staat van losmaking kan 'n swanger vrou 'n onnadenkende besluit oor 'n aborsie neem deur haar van die werklikheid van die swangerskap en die baba te distansieer. Dus kan oorhaastige en oningeligte besluite oor die swangerskap geneem word (Evangelisti, 2000:17).

6.3.13 Gevoelens van spyt, berou, selfverwyrt, gegriefdheid en herstel

Hierdie gevoelens word later ervaar en dikwels eers wanneer die krisissling reeds professionele hulp ontvang.

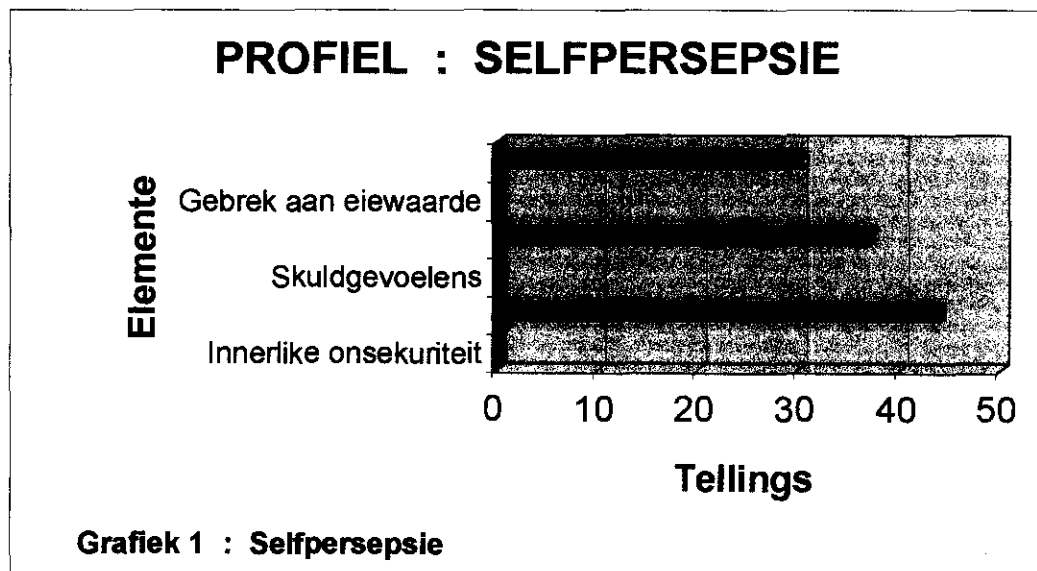
6.3.14 Verrassing, opgewondenheid en tevredenheid

'n Ongewenste swangerskap ontlok nie slegs negatiewe gevoelens nie. Indien dit 'n eerste swangerskap is, kan die vrou werklik opgewonde en verras wees oor haar vrugbaarheid. Volgens Kaufman (1997:128) kan 'n vrou selfs goed voel oor 'n ongewenste swangerskap aangesien sy dit as 'n geleentheid vir persoonlike groei en ontwikkeling beskou deurdat sy self oor die swangerskap kan besluit.

Met behulp van die Selfpersepsieskaal is die innerlike onsekuriteit, skuldgevoelens en eiewaarde van die 150 swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek en ingeskakel het vir pre-aborsiebeeraad gemeet, en die volgende resultate is verkry:

TABEL 1: Innerlike onsekuriteit, skuldgevoelens en eiewaarde

Innerlike onsekuriteit (Telling = 44)	<i>Die respondente belee onsekerheid en raak dan maklik paniekerig. Hulle voel hulle word verwerp en is dan bang om emosioneel seer te kry. Hulle voel onveilig binne hul omstandighede en is dan bang vir die toekoms. Hulle belee 'n gebrek aan sekuriteit en voel bedreig deur hul huidige omstandighede.</i>
Skuldgevoelens (Telling = 37)	<i>Die respondente voel skuldig en aanvaar dan die skuld vir alles wat verkeerd loop. Hulle voel dat hulle straf verdien en veroordeel hulleself. Hulle leef met selfverwyrt. Hulle voel dat alles altyd hulle skuld is en skuldgevoelens beheer hul lewens.</i>
Gebrek aan eiewaarde (Telling = 30)	<i>Die respondente voel onbelangrik en niksweerd. Hulle dink dat mense sleg van hulle dink en hulle nie respekteer nie. Hulle voel nie spesiaal nie en dat hulle niks vir ander mense beteken nie.</i>



Grafiek 1 dui aan dat 'n puntetelling van 30% vir 'n gebrek aan eiewaarde, 37% vir skuldgevoelens en 44% vir innerlike onsekuriteit behaal is. Dit impliseer dat 'n totaal van meer as 25% 'n behoefte aan verbetering aangedui het (Selfpersepsieskaal (SPS2), 2004:6). Dit stem ooreen met Evangelisti (2000:17) en Van der Berg (1997:73) se bevindings dat vroue wat 'n aborsie oorweeg in die meeste gevalle voor die swangerskap 'n swak selfbeeld gehad het, dat dit tydens die ongewenste swangerskap toeneem en dan met meer intense emosies gepaard gaan. Voorts is sy verward, kan nie konsentreer nie en nikswerdgevoelens is so oorweldigend dat sy nie meer rasioneel kan dink nie.

7. DIE LEEFWêRELD VAN DIE SWANGER VROU WAT 'N ABORSIE VERSOEK

7.1 Oorsake van 'n ongewenste swangerskap

'n Ongewenste swangerskap het te make met passie, aangesien seksuele daade nie altyd vooraf beplan word nie (Taylor, 1997:31). Swangerskap verwys direk na kontrasepsie, naamlik geen kontrasepsie met konsepsie, dat dit nie korrek gebruik is nie of dat die kontrasepsiemetode misluk het (Mogano, 1999:2). Jong volwassenes en tieners beskou soms die genieting van seksuele plesier sonder inagneming van die nagevolge as 'n reg. Hulle is egter nie ryp genoeg om die gevolge van hulle gedrag betyds in oënskou te neem nie (Rulashe, 1999:89). Sommige volwasse vroue is oningelig omtrent kontrasepsie, ander vroue dink nie betyds daaraan nie of is nie tevrede met die uitwerking van verskillende kontrasepsiemiddels nie en staak die gebruik daarvan summier (Taylor, 1997:31).

Vroue ontken hulle onverantwoordelikheid rakende die gebruik van kontrasepsie en is nie volkome eerlik oor die gebruik daarvan kort voor die swangerskap nie (Mogano, 1999:21). 'n Ongewenste swangerskap is dikwels beplan in die hoop dat 'n persoonlike probleem daardeur opgelos kan word. Die swangerskap is dus 'n wyse waarop die vrou haar omgewing kan manipuleer, al wil sy nie noodwendig die baba hê nie, soos in 'n geval waar 'n moontlikheid bestaan dat 'n spesifieke verhouding of huwelik tot 'n einde gaan kom. 'n Aborsie word dan as 'n uitweg beskou indien die swangerskap nie die gewenste resultate opgelewer het nie (Le Roux & Botha, 1997:170).

Sommige vroue ondergaan herhaaldelik aborsies ten spyte van die beskikbaarheid van kontrasepsie. Dit is nie altyd die onbekwame, minderwaardige vrou met 'n lae verstandvermoë wat meer as eenmaal 'n aborsie versoek nie. Dit is vroue wat kontrasepsie onreëlmatig gebruik, 'n geskiedenis het van psigiese tekortkoming, onstabiele verhoudings handhaaf en 'n onverskilligheid teenoor kontrasepsie openbaar (Le Roux, 1995:144).

7.2 Bevestiging van die ongewenste swangerskap en reaksie daarop

Volgens Kaufman (1997:160) is die moeilikste aspek van 'n ongewenste swangerskap die periode van afwagting, naamlik die wagtydperk nadat 'n vrou onbeskermde seks gehad het totdat die swangerskap bevestig is. Die oorslaan van die menstruele periode met gepaardgaande teerheid van borste, lighoofdigheid en naarheid as gevolg van die verandering van reproductiewe en verteringshormone wat gewoonlik van die tweede tot agste week van swangerskap voorkom, is die eerste tekens van swangerskap. Moegheid, lusteloosheid, slaap- en gemoedsversteurings is frustrerende simptome van vroeë swangerskap wat 'n vrou noop om 'n swangerskaptoets te ondergaan. Vrees daarvoor en traagheid om 'n swangerskaptoets te laat doen as verdedigingsmeganisme om die werklikheid te ontkom, moet begryp word.

Die vrou met 'n ongewenste swangerskap se onmiddellike reaksie is geheimhouding en skok, want dit is uiters moeilik om dit te erken, want "unwanted pregnancies involve exposing the contradictions within these women's lives, which may be difficult to face" (Mc Culloch, 1996:32). Haar hele wêreld het skielik verander, en sy onttrek haar as gevolg van die emosionele pyn daarvan (Zimmerman, 1997:19). By die bevestiging van 'n ongewenste swangerskap toon die meeste vroue 'n gepreokkupeerdheid met die probleem, gebrek aan konsentrasie, vergeetagtigheid, verminderde werksproduksie en laastens sosiale onttrekking. Vroue ontken die swangerskap en vertraag die besluitneming daaroor dikwels totdat die fisiese tekens sigbaar is (Mc Culloch, 1996:32). Die vrou se maatskaplike omstandighede en die betekenis wat die vrou aan die swangerskap heg, speel 'n rol in haar reaksie op die swangerskap. Sy vra haarself velerlei vrae af, soos hoe dit met haar kon gebeur het, wat die biologiese vader daarvan sal sê, wat haar ouers daarvan sal sê en wat sy moet doen. Ongeag hoe vinnig die swanger vrou oor moontlike opsies besluit, is sy 'n

tydperk lank swanger en ondergaan haar liggaam fisiese veranderinge wat met swangerskap gepaard gaan (Kaufman, 1997:124; Rulashe, 1999:9).

7.3 Die vrou met die ongewenste swangerskap

Volgens die sisteemteorie van Munichen is die mens 'n komplekse wese wat bestaan uit sosiale, morele, fisiese en kognitiewe sisteme wat mekaar wedersyds beïnvloed (Britz, 1997:4-5). Die fisiese, sosio-kulturele en psigologiese omgewings waarmee die mens in aanraking kom, beïnvloed en vorm die mens. Sisteme het uiteenlopende en verskillende reëls en indien dit verbreek word, kan dit tot emosionele en verhoudingsprobleme lei (Britz, 1997:5). Vroue met ongewenste swangerskappe het elkeen unieke omstandighede en ook persoonlike opvattinge oor die ervaring wat bepalend is vir die wyse van hantering (Gamaeu, 1993:184). Dit is noodsaaklik om die vrou te verstaan wat ervaar dat sy nie vir 'n swangerskap en 'n kind kans sien nie. Faktore soos finansies, akkommodasie, fisiese gesondheid, geestesgesondheid en behoefte aan aandag kan haar tot breekpunt dryf sodat sy die opsie van 'n aborsie as die enigste uitweg beskou (Mogano, 1999:18-20). Enkele aspekte van belang is:

7.3.1 Behoeftes van die vrou met 'n ongewenste swangerskap

'n Ongewenste swangerskap en aborsie is strydpunt en moeilike onderwerpe om met iemand te bespreek. Daarby is geheimhouding vir die swanger vrou belangrik. Dit is nie noodwendig 'n swakheid nie, maar kan 'n aanduiding daarvan wees dat sy self verantwoordelikheid vir haar krisissituasie aanvaar en dit selfstandig wil hanteer (Rulashe, 1999:37). 'n Ongewenste swangerskap ontlok baie vrae oor geestelike en ander aspekte, maar die risiko om dit met iemand te deel, kan aanleiding daartoe gee dat die swanger vrou verkies om alleen die krisis deur te maak (Kaufman, 1997:133). Terselfdertyd ervaar sy 'n intense behoefte daaraan om haar probleem met iemand te deel en om verstaan en ondersteun te word (Taylor, 1997:79). Sy begeer begrip, liefde en ondersteuning van die biologiese vader, vriende en ouers (Henwick, 2001:16).

Die vrou met 'n ongewenste swangerskap wil inligting bekom oor al die opsies en gepaardgaande risiko's om 'n verantwoordelike besluit te kan neem. Sy wil haar eie mening oor haar omstandighede vorm, soos eksplorering van ambivalensie oor die besluitneming, waardes en oortuigings (Mc Culloch, 1996:85; Taylor, 1997:86). Sy

ervaar ook in hierdie krisissituasie 'n behoefte aan goedkeuring vir haar optrede. Die emosionele krisis waarin die swanger vrou verkeer, beïnvloed haar vermoë om inligting oor haar krisissituasie te absorbeer (Polk-Walker, 1993:22). Die vrou met 'n 'n ongewenste swangerskap kan selfs behoefte hê daaraan om self 'n aborsie te doen in 'n desperate poging om van die swangerskap ontslae te raak (Kaufman, 1997:134).

Die vrou met sterk godsdienstige oortuigings wat swanger geword het, het behoefte aan belydenis, skulderkenning en vergifnis. Die pad na herstel is pynlik en verg ondersteuning en vertroue (Fourie, 2004(a):11; Fourie, 2004:2004(b):11; Taylor, 1997:44). Sy begeer ope arms, wysheid en begrip vir haar wonde van ander vroue en wil op geestelike gebied onvoorwaardelik aanvaar word (Reisser & Reisser, 1992:3).

7.3.2 Die vrou se ambisie

Die gemiddelde vrou bied haar gesin alle moontlike geleenthede. Die teenwoordigheid van nog 'n kind kan as 'n bedreiging vir die handhawing van die lewenstandaard en ambisie ervaar word. Swangerskap is dus ongewens indien die swanger vrou se verantwoordelike sin ten opsigte van haarself en haar huidige gesin bedreig word (Rulashe, 1999:94).

7.3.3 Die verhouding met die biologiese vader

'n Ongewenste swangerskap het 'n eiesoortige invloed op elke verhouding as gevolg van die biologiese vader se reaksie daarop en sy persoonlike omstandighede (Taylor, 1997:20). Die dilemma waarin die vrou haar bevind, beïnvloed haar verhouding met die biologiese vader. Die verhouding kan selfs negatief beëindig word omdat die biologiese vader nie sy verantwoordelikheid ten opsigte van die ongewenste swangerskap en emosionele ondersteuning besef nie (Rulashe, 1999:93; Taylor, 1997:59).

7.3.4 Die houding van die biologiese vader

Bevestiging van 'n swangerskap kan vir die biologiese vader 'n skok wees en gevoelens van vrees, ongeloof, verwardheid, ongekende kalmte, opgewondenheid en vertwyfeling ontlok. Sy gevoelens word dikwels buite rekening gelaat, maar sy houding bepaal die wyse waarop die vrou haar swangerskap hanteer. Mans kan verdwyn, beperkte finansiële steun bied of 'n apatiese houding inneem as gevolg van

woede, skuldgevoelens en magteloosheid (Taylor, 1997:21). Hulle kan hulle verantwoordelikheid ontken, hulle daaraan onttrek en die vrou alleen laat om die werklikheid daarvan te hanteer (Mc Culloch, 1996:26). Onbetrokkenheid binne 'n saamleefverhouding kan baie spanning veroorsaak. Vroue word soms deur die biologiese vader verwerp nadat bekend geword het dat sy swanger is en sy verloor dan sy emosionele ondersteuning wat gevoelens van verlies tot gevolg het en emosionele stres ontketen (Rulashe, 1999:93). 'n Ondersteunende biologiese vader kan positief op die ongewenste swangerskap inwerk (Mc Culloch, 1996:26).

7.3.5 Armoede

Behuising, kos en kleres is die mees basiese behoeftes van die mens. Daar is werklik mense wat dit moet ontbeer en nog 'n kind bring mee dat beperkte lewensmiddele fyner onder mekaar verdeel moet word. Onsekerheid oor die finansiële posisie verhoog spanning by die vrou indien sy onvoorbereid swanger is. Volgens Henwick (2001:19) dui studies aan dat die vrou met 'n lae sosio-ekonomiese status 'n groter risiko loop met betrekking tot depressie tydens swangerskap.

7.3.6 Maatskaplike faktore

Indien 'n vrou 'n armoedige lewe lei, kan 'n swangerskap 'n bydraende faktor wees daartoe dat sy geen doel het om voor te lewe nie. Faktore soos werkloosheid, 'n laag besoldigde beroep, afwesigheid van die biologiese vader, huwelikstatus en verhoudingsprobleme kan bepaal of 'n swangerskap ongewens is (Rulashe, 1999:29-30).

7.4 Besluitnemingsproses

Besluitneming oor die ongewenste swangerskap begin wanneer 'n vrou besef sy is swanger. Dit neem 'n verskeidenheid vorme aan en wissel van die onmiddellike besef daarvan tot 'n lang tydperk van ontkenning totdat sy bewus word van die fisiese simptome (Evangelisti, 2000:19). Besluitneming is kompleks van aard, dit is gebaseer op godsdienstige, ekonomiese, maatskaplike, kulturele en mediese oorwegings en gaan gepaard met psigologiese spanning wat manifesteer in kognitiewe en affektiewe simptome soos ambivalensie, verwardheid, depressie, skuld en woede (Mojapelo-Batka, 2000:31; Polk-Walker, 1993:22). Literatuur wys daarop dat sodanige besluit dikwels impulsief geneem word terwyl die swanger vrou verward is, en selde rekening hou met die behoeftes van die biologiese vader en naasbestaendes.

Alhoewel die swanger vrou nie gedwing word om 'n haastige besluit te neem nie, is daar tog 'n dringendheid aan 'n besluit verbonde indien sy aborsie as opsie oorweeg omdat sy rekening moet hou met die tydsbeperking van twaalf weke draagtyd. Dit is ook fisies, maatskaplik, medies en sielkundig vir die swanger vrou beter om so gou moontlik 'n besluit ten opsigte van die ongewenste swangerskap te neem (SA, 1996:1302; Taylor, 1997:21, 22). Sodoende kan die swanger vrou ervaar dat 'n aborsie werklik die enigste keuse onder haar spesifieke omstandighede is (Mojapelo-Batka, 2000:66). Druk wat deur die biologiese vader of ouers uitgeoefen word om te aborteer omdat die ongewenste swangerskap 'n verleentheid en ongewens is, is ook 'n realiteit. Vryheid van keuse word egter vooropgestel (Reisser en Reisser, 1992:5).

Die besluit om met die swangerskap voort te gaan of om dit te laat termineer is moeilik en raak verskeie aspekte in die vrou se lewe. Sommige vroue weet instinktief wat hulle gaan doen, maar ander is verward (Kaufman, 1997:125). Die ondersteuning van 'n vertroueling is belangrik en indien dit die biologiese vader is, kan gesamentlike besluitneming realiseer (Rulashe, 1999:37). Hierdie besluit het ewigheidswaarde, naamlik "what you believe will influence what you decide. It's not easy to do what is unpleasant for the sake of what you believe, but what you do now will become your personal statement about the value of human life" (Zimmerman, 1997:27). 'n Gebalanseerde besluit kan egter oor 'n tydperk van 'n paar weke geneem word (Taylor, 1997:21).

7.5 Redes vir 'n aborsieversoek

Volgens die literatuur is enkele redes vir vrywillige aborsie, met ander woorde gedurende die tydperk voor 'n draagtyd van 12 weke soos volg:

7.5.1 Sosio-ekonomiese redes

Dit sluit werkloosheid, vrees om werk te verloor, hoop om 'n betrekking te bekom en verlies van inkomste gedurende swangerskap in (Anon, 1997:17). Vroue wat finansiële swaarkry, besluit eerder op 'n aborsie as om finansiële te sukkel om 'n kind groot te maak. Die afwesigheid of onbetrokkenheid van die biologiese vader veroorsaak 'n bykomstige finansiële las. Jong vroue met ouers in hoë inkomstegroepe, opvoedkundige kwalifikasies en beroepstatus is geneig om 'n

ongewenste swangerskap te laat termineer as gevolg van hul eie ambisies en om hulle reproduktiewe regte uit te voer (Rulashe, 1999:76; Sekudu, 2001:191).

7.5.2 Ontoereikende emosionele ondersteuning

Die swanger vrou word gelaat om alleen verantwoordelikheid vir die kind te aanvaar en aborsie is dan 'n uitweg (Anon, 1997:17; Rulashe, 1999:76).

7.5.3 Enkelouerskap

Moederskap impliseer die bereidheid om vir 'n tydperk van 18 jaar 'n kind te versorg en dit verg geduld, ryphed en energie. Vroue voel soms dat hulle emosioneel nie daarvoor gereed is nie en versoek dus 'n aborsie. Die enkellopende vrou met verlies van finansiële ondersteuning, met skuldgevoelens en spanning met vernietigde toekomsdrome, beleef die ongewenste swangerskap traumaties (Rulashe, 1999:80). Vroue met ambisie ten opsigte van hul loopbane en toekoms oefen makliker hulle reproduktiewe regte uit en besluit op 'n aborsie (Mc Culloch, 1996:35; Sekudu, 2001:191).

7.5.4 Buitehuwelikse verhoudings

Uit vrees vir konfrontasie met die werklikheid en met haar eggenoot asook naasbestaendes se reaksie daarop, is 'n aborsie vir die swanger vrou onder hierdie omstandighede 'n uitweg (Anon, 1997:17; Rulashe, 1999:78).

7.5.5 Opeenvolgende swangerskappe

'n Onbeplande swangerskap wanneer 'n egpaar reeds die beplande aantal kinders het, word soms as rede vir aborsie aangevoer. Vroue sien nie kans vir die addisionele las van nog 'n kind waarvoor nie voorsiening gemaak is nie (Rulashe, 1999:78).

Volgens data wat uit die 150 ingevulde vraelyste verkry is, is die redes vir aborsie tydens hierdie ondersoek soos volg aangedui:

TABEL 2: Redes vir die terminering van swangerskap

	Finansies	Reeds kinders	Ouers	Studie	Nie gereed	Biologiese vader	Ander redes	Totaal
N=150 Tekort = 78	10	10	6	10		12	6	150
100%	13,89	13,89	8,33	13,89		16,67	8,33	100%

Die meerderheid swanger vroue wat aborsie versoek, naamlik 18 (25%), het as rede aangevoer dat hulle nie gereed is om met die swangerskap voort te gaan en 'n baba te hê nie. Die biologiese vader was 'n verdere rede vir 'n aborsieversoek – 12 (16,67%), terwyl finansies en die feit dat die swanger vrou reeds kinders het, elk deur 10 (13,89%) as redes aangevoer is.

8. DIE PROFIEL VAN DIE SWANGER VROU WAT 'N ABORSIE VERSOEK

Ten einde 'n akkurate profiel van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, saam te stel, is in hierdie ondersoek van twee wyses gebruik gemaak om die nodige data te bekom:

- Pasiëntindekse: Hierdie groep respondente was alle swanger vroue wat aborsie versoek het en na Potchefstroom Hospitaal verwys is, ongeag die periode van draagtyd. Na 'n mediese ondersoek deur die ginekologiese afdeling van Potchefstroom Hospitaal, is die pasiënte na die maatskaplike werker (ondersoeker) verwys. 'n Gestandaardiseerde formaat (pasiëntindeks) wat persoonlike inligting verstrek, is ten opsigte van elke swanger vrou wat hier 'n aborsie versoek het, ingevul. Vir doeleindes van hierdie studie is data ten opsigte van 280 pasiënte van een kalenderjaar gebruik - van 1 Januarie tot 31 Desember 2003.
- Vraelys: Hierdie respondente was alle swanger vroue wat 'n aborsie versoek het en na Potchefstroom Hospitaal verwys is. Na 'n mediese ondersoek deur die ginekologiese afdeling van Potchefstroom Hospitaal, is die pasiënte na die maatskaplike werker (ondersoeker) verwys vir pre-aborsieberaad. Hierdie groep swanger vroue het nog nie 'n draagtyd van 12 weke bereik nie en vir pre-aborsieberaad ingeskakel. Vir doeleindes van hierdie studie is data ten opsigte van 150 swanger vroue in 'n periode van tien maande gebruik - van begin April 2003 tot einde Januarie 2004.

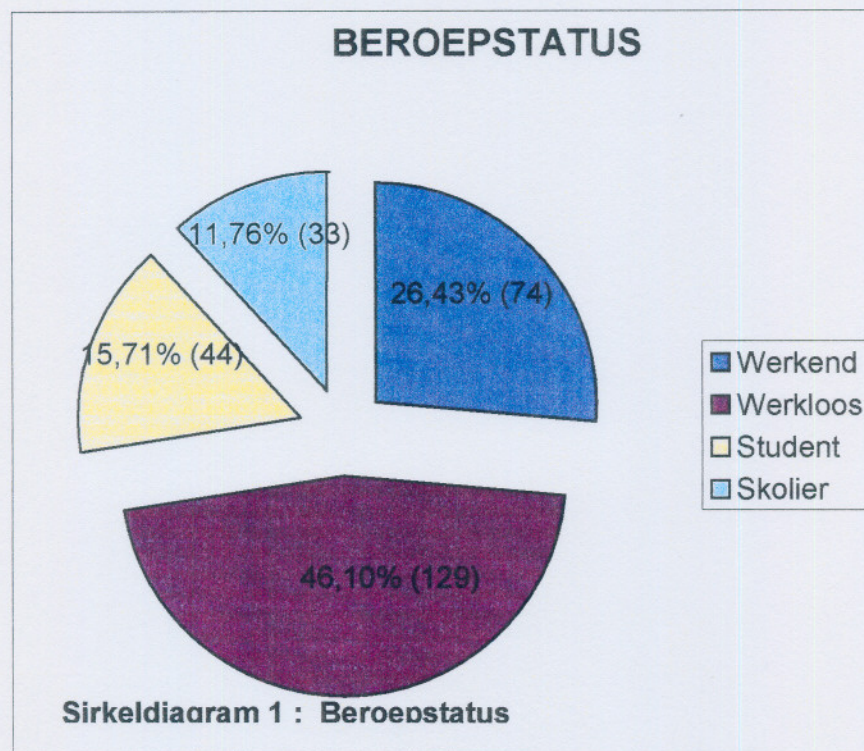
Data wat uit die vraelyste bekom is, maak deel uit van die pasiëntindekse, maar bevat meer besonderhede, en spesifieke vrae is beantwoord. Die tydperk waarin die vraelys afgeneem is, verskil ook van dié van die pasiëntindekse.

8.1 Identifiserende besonderhede

TABEL 3: Ouderdomverspreiding

Ouderdom in jaar	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42+
N= 280	2	10	27	46	46	41	17	23	22	15	12	7	7	2	3
100%	0,71	3,57	9,64	16,43	16,43	14,64	6,07	8,21	7,86	5,36	4,29	2,5	2,5	0,71	1,07

Data uit die pasiëntindekse dui aan (Tabel 3) dat die meerderheid swanger vroue naamlik 92 (32,86%), wat by Potchefstroom Hospitaal 'n versoek om 'n aborsie rig, tussen die ouderdomme 20 en 22 jaar oud is. Die Selfpersepsieskaal dui 67% van die swanger vroue wat aborsie versoek, tussen die ouderdom 20 en 30 jaar oud aan. Dit stem ooreen met die besonderhede soos in Tabel 6 weergegee, naamlik 195 (69,64%).



Bostaande diagram gee 'n visuele aanduiding van die verskillende verhoudings met betrekking tot beroepstatus en dit word voorts in die onderstaande tabel aangedui.

TABEL 4: Beroepstatus

Beroepstatus	Werkend	Werkloos	Student	Skolier	Totaal
N=280	74	129	44	33	280
100%	26,43	46,10	15,71	11,76	100

Volgens die pasiëntindekse (Tabel 4) is die aantal werklose swanger vroue wat 'n aborsie versoek in die meerderheid, naamlik 129 (46,10%). Daarna volg die werkende vroue met 74 (26,43%), die aantal studente 44 (15,71) en skoliere 33 (11,76%).

TABEL 5: Aantal kinders

Aantal kinders	Kinders	Geen kinders	Onseker	Totaal
N=280	123	92	65	280
100%	43,93	32,86	23,21	100

Data uit pasiëntindekse (Tabel 5) dui aan dat 123 (43,93%) van die swanger vroue wat 'n aborsie versoek het, reeds kinders het en dat dit dus nie 'n eerste swangerskap is wat hulle wil laat termineer nie. Dit is slegs ten opsigte van 92 (32,86%) vroue 'n eerste swangerskap. Ten opsigte van 65 (23,21%) vroue was dit onseker of die swanger vrou wel ander kinders het.

TABEL 6: Huwelikstaat

Huwelik Status	Getroud	Tradisioneel Getroud	Ongetroud	Saamleef verhouding	Geskei	Weduwee	Verskeem	Totaal
N=150	8	1	123	10	1	2	5	150
100%	5,33	0,67	82	6,67	0,67	1,33	3,33	100

Tabel 6 dui aan dat 123 (82%) van die swanger vroue wat 'n aborsie versoek het, ongetroud was. Dié wat by saamleefverhoudings betrokke was, is 10 (6,67%), en 8 (5,33%) getroude vroue het 'n aborsie versoek. Hierdie data is slegs uit die vraelyste bekom.

8.2 Periode van draagtyd

TABEL 7: Periode van draagtyd

Weke	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
N=280 Tekort = 5	11	12	16	29	44	55	29	16	10	8	6	2	0	16	0	8	7	
100%	4	4,36	5,82	10,55	15,71	19,64	10,55	5,82	3,64	2,91	2,18	0,73	0	5,82	0	2,91	2,55	

Data uit die pasiëntindeks (Tabel 7) dui aan dat die draagtyd waarop die meeste swanger vroue die terminering van swangerskap versoek, 8, 9 en 10 weke

onderskeidelik is, naamlik 41(14,91%), 33 (12,00) en 31 (11,27%). Selfs 15 (5,46) swanger vroue het op 20 weke en meer draagtyd 'n versoek om 'n aborsie gerig.

8.3 Tydperk bewus van swangerskap voor versoek om 'n aborsie

TABEL 8: Tydperk bewus van swangerskap

Tydperk	1 dag	2 dae	3 dae	4 dae	5 dae	6 dae	7 dae	Totaal
N=150	3	7	7	6	13	6		150
100%	2	4,67	4,67	4	8,67	4		100

Data uit die vraelyste (Tabel 8) dui aan dat die tydperk wat verloop het sedert die vrou bewus geword het van die swangerskap totdat sy 'n versoek om 'n aborsie gerig het, in die meeste gevalle sewe dae was - 108 (72%). Slegs 3 (2%) vroue het dieselfde dag of binne een dag 'n versoek om 'n aborsie gerig.

8.4 Mededeling

Ten opsigte van die 150 respondente wat die vraelyste ingevul het, het daar:

- ❑ 137 (91,33%) vroue die swangerskap met iemand bespreek, terwyl 13 (8,67%) vroue dit met niemand bespreek het nie.
- ❑ Slegs 128 (85,33%) vroue het egter hul versoek om 'n aborsie met iemand bespreek, terwyl 22 (14,67%) verkies het om dit glad nie met iemand te bespreek nie.

8.5 Kontrasepsie

TABEL 9: Kontrasepsiemetodes

	Kondome	Die pil		Insektreus		Eiendom		Eiendom		Eiendom		Eiendom		Totaal
		NEE	JA	NEE	JA	NEE	JA	NEE	JA	NEE	JA	NEE	JA	
N=150		34	24	54	9	69	0	78	2	76	2	76	0	150
100%		42,50	30,77	69,23	11,54	88,46	0	100	2,56	97,44	2,56	97,44	0	100%
	Tekort = 70	Tekort = 72												

Data uit die 150 ingevulde vraelyste wys (Tabel 9) daarop dat 79 (52,67%) vroue beweer het dat hulle kontrasepsie gebruik het en tog swanger geraak het, terwyl 71 (47,33%) vroue geen kontrasepsie gebruik het nie. Die kontrasepsiemetodes wat meestal gebruik is, is kondome - 46 (57,50%) en die pil - 24 (33,77%).

8.6 Ontwikkelingstadia

Ten opsigte van die 149 (1 vraelys is nie ingevul nie) swanger vroue wat die vraelyste ingevul het, is die volgende resultate bekom ten opsigte van of die fetus 'n lewende wese is al dan nie:

77	Vroue was seker daarvan dat die fetus 'n lewende wese is	51,68%
34	Vroue was oortuig daarvan dat die fetus nie 'n lewende wese is nie	22,82%
38	Vroue was onseker daaroor	25,50%
149	TOTAAL	100%

8.7 Ander relevante aspekte

Uit die 150 ingevulde vraelyste, is die volgende relevante resultate ten opsigte van die profiel van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, bevind:

- 70 (47,95%) respondente glo dat aborsie reg is, terwyl 76 (52,05%) respondente dit as verkeerd beskou. Vier respondente het nie hierdie vraag beantwoord nie.
- 114 (78,08%) respondente glo dat hulle omstandighede aborsie regverdig, 16 (10,96%) was onseker en 16 (10,96%) was van mening dat hulle omstandighede dit nie regverdig nie. Vier respondente het geen antwoord gegee nie.
- 107 (71,81%) respondente het die verwagting dat 'n aborsie hulle probleme sal oplos, 20 (13,42%) het aangedui dat 'n aborsie nie probleme oplos nie en 22 (14,77%) was onseker daaroor. Een deelnemer het die vraag nie beantwoord nie.

9. TIENERSWANGERSKAP

9.1 Adolessensie as ontwikkelingsstadium

AdolesSENSIE wissel gewoonlik tussen 13 jaar en 18 jaar. Dit is 'n tydperk van belangrike ontwikkelingsake, selfbeeldmodifikasie en die vorming van 'n nuwe selfkonsep, die ontwikkeling van persoonlike verhoudings en verantwoordelikhede, voorbereiding op 'n beroep en aanpassings met betrekking tot 'n komplekse samelewing.

AdolesSente se ontwakende seksualiteit dra by tot hul identiteitsgevoel (Geldenhuys & De Lange, 2001:92). Hulle moet leer om hulle seksuele behoeftes op 'n sosiaal aanvaarbare manier te hanteer sodat dit 'n positiewe uitwerking op hulle identiteitsontwikkeling het. Heteroseksuele verhoudings begin gewoonlik gedurende

adolessensie en sodoende ontwikkel hulle identiteit as seksuele wesens. Seksuele gemeenskap word geassosieer met grootword en met 'n huwelik. Seksuele gedrag verwys na konformering van gedrag met dié van die portuurgroep en wedersydse verwagtings in 'n verhouding. Adolessente rebelleer dikwels, dwing hulle onafhanklikheid af en wil anders wees. Hulle kognitiewe vermoë is nie ten volle ontwikkel nie en 'n adolessent is 'n risiko ten opsigte van impulsiewe optrede (Evangelisti, 2000:3). As gevolg van die impak van die veranderinge en omstandighede van die tiener word hierdie ontwikkelingsstadium op sigself as 'n krisistydperk beskou. 'n Soeke na 'n eie identiteit word ervaar en daar word geveg om 'n plek in die samelewing te bekom. Adolessensie word gekenmerk deur die druk van die ouers en die portuurgroep, veranderde rolle, waardes en gedrag waarby aanpassings gemaak moet word (Evangelisti, 2000:3). Die verloop van adolessensie as ontwikkelingsfase het 'n invloed op die volwasse lewe en op dit wat die toekoms vir die adolessent inhou (Le Roux & Botha, 1997:170).

9.2 Die swanger tiener se leefwêreld

Dikwels is die persoon wat 'n aborsie versoek, 'n adolessent. Enersyds word die adolessent deur die ontwikkelingskrisis van adolessensie en andersyds deur die omstandigheidskrisis van die ongewenste swangerskap gekonfronteer (Geldenhuis & De Lange, 2001:92). Navorsing het bevind dat baie tieners wat seksueel aktief is, onbewus is van die risiko van 'n ongewenste swangerskap of geneig is om die gevolge van hulle gedrag te ignoreer. Hulle openbaar 'n verontskuldigende houding en ontken die risiko's omdat hulle nie die langtermyngevolge van hulle gedrag besef nie. Die gevolge van hulle besluite word nie in ag geneem nie en hulle raak makliker betrokke by onbeskermd seks met die verwagting dat hulle nie swanger sal raak nie (Evangelisti, 2000:3; Henwick, 2001:18; Mogano, 1999:9). Benewens die feit dat die adolessent 'n groter risiko vir 'n ongewenste swangerskap as die volwasse vrou is, is sy ook fisies en sosiaal nie voorbereid daarop om met 'n gesin te begin nie.

'n Swanger tiener moet gesien word binne die konteks van haar spesifieke leefwêreld, naamlik die gesin en breër maatskaplike omgewing. Die sosio-ekonomiese omgewing bepaal die konteks van die adolessent se psigo-sosiale ontwikkeling, naamlik waardes en oortuigings, asook houding ten opsigte van swangerskap, aborsie, aanneming en moederskap (Evangelisti, 2000:21). Tieners is geneig om 'n aborsie te versoek ten

spyte daarvan dat die moontlikheid bestaan dat dit in die betrokke kultuur verwerp word. Hulle omstandighede is allesoorheersend. Die tiener se belewenis van tienerswangerskap is driedimensies, naamlik liggaamlik, psigies en geestelik (Britz, 1997:51). Die adolessent wat 'n aborsie versoek, bevind haar in 'n unieke opvoeding- en leefsituasie. Sy is vasgevang in irrasionele oortuigings en sy moet 'n moeilike besluit neem in 'n tydperk waarin sy self afhanklik is van die begeleiding deur volwassenes (Britz, 1997:10,51). Die adolessent moet oor die vaardigheid van besluitneming beskik alvorens sy oor die ongewenste swangerskap kan besluit.

9.3 Die adolessent se redes vir aborsie

Alhoewel die redes vir 'n aborsie dieselfde is vir volwasse vroue en tieners is, is daar enkele eiesoortige redes gekoppel aan die swanger tiener:

9.3.1 Adolessente vrees hul ouers se reaksie op 'n ongewenste swangerskap

'n Ongewenste swangerskap is 'n verleentheid as gevolg van die feit dat die tiener afgewyk het van ouerlike waardes en weens die samelewing se afkeer van voorhuwelikse seks. Dit is ontydig en maak inbreuk op die tieners se doelwitte, en 'n aborsie is dan na hulle mening die enigste uitweg. Tieners deel dit nie met hulle ouers nie uit vrees vir teleurstelling, woede en verwerping en neem dan alles op hulleself om hul ouers die hartseer te spaar. Baie tieners het vooropgestelde idees dat ouers hulle nie sal verstaan of ondersteun nie. Die blote gedagte aan die mededeling van die ongewenste swangerskap is meer stresvol as die werklike mededeling daarvan. Hulle ontsê hulle die fase van ondersteuning en besorgdheid deur die ouers, en verloor uit die oog dat die nuus die verhouding tussen ouers en kinders kan verstewig, en versoek eerder 'n aborsie (Anon, 1997:17; Kaufman, 1997:46; Mc Culloch, 1996:37; Taylor, 1990:43).

9.3.2 Die portuurgroep

Die portuurgroep beïnvloed nie maklik die swanger tiener tydens die besluitnemingsproses nie. Indien sy egter iemand ken wat 'n aborsie ondergaan het, is dit vir haar relatief makliker om daaroor te besluit (Evangelisti, 2000:25).

9.3.3 Ouderdom en emosioneel nie gereed

Dit is dikwels konkrete redes wat adolessente aanvoer vir die terminering van swangerskap. Die vrees vir sosiale afkeuring gaan hiermee gepaard (Evangelisti, 2000:25).

9.3.4 Skoolloopbaan en studie

Die voltooiing van haar skoolloopbaan en/of studie asook haar toekomsplanne word as konkrete rede vir die terminering van swangerskap aangevoer (Evangelisti, 2000:25).

9.3.5 Swye en geheimhouding

Geldenduys en De Lange (2001:96) beklemtoon swye en geheimhouding as 'n konkrete rede waarom adolessente die terminering van swangerskap oorweeg.

10. SAMEVATTING

Elke individu word aan lewenskrisisse blootgestel. 'n Ongewenste swangerskap is vir die swanger vrou wat nie kans sien vir swangerskap of die opvoeding van 'n kind nie, 'n lewenskrisis. Gevoelens en gedragspatrone van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, stem ooreen met dié van 'n individu in 'n krisissituasie. Die vrou met 'n ongewenste swangerskap mag nie geïgnoreer word nie, en ongeag die opsie waarop sy besluit, is sy aangewese op maatskaplikewerk-hulpverlening.

Alhoewel nie verpligtend nie, maak wetgewing voorsiening vir pre-aborsieberaad aan die swanger vrou wat 'n aborsie versoek. Ten einde effektiewe pre-aborsieberaad te doen en te fokus op die lewering van 'n hoë kwaliteit maatskaplikewerk diens, is dit noodsaaklik dat kennis van die leefwêreld van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, bekom moet word. Literatuurstudie en 'n empiriese ondersoek het in die doel geslaag om 'n profiel van sodanige vrou saam te stel, haar gedragspatroon en gevoelens te ondersoek en te bepaal watter redes vir die terminering van swangerskap aangevoer word. Adolessensie en tienerswangerskap is in hierdie artikel onder die loep geneem, maar wel onderling onderskei, aangesien die adolessente ontwikkelingsfase op sigself 'n krisistyd is.

11. BRONNELYS

ANON. 1997. Counseling – A critical part of quality care services delivery of TOP services in the Free State. *Reproductive health alliance barometer*, Sep 1(2):17-18.

ANON. 2000. Psychological responses to TOP. *Reproductive health alliance barometer*, (6):42-43, Dec.

BABBIE, E. 2004. The practice of social research. 10th ed. Belmont : Wadsworth/Thompson. 493 p.

BLOOM, M., FISCHER, J. & ORME, J.G. 1999. Evaluating practice: Guidelines for the accountable professional. Englewood Cliffs : Prentice Hall. 715 p.

BOTHA, H.S. 1995. Maatskaplikewerk dienste aan pas-gearresteerde jeugdiges. Bloemfontein : Universiteit van die Oranje Vrystaat (Verhandeling - Soc. Sc (MW). 243 p.

BRITZ, J.J. 1997. Opvoedkundige sielkundige ondersteuning aan adolessente wat aborsies ondergaan het. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit (Verhandeling - M.Ed). 63 p.

CAIN, L.P. 1979. Social worker's role in teenage abortions. *Social Work*, 24(1):52, Jan.

CRESWELL, J.W. 2003. Research design: qualitative, quantitative and mixed method approaches. 2nd ed. Thousand Oaks : Sage Publications. 245 p.

DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. 2002. Research at grass roots for the social sciences and human service professions. Pretoria : Van Schaik. 493 p.

DONDASHE, V.I. 2001. The experience of registered nurses in the pre-counselling of pregnant women contemplating termination of pregnancy. Port Elizabeth : University of Port Elizabeth. (Mini-treatise – M.Cur.) 67 p.

- EVANGELISTI, L. 2000. Adolescent resolution with special reference to pre-abortion counseling. Stellenbosch : University of Stellenbosch. (Thesis – M.A.) 115 p.
- FORREST, G.M. 1994. Emotional distress in women before and after therapeutic terminations of pregnancy. An investigation into the need for pre- and post-abortion counseling. Cape Town : University of Cape Town. (Dissertation – M.Sc.) 114 p.
- FOURIE, E. 2004(a). Aborsie kan vir jare by vrou bly spook. *Die Volksblad*:11, 20 Mei.
- FOURIE, E. 2004(b). Lig swanger meisies goed in – berader. *Die Volksblad*:11, 20 Mei.
- GAMEAU, B. 1993. Termination of pregnancy: Development of a high-risk screening and counseling program. *Social work in health care*, 18(3/4):179-191.
- GELDENHUYS, J. & DE LANGE, N. 2001. Swart Oos-Kaapse adolessente se ervaar van swangerskapterminasie. *South African Journal of Education*, 21(2):92-98, May.
- HENWICK, A.F. 2001. Locus of control and social variables as they relate to depression at abortion. Johannesburg : Rand Afrikaans University (Dissertation – M.A.) 73 p.
- HOWES, F. & GREEN, S. 1997. Buite-egtelike moederskap in die Paarl-Wellington gebied: Die tienermoeder se versorgingspotensiaal en steunstelsel. Koöperatiewe Navorsingsprogram oor die Huweliks- en Gesinslewe, Stellenbosch. Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing. Pretoria. 56 p.
- KAUFMAN, K. 1997. The abortion resource handbook. New York : Simon & Schuster inc. 218 p.

LE ROUX, J.P. & BOTHA, D. 1997. Aborsieberading deur die maatskaplike werker vir swanger tienerjariges en ouer vroue. *Die Maatskaplikewerk-navorser-praktisyn*, 10(2):169-188, Nov.

LE ROUX, J.P. 1995. Aborsie in Suid-Afrika: 'n Maatskaplike werk perspektief. Bloemfontein : UOVS. (Proefskrif – Ph.D.) 321 p.

Mc CULLOCH, U.R. 1996. Women's experiences of abortion in South Africa: an exploratory study. Cape Town : University of Cape Town. (Dissertation - M.A.) 90 p.

MOGANO, M.S. 1999. Factors influencing the decision of teenagers to terminate their pregnancies. Johannesburg : Rand Afrikaans University. (Mini-dissertation - M. Soc.Sc. (Social Work). 59 p.

MOJAPELO-BATKA, E.M. 2000. Voluntary termination of pregnancy: Meanings and coping with emotional impact of perceived or anticipated social sanctions. Hammanskraal : Medunsa. (Dissertation - M.Sc). 124 p.

NEUMAN, W.L. 2000. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. 4th ed. Boston : Allyn and Bacon. 558 p.

PARRY, G. 1990. Coping with crises. Great Brittain, Exeter : The British Psychological Society and Routledge Ltd. (PBS Books). 116 p.

PERSPEKTIEFOPLEIDING. 2004. Selfpersepsieskaal (SPS2):Feb, 21. 7 p.

POLK-WALKER, G.C. 1993. Counseling implications in a client's choice of anesthesia during a first or repeat abortion. *Nursing Forum*, 28(1):22, Jan-Mar.

REISSER, P.C. & REISSER, T.K. 1992. Responding to a woman with a crisis pregnancy. Colorado Springs : Focus on the family. 15 p.

- ROYSE, D. 2004. Research methods in social work. 4th ed. Canada : Thomson Brooks/Cole. 359 p.
- RUBIN, A. & BABBIE, E. 1997. Research methods for social work. Pacific Grove. Calif : Brooks/Cole Publishing. 501 p.
- RULASHE, L. 1999. The psycho-social dimensions of abortion amongst Xhosa speaking women. Port Elizabeth : University of Port Elizabeth. (Dissertation - M.A.) 129 p.
- SA *kyk* SUID-AFRIKA.
- SAS Institute Inc., 1999. SAS Institute Inc., SAS OnlineDocR, Version 8, Cary, NC.
- SEKUDU, J. 2001. Abortion: a social work study. Pretoria : University of Pretoria. (Thesis - D. Phil.) 250 p.
- STRYDOM, H. 1999. Maatskaplikewerk-navorsing. Potchefstroom : PU vir CHO. 268 p.
- SUID-AFRIKA. 1996. Wet op keuse oor die beëindiging van swangerskap. No 92 van 1996. Pretoria : Staatsdrukker.
- TAYLOR, G.L. 1997. Women's experience of abortion – a qualitative study. East London : Rhodes University. (Thesis - M.Soc.Sc (Social Work)). 143 p.
- VAN DER BERG, R. 1997. Called to care: A Christian counseling perspective on abortion. Sinoville : Group 7 Printers & Publishers. 105 p.
- ZIMMERMAN, M. 1997. Should I keep my baby? Minnesota : Bethany House Publishers. 91 p.

ARTIKEL 3

DIE BELANGRIKHEID VAN PRE-ABORSIEBERAAD

HS Humpel is 'n PhD-student en hoof maatskaplike werker by Potchefstroom Hospitaal, Noordwes Provinsie, Departement Gesondheid.

H Strydom is professor en hoof van die maatskaplikewerkafdeling by die Skool vir Psigo-sosiale Gedragwetenskappe, Potchefstroomkampus van die Noordwes-Universiteit.

SUMMARY

An unwelcome pregnancy is a life crisis for a woman who does not see her way clear to for pregnancy, birth or raising a child. Feelings and behavioural patterns of the pregnant woman who requests an abortion correspond with those of an individual who finds himself in a crisis. The nature and essence of pre-abortion counselling and of crisis intervention compare well with each other, and crisis intervention is seen to be the obvious model for pre-abortion counselling. The importance of pre-abortion counselling was pointed out during this investigation. Not only is the pregnant woman made aware of alternatives and enabled to make an informed and responsible decision by means of pre-abortion counselling, but she is also informed as to contraception and the effects of abortion. The pregnant woman is prepared emotionally on the abortion procedure, and her future also receives attention. Pre-abortion counselling therefore gives the woman who requests an abortion the opportunity to handle her crisis in accordance with her abilities and circumstances at best within a short space of time.

1. INLEIDING

Die praktyk bewys dat relatief min vroue die krisis van 'n ongewenste swangerskap met iemand bespreek en dat die meeste vroue die terminering van swangerskap ondergaan sonder dat hulle die geleentheid gehad of benut het om dit met iemand te bespreek en dit emosioneel te verwerk. Elke vrou, ongeag ouderdom, ras of agtergrond met 'n onverwagte swangerskap wat 'n aborsie as opsie oorweeg, het 'n

behoefte aan objektiewe en professionele beraad. Wetgewing maak voorsiening vir pre-aborsieberaad aan die swanger vrou wat 'n aborsie versoek (Howes & Green, 1997:18; Taylor, 1997:vi).

Literatuur bevestig die belangrikheid van pre-aborsieberaad vir die swanger vrou wat aborsie as opsie oorweeg. Die algemene indruk is dat pre-aborsieberaad die toegang is tot aborsie. Dit bied egter net aan die swanger vrou wat 'n aborsie versoek geleentheid om haar voorneme met 'n professionele persoon te bespreek en 'n ingeligte besluit te kan neem (Howes & Green, 1997:18; Mc Culloch, 1996:67). Literatuur dui daarop dat pre-aborsieberaad met krisisingryping ooreenstem en dat dit vaardigheid en kundigheid van die berader verg (Mc Culloch, 1996:67; Schlossberg & Achtemeier, 1995:110; Sekudu, 2001:94; Van der Berg, 1997:78).

Krisisingryping as model vir pre-aborsieberaad word in hierdie artikel aangebied, gepaard met relevante inhoudelike aspekte en die beklemtoning van die belangrikheid van pre-aborsieberaad. Laastens word die bevindinge van die empiriese ondersoek ook bespreek.

2. PROBLEEMSTELLING

Sommige vroue is van mening dat, indien hulle hul swangerskappe wil laat termineer, dit sonder versuim afgehandel kan word. Die praktiese uitvoering daarvan behels egter prosedures wat gevolg moet word soos mediese toetse, sonar, afsprake en berading deur professionele personeel (Mkhize, 2000:96). Dondashe (2001:3) beskou pre-aborsieberaad as 'n vereiste wat aborsie moet voorafgaan sodat die swanger vrou geleentheid gebied word om genoegsame inligting te verkry met die oog op besluitneming. Vroue ervaar berading soms as 'n struikelblok op hul weg na 'n aborsie (Taylor, 1997:29).

Wetgewing bepaal soos volg: "Die Staat moet die voorsiening van nie-verpligte en nie-voorskriftelike voorligting bevorder, voor en na die beëindiging van 'n swangerskap" (SA, 1996:1304). Deur die voorsiening van beraad begelei wetgewing dus die vrou wat voel dat sy nie met haar swangerskap kan voortgaan nie (Mkhize, 2000:96). Die aspek van toestemming maak deel uit van pre-aborsieberaad.

Wetgewing bepaal dat slegs die toestemming van die swanger vrou nodig is vir die beëindiging van swangerskap. Dit impliseer:

- ❑ dat 'n swanger minderjarige slegs haar eie toestemming nodig het vir 'n aborsie. Wetgewing bepaal dat die swanger minderjarige geadviseer moet word om haar ouers, voog, familielede of vriende te raadpleeg alvorens die swangerskap beëindig word, maar die aborsie mag nie geweier word indien die minderjarige verkies om niemand te raadpleeg nie.
- ❑ dat die getroude swanger vrou 'n aborsie kan ondergaan sonder die toestemming van haar eggenoot (Britz, 1997:2; SA, 1996:1306).

Volgens Britz (1997:3) het twee koerante (April en Mei 1997) berig dat, na die wettiging van aborsie, begeleiding vir vroue wat 'n aborsie versoek, nie beskikbaar was nie. Alhoewel wetlik bepaal, realiseer beraad nie altyd in die praktyk nie as gevolg van ontoereikende fondse en personeeltekorte. Derhalwe kan vroue wat 'n aborsie versoek, blootgestel word aan die trauma van die aborsieprosedure met verreikende gevolge in hulle lewe aangesien hulle nie die geleentheid gebied is om 'n ingeligte en weldeurdragte besluit te neem nie. Hierdie noodsaaklike, maar nie altyd beskikbare pre-aborsieberaad, "... makes the abortion services provided by the state incomplete and may have negative consequences on the women who receive these services" (Sekudu, 2001:94). In 'n ondersoek is bevind dat pre-aborsieberaad in sommige gevalle gerealiseer het, maar dat dit ontoereikend was. As gevolg van ruimtelike en personeelprobleme word vroue soms in gesamentlike beradingsessies betrek ter voorbereiding op die aborsieprosedure. Aborsie sonder beraad word as oneties en selfs as 'n wanpraktyk beskou (Taylor, 1997:27). Daar moet gewaak word teen veralgemening dat pre-aborsieberaad nie altyd beskikbaar is nie, want effektiewe pre-aborsieberaad realiseer wel in sekere staatshospitale asook privaatklinieke en die diens behoort aangemoedig en uitgebrei te word.

Die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, is aangewese op maatskaplikewerk-hulpverlening. Krisisingryping is die aangewese model om die ongewenste swangerskap en beoogde aborsie te hanteer, aangesien dit 'n probleemoplossings-proses is waarin ego-ondersteunende tegnieke gebruik word om die vrou te help om na haar normale funksioneringsvlak terug te keer. Bevindinge van 'n ondersoek wat gedoen is oor swanger vroue wat aborsie oorweeg, stem ooreen met die eertydse

bevindinge van die Lane Kommissie wat gedurende 1974 in die Verenigde State navorsing gedoen het oor aborsiewetgewing, naamlik die belangrikheid van nie-veroordelende en nie-verpligtende beraad (Hildebrand, 1977:3; Taylor, 1997:72, 79). Die siening word ondersteun dat "the woman's right to abortion without providing her with an opportunity to explore her feelings and her options is counter-productive" (Taylor, 1997:79). Toereikende beraad moet vir alle swanger vroue beskikbaar wees wat beteken dat dit van hoogstaande gehalte moet wees en deur professionele maatskaplike werkers gedoen moet word.

3. DOELSTELLING EN DOELWITTE

Die kern van hierdie artikel is om die belangrikheid van pre-aborsieberaad te beklemtoon en om inhoudelike fasette daarvan volgens krisisingryping as model te bespreek. Die doelwitte is soos volg:

- ❑ Om die aard, wese en doel van pre-aborsieberaad te bespreek.
- ❑ Om op krisisingryping as model vir pre-aborsieberaad asook inhoudelike fasette daarvan te fokus.
- ❑ Om die bevindinge van die ondersoek oor die belangrikheid van pre-aborsieberaad weer te gee.

4. NAVORSINGSMETODOLOGIE

4.1 Ontwerp en prosedure

Die verkennende navorsingsontwerp word gebruik om insig in 'n situasie, verskynsel, gemeenskap of individu te bekom (De Vos *et al.*, 2002:109). Die beskrywende navorsingsontwerp is 'n sistematiese, objektiewe en volledige beskrywing van die werklikheid (Strydom, 1999:78). 'n Kombinasie van die verkennende en die beskrywende navorsingsontwerp is in hierdie ondersoek gebruik.

Deur middel van die opnameprosedure is kwalitatiewe en kwantitatiewe data bekom om inligting en feite van mense te bekom ten opsigte van 'n verskynsel waarvan hulle kennis dra (De Vos *et al.*, 2002:172). 'n Kwantitatiewe ondersoek fokus op veranderlikes en die data word deur middel van statistiese prosedures verwerk met die oog op betroubaarheid. 'n Kwalitatiewe ondersoek fokus op die dieper betekenis van menslike ervaring (Creswell, 2003:18; Rubin & Babbie, 2001:209; 216; Strydom, 1999:74). Die enkelstelselontwerp is gebruik wat 'n subjek op herhalende grondslag

bestudeer. Dit behels die beplande vergelyking van waarnemings in 'n voor-intervensieperiode (basislynfase) met waarnemings van die intervensieperiode of selfs met die waarnemings van 'n na-intervensiefase (Bloom *et al.*, 1999:321-357; De Vos *et al.*, 2002:151; Royse, 2004:81-82; Rubin & Babbie, 2001:327-329; Strydom, 1999:90).

4.2 Respondente

Van Januarie tot Maart 2003 is 25 swanger vroue wat 'n aborsie versoek en vir pre-aborsieberaad by Potchefstroom Hospitaal ingeskakel het by 'n voorondersoek betrek. 'n Maksimum draagtyd van 12 weke was die enigste beperking. Na afloop van die voorondersoek is die populasie vir die hoofondersoek geïdentifiseer en 'n steekproef is nie gebruik nie (Creswell, 2003:156).

Hierdie respondente was alle swanger vroue wat na Potchefstroom Hospitaal verwys is met die versoek om 'n aborsie te ondergaan, ongeag die periode van draagtyd. Na 'n mediese ondersoek deur die ginekologiese afdeling, Potchefstroom Hospitaal, is die pasiënte na die maatskaplike werker (ondersoeker) verwys met die oog op pre-aborsieberaad. Hierdie groep swanger vroue het nog nie 'n draagtyd van 12 weke bereik nie en het vir pre-aborsieberaad ingeskakel. Teen die einde van die tiende maand is 150 swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek, by die hoofondersoek betrek, met ander woorde van begin April 2003 tot einde Januarie 2004. Die ondersoeker het self deel uitgemaak van die opname, kon dus self waarneem, volle aandag gee, aktief luister en sintuie gebruik soos sien, hoor, voel en aanraak. Sodoende kon ondersoeker alle moontlike inligting absorbeer. Pre-aborsieberaad word in die ondersoeker se kantoor gedoen en aandag is geskenk aan die skep van 'n rustige atmosfeer vir die respondente (Neuman, 2003:380, 381).

Die swanger vrou wat 'n aborsie versoek het, het selfontwerpte vraelyste met die aanvang en afsluiting van pre-aborsieberaad ingevul. Indien 'n deelnemer nie in staat was om self die vraelys in te vul nie, het ondersoeker genoemde vraelys as 'n onderhoudskedule gebruik en dit namens die deelnemer ingevul (Rubin & Babbie, 2001:210).

4.3 Meetinstrumente

Selfontwerpte vraelyste met 'n verskeidenheid tipes vrae om die belangrikheid van pre-aborsieberaad te bepaal, is met aanvang en ná afloop van individuele pre-aborsieberaadssessies ingevul (Royse, 2004:186, 188; Strydom, 1999:116). Die selfontwerpte in-diepte vraelyste bestaan uit oop en geslote vrae en die inhoud daarvan is gebaseer op die bestaande pre-aborsieberaadprogram. Data wat uit die geslote vrae verkry is, is rekenaarmatig deur die Statistiese Konsultasiediens van die Potchefstroomkampus van die Noordwes-Universiteit verwerk. Data wat uit die oop vrae verkry is, is deur die ondersoeker gekategoriseer en handverwerk. Sodoende kon die verhouding tussen veranderlikes bepaal word (De Vos *et al.*, 2002:155).

4.4 Etiese aspekte

Daar is uitvoering gegee aan professionele etiek ten opsigte van die deelnemer se regte en die ondersoeker se verantwoordelikhede (De Vos *et al.*, 2002:62). Aandag is gegee aan die kwetsbaarheid van die vrou met 'n ongewenste swangerskap en aan hoedanig sy hanteer behoort te word dat 'n positiewe uitkoms bereik kan word en om enige misleiding of verwarring te voorkom. Terselfdertyd is verseker dat 'n getroue weergawe deur die ondersoeker bekom is (Babbie, 2004:64-66; Creswell, 2003:64-65; De Vos *et al.*, 2002:65). Die volgende etiese aspekte het in hierdie ondersoek aandag geniet:

- ❑ Toestemming is van die Etiekkomitee, Potchefstroom Hospitaal, en die departementale navorsingskomitee, Departement Gesondheid, Noordwes-Provinsie verkry om die ondersoek te mag onderneem.
- ❑ Die Etiekkomitee van die Potchefstroomkampus van die Noordwes-Universiteit het die versoek om hierdie navorsingsprojek te onderneem, goedgekeur.
- ❑ Die vraelyste is in Afrikaans en Engels saamgestel en is vir ekwivalensie getoets om die korrektheid van die vertaling te verseker.
- ❑ Hierdie studie verg nie hoë opvoedkundige vlakke nie, want dieselfde vraelys is as onderhoudskedule gebruik in gevalle waar die respondent 'n analfabeet is of probleme met die taal ervaar het. 'n Vrywillige interpreteerder is ook by verskeie geleenthede gebruik.
- ❑ Die vraelyste is anoniem ingevul en die ondersoeker was self teenwoordig met die aanvang van die individuele onderhoudvoering waartydens die vraelyste ingevul is. Sodoende is inligting direk van die respondente bekom.

- Onderhoude is vooraf gereël en het in die privaatheid van ondersoeker se kantoor plaasgevind om vertroulikheid te verseker.
- Nadat die doel van die ondersoek uiteengesit is, is 'n beroep gedoen op elke deelnemer se vrywillige samewerking. Die etiese implikasie ten opsigte van die aanwending van die resultate is met respondente deurgewerk, naamlik dat resultate in belang van ander vroue in dieselfde krisissituasie aangewend sal word en dat die kwaliteit maatskaplikewerk-dienslewering ten opsigte van pre-aborsieberaad, daardeur verbeter kan word.

5. OMSKRYWING VAN BEGRIPPE

- 5.1 Beraad** is 'n "... process of help located firmly within the personal relationship between counselor and the person in need" (Hildebrand, 1977:7). Dit is professionele leiding om 'n persoon te help om emosionele en ander persoonlike probleme te hanteer deurdat die berader van tegnieke gebruik maak soos leiding, advisering, bespreking, administrering en interpretering (Dondashe, 2001:3).
- 5.2 Pre-aborsie** is die tydperk wat duur van die oomblik dat die swangerskap bevestig is tot en met die aborsieprosedure (Taylor, 1997:34).
- 5.3 Post-aborsie** is die tydperk van na die aborsieprosedure (Taylor, 1997:34). Die tydsfaktor is onbeperk.
- 5.4 Krisis** is 'n emosionele staat van psigologiese ontsteltenis sodat die persoon 'n onvermoë ervaar om dit te hanteer. Persoonlike kragte waarop normaalweg in stresvolle tye staat gemaak word, is uitgeput en gevoelens van hulpeloosheid gevolg deur verbystering, ellendigheid, sielkundige uitmergeling en 'n skok op die emosionele sisteem word ervaar (Van der Berg, 1997:71).
- 5.5 Krisisingryping** is 'n "... process by which the counselor assesses with the individual in crisis and intervenes so as to restore balance and reduce the effects of the crisis in her life (Evangelisti, 2000:44).

6. KRISISINGRYPING AS MODEL VIR PRE-ABORSIEBERAAD

Krisisingryping word as model vir pre-aborsieberaad beskou, want dit bied die geleentheid vir verandering by diegene wat 'n psigologiese wanbalans ervaar, oorweldig voel deur hulle krisissituasie, ervaar dat hulle innerlike krag uitgeput is en persoonlike ongerief en ongelukkigheid verduur (Evangelisti, 2000:44). Professionele

hulpverlening aan sodanige krisissling verskil drasties van hulp vanuit die natuurlike ondersteuningsnetwerk (Parry, 1990:68). Die proses van krisisingryping realiseer in die berader-pasiënt-verhouding en die berader moet reeds vanaf die eerste ontmoeting konsentreer op die vestiging van 'n vertrouensverhouding (Botha, 1995:192).

Die doel van krisisingryping is om die individu se eie hanteringsmeganismes te fasiliteer en 'n wyer verskeidenheid hanteringsmeganismes te ontwikkel. Selfwerkzaamheid word beklemtoon (Parry, 1990:62). Aborsiedienste kan verskil, maar die fokus van pre-aborsieberaad is op besluitneming in 'n krisissituasie – dit hou direk verband met krisisingryping (Schlossberg & Achtemeier, 1995:110).

6.1 Aard en wese van krisisingryping

Krisisingryping is die wyse waarop 'n swanger vrou wat 'n aborsie versoek, hanteer moet word. Dit is korttermyn van aard, en toetrede vind plaas in dié stadium waarin die persoon wat in 'n krisis verkeer, 'n intense emosionele nood ervaar en desperaat behoefte aan beraad het (Sekudu, 2001:94). Beraad verminder emosionele pyn en lyding. Krisisingryping is die mees effektiewe manier waarop die berader die swanger vrou tot hulp kan wees ten opsigte van gevoelshantering en besluitneming (Evangelisti, 2000:36, 44, 45; Van der Berg, 1997:78). Krisisingryping as 'n model vir pre-aborsieberaad neem in ag dat 'n krisissituasie huidige funksioneringsvlakke vernietig en vorige hanteerbare interne psigologiese probleme op die voorgrond bring.

Eweneens is 'n ongewenste swangerskap 'n krisis wat ook ander vroeëre krisisse in die swanger vrou se lewe na vore bring. Haar verdedigingsmeganismes is swak, kataris is nodig en aspekte wat nie direk tot die ongewenste swangerskap verbind is nie, kom ook ter sprake. Gedurende intensiewe krisisterapie besef die vrou die futiliteit van die situasie en is sy gewillig om haar houding te verander en hulp te ontvang. Na besluitneming versterk die vrou se verdedigingsmeganismes, aangesien die krisis verby is en neem haar ontvanklikheid vir beraad af. Namate die krisis in intensiteit afneem, vind versterking en verdieping van insig plaas met gevolglike beter aangepastheid by samelewingsnorme (Botha, 1995:194; Forrest, 1994:4).

6.2 Stappe by krisisingryping

6.2.1 Stap 1: Aanmeldingsfase

Die eerste onderhoud moet so gou moontlik na die aanmelding van die probleem geskied (Botha, 1995:192). Die meeste besluite ten opsigte van 'n ongewenste swangerskap word gedurende die eerste 72 uur na die bevestiging van die swangerskap geneem. Derhalwe moet hulp onmiddellik nadat die swangerskap bevestig is, beskikbaar en toeganklik wees (Evangelisti, 2000:45). Benewens die skep van 'n ontspanne atmosfeer moet die berader emosioneel daarop voorberei wees dat die situasie waarin die persoon verkeer, vir haar 'n krisissituasie is en moet sy eerstehandse kennis hê van en insig hê in die spesifieke leefwêreld van die vrou met 'n ongewenste swangerskap (Botha, 1995:192; Van der Berg, 1997:81).

Die onderhoud begin met nie-verbale kommunikasie deur middel van die berader se oogkontak, vriendelikheid en glimlag. Empatie is die fondament van die vertrouwensverhouding. Die swanger vrou moet besorgdheid en empatie kan ervaar deurdat die berader demonstreer dat sy werklik omgee, die vrou nie veroordeel nie en bereid is om te luister. Die swanger adolessent is veral aangewese op empatie omdat sy moreel verwerp voel en wil ervaar dat iemand omgee, haar nie veroordeel nie en dat haar mening gerespekteer word (Evangelisti, 2000:49; Van der Berg, 1997). Die krisising se behoeftes moet allereers bepaal word en die berader moet daarop bedag wees dat haar behoeftes nie noodwendig dit is wat sy wil hê nie maar wat sy nodig het (Parry, 1990:68).

6.2.2 Stap 2: Vermindering van angstigtheid

Die handhawing van 'n ontspanne atmosfeer moet deurlopend realiseer sodat die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, die vrymoedigheid het om haar gevoelens te lug. Luister is die belangrikste vaardigheid wat die berader moet bemeester om ten volle bewus te kan raak van die vrou se gevoelens en behoeftes (Evangelisti, 2000:50; Van der Berg, 1997:78). Die krisissituasie bly die fokuspunt, naamlik die ongewenste swangerskap, en die swanger vrou se huidige funksioneringsvlak moet bepaal word om haar belangrikste probleme voorlopig te analiseer (Botha, 1995:193). Haar angstigtheid word verplaas na die oorweging van moontlike oplossings met betrekking tot aborsie en die morele gevolge daarvan. Die berader moet sensitief wees hiervoor

en moet gevoelens van angstigheid met die swanger vrou deurwerk (Evangelisti, 2000:50).

Die swanger vrou moet daarvan bewus gemaak word dat haar gemengde gevoelens in hierdie krisissituasie normaal is en dat dit nie noodwendig 'n swak besluit reflekteer nie. Berading bied aan haar die geleentheid tot rypwording en selfontdekking. Die krisisaspek van die ongewenste swangerskap dwing die swanger vrou ook om deur ander probleme in haar lewe gekonfronteer te word en ook dít te hanteer. In hierdie stadium dra berading daartoe by dat die swanger vrou toenemend selfbewussyn in die verhouding ontwikkel, meer verantwoordelik is ten opsigte van kontrasepsie en hanteringsvaardighede aanleer (Mc Culloch, 1996:14).

6.2.3 Stap 3: Fokus op die krisis, naamlik die ongewenste swangerskap

Gevoelens en inligting wat relevant is vir die ongewenste swangerskap moet met die swanger vrou deurgewerk word met die oog op diagnose. Kontraksluiting moet plaasvind rakende samewerking met betrekking tot 'n langtermyn doel, watter take aandag moet geniet, wie verantwoordelikheid vir die besluit moet aanvaar en terapeutiese intervensie wat onmiddellik 'n aanvang moet neem (Botha, 1995:192). Dit is dus noodsaaklik om die swanger vrou se huidige omstandighede te evalueer, haar leefwêreld te bepaal, vas te stel watter emosionele druk sy ervaar en haar siening ten opsigte van die huidige swangerskap te bepaal (Van der Berg, 1997:78). Die swanger vrou wat 'n aborsie oorweeg, moet bygestaan en ondersteun word om nie in hierdie stadium 'n oorhaastige besluit te neem nie. 'n Deeglike ontleding van die opsies is nodig sodat sy die realiteit van haar krisissituasie kan beseef (Evangelisti, 2000:51). Volgens Mc Culloch (1996:68) is die berader se respek, bevestiging en ondersteuning belangrike elemente in hierdie fase. 'n Negatiewe ervaring van beraders se gesindheid en veroordeling bemoeilik die besluitnemingsproses en veroorsaak verwardheid by die pasiënt.

6.2.4 Stap 4: Evalueringsfase

Die volgende aspekte moet in hierdie fase ten opsigte van die krisislinsing bepaal word:

- Sin vir realiteit moet vasgestel word met ander woorde in watter mate die krisislinsing kontak met die werklikheid het om die graad van onewewig te bepaal.

- ❑ Sin vir waardes om te bepaal wat van oorheersende belang is want dit gee 'n aanduiding van die krisisling se ontsteltenis.
- ❑ Vermoë om 'n verhouding aan te knoop want dit is soms juis hierdie onvermoë wat 'n krisis kan veroorsaak.
- ❑ Vermoë tot besluitneming want besluiteloosheid en verkeerde besluite kan op sigself 'n verdere krisis ontlok.
- ❑ Verwerkingsvermoë, naamlik om aangebore eienskappe en omgewingsfaktore in die persoonlikheid te integreer en dit innerlik te verwerk (Botha, 1995:194).

Tydens hierdie fase is die krisisling meer openlik oor haar gevoelens en openbaar sy hoop en vertroue. Sy word die geleentheid gebied om selfstandig te dink en gehelp om beskikbare hulpbronne te identifiseer en te ontleed soos familie en vriende, haar eie interpersoonlike sterkpunte en vaardighede asook hulpbronne in die gemeenskap (Van der Berg, 1997:78). Die fokus is op die intensiewe bespreking van alternatiewe, en die swanger vrou moet in die besluitnemingsproses begelei en ondersteun word. Die rol van die biologiese vader, en in die geval van swanger minderjariges, kennisname van die ouers, moet aandag geniet (Evangelisti, 2000:51,52). Sensitiewe en taktvolle hantering van die swanger vrou se vrae is noodsaaklik, want 'n gebrek aan ondersteuning, begrip en opheldering tydens hierdie fase kan nog meer spanning by besluitneming veroorsaak (Mc Culloch, 1996:67). Die maatskaplike werker "must help the girl weigh the various alternatives, resolve the abortion crisis to her satisfaction, and view the experience as one episode in her growth toward adulthood" (Cain, 1979:52).

6.2.5 Stap 5: Bemoedigende en ondersteunende aksie

Evangelisti (2000:52) en Van der Berg (1997:78) is dit eens dat die swanger vrou tydens hierdie fase aangemoedig moet word om aktief deel te neem aan 'n plan van aksie met konkrete doelstellings. As gevolg van beperkte tyd moet sy gelei word tot finale besluitneming oor haar swangerskap. Die berader moet daarteen waak dat die swanger vrou oorhaastig besluit, want impulsiewe besluite hou verband met negatiewe psigologiese reaksies na aborsie (Le Roux & Botha, 1997:182). Besluitneming is verwarrend en pynlik en het te make met komplekse en konflikterende gevoelens, waardes en doelstellings. Tydens besluitneming moet die swanger vrou die geleentheid gebied word om met haar waardes en prioriteite te

identifiseer (Evangelisti, 2000:4). Na besluitneming moet die berader die swanger vrou behulpsaam wees met toepaslike reëlins en dienoooreenkomstig emosionele ondersteuning bied.

6.2.6 Stap 6: Opvolg-/afsluitingsfase

Die swanger vrou se omstandighede moet geëvalueer word en maatskaplikewerk-dienste moet getermineer word. Die vertrouensverhouding met die vrou moet sodanig wees dat sy openlik en vrymoedig aan die berader kan terugrapporteer sonder vrees vir veroordeling. Die noodsaaklikheid van opvolg lê daarin dat die swanger vrou na pre-aborsieberaad 'n besluit geneem het en vasbeslote is om haar besluit deur te voer, maar moontlik deur familie, vriende of die biologiese vader onder druk geplaas kan word om haar besluit te verander. Berading is op hierdie stadium nodig om bepaalde insigte aangaande die vrou se aanvanklike besluit op te skerp en om emosioneel ondersteuning te bied (Evangelisti, 2000:53).

'n Herhaling van inskerping tydens die afsluitingsfase is noodsaaklik, want die krisissling kan ten tye van die hoogtepunt van die krisis nie alle inligting inneem en onthou nie. Sodra die persoon se ewewig herstel is en sy haar situasie in perspektief sien, onafhanklike besluite kan neem en in staat is om met die alledaagse lewe voort te gaan, kan krisisingryping getermineer word (Botha, 1995:194).

7. PRE-ABORSIEBERAAD EN NAVORSINGSBEVINDINGE

'n Geneesheer wat besorgd was oor vroue wat onveilige aborsies ondergaan het, het beradingsdienste gedurende 1968 in St Louis geïmplementeer. Die swanger vrou wat aborsie versoek, is die geleentheid gegun om haar gevoelens oor die ongewenste swangerskap te verbaliseer en die beskikbare alternatiewe is bespreek. Diegene wat met die ongewenste swangerskap voortgegaan het, is ondersteun tot na die baba se geboorte. Die behoefte aan beraad het toegeneem en ontwikkel tot waar dit binne multi-professionele spanverband wat verpleging, sielkunde, medisyne, teologie en maatskaplike werk insluit, hanteer word (Smith, 1972:62). Die mening dat aborsie gepaard gaan met psigo-sosiale implikasies en dat dit binne multiprofessionele spanverband hanteer moet word, word vandag nog gehuldig (Sekudu, 2001:17).

7.1 Aard en wese van pre-aborsieberaad

Pre-aborsieberaad is maatskaplikewerk-hulpverlening aan vroue wat 'n krisis met ongewenste swangerskappe ervaar, met die fokus op die krisissituasie, die evaluering van die toestand en 'n plan van aksie (Forrest, 1994:40). Pre-aborsieberaad word deur Mogano (1999:22) beskou as 'n proses waardeur die vrou die geleentheid gebied word om met iemand te praat wat simpatiek, emosioneel neutraal en goed ingelig is. Die fokus is op die vrou se persoonlike behoeftes en die sukses van hierdie hulp word deur haar samewerking bepaal. Vroue wat veral behoefte aan berading het, is diegene wat onseker is oor hulle besluit, angsgevoelens openbaar en sterk geloofsoortuigings het. Die eerste fase is veeleisend, aangesien die krisissling aggressief reageer in 'n poging om uiting te gee aan gevoelens van vreesbevangenheid, hulpeloosheid en magteloosheid. Die berader moet die situasie met respek en besorgdheid hanteer en in beheer bly om effektiewe hulp te kan verleen (Botha, 1995:196).

Beraad moet sensitief aangebied word om die vrou te help om die aanvanklike skok en stadium van ontkenning realisties te kan verstaan en te kan verwerk. Dit moet ook aanloklik, nie-direktief wees, maar genoegsame inligting verskaf sodat die swanger vrou 'n ingeligte besluit ten opsigte van die ongewenste swangerskap kan neem en kan besluit of haar waardestelsel haar toelaat om met die gevolge van haar besluit saam te leef. Beraad moet terselfdertyd nie-voorskriftelik en nie-verpligtend wees. Dit dien geen doel om druk op 'n vrou toe te pas vir of teen 'n aborsie nie (Taylor, 1997:28, 36). Berading bestaan uit twee elemente, naamlik om enersyds 'n vertrouwensverhouding te ontwikkel en andersyds inligting te gee met die oog op 'n verantwoordelike besluit (Dondashe, 2001:3). Alhoewel die beradingsproses voor en na die beëindiging van die swangerskap verskil, stem dit ooreen met krisisberaad deurdat dit korttermyn van aard is en op die onmiddellike behoeftes van die swanger vrou fokus (De Vynck, 1999:33).

In privaatklinieke in Brittanje duur 'n beraadssessie gemiddeld 45 minute en die vrou bepaal volgens haar behoeftes die aantal sessies. In Suid-Afrika verskil dit van plek tot plek. Privaatklinieke en staatshospitale is hoofsaaklik verantwoordelik vir pre- en post-aborsieberaaddienste (Taylor, 1997:28-31). Elke beraadssessie duur gewoonlik 30 tot 45 minute. Pre-aborsieberaad behoort uit meer as een sessie te bestaan sodat die swanger vrou begelei kan word om haar probleme te identifiseer, doelstellings ten

opsigte van beraad te formuleer en die biologiese vader en ouers by beraad te betrek (Gameau, 1993:180). Informele berading kan deur familie, seksmaats of vriende gedoen word, maar dit is nie effektief nie, vanweë die emosionele betrokkenheid en voorskriftelike optrede (Taylor, 1997:30). Vir doeleindes van die artikel word aandag slegs aan formele professionele pre-aborsieberaad geskenk.

7.2 Doel van pre-aborsieberaad

Vroue is nie altyd bewus van hulle behoefte aan pre-aborsieberaad nie, as gevolg van aborsie as 'n taboe-onderwerp en die stigma daaraan gekoppel. Suid-Afrika het nog nie 'n kultuur van berading vir swanger vroue wat aborsie versoek, geskep nie (Taylor, 1997:75). Pre-aborsieberaad beoog om vroue te help om aan te pas by 'n negatiewe lewenservaring, naamlik 'n ongewenste swangerskap (Evangelisti, 2000:3). Le Roux (1995:186) en Taylor (1997:28) is van mening dat pre-aborsieberaad verseker dat die swanger vrou wat 'n aborsie versoek die geleentheid ten volle gebied word om 'n assessering van haar onsekerhede, wense en omstandighede te doen, om sodoende inligting te bekom ten einde 'n besluit te kan neem en om kennis te neem van beskikbare nasorgbronne. Die swanger vrou moet van inligting oor kontrasepsie voorsien word om nog 'n ongewenste swangerskap in die toekoms te voorkom (Mogano, 1999:22). Voorts beoog berading om die vrou te help op die pad na selfontdekking en na begrip vir haarself, haar gedrag en omstandighede wat aanleiding gegee het tot die ongewenste swangerskap. Vroue ervaar dikwels druk van die biologiese vader of selfs ouers ten opsigte van besluitneming oor aborsie as opsie (Mogano, 1999:22). Deur pre-aborsieberaad kan die swanger vrou onderskei tussen haar eie wense en dié van betekenisvolle mense in haar lefwêreld sodat sy volle verantwoordelikheid vir haar eie besluit kan aanvaar (Hildebrand, 1977:9).

Howes en Green (1997:18) beskou die doel van pre-aborsieberaad met die swanger adolessent wat aborsie as 'n opsie oorweeg as begeleiding daartoe om hierdie opsie uit te oefen. Deur berading word sy die geleentheid gebied om oor haar probleme en gevoelens te praat en die alternatiewe te oorweeg ter voorkoming van oorhaastige besluitneming.

Beperkte tyd word effektief benut sonder dat sy oor die vereiste draagtyd vir 'n vrywillige aborsie, naamlik 12 weke, oorskry (Le Roux, 1995:189; Mogano,

1999:22). Gedurende die kort tydperk van interaksie tussen die swanger vrou en die berader is die berader daarvoor verantwoordelik om inligting te gee, maar om 'n veilige omgewing te skep wat die bespreking van die pynlike gebeure van die swanger vrou moontlik maak, is ook 'n belangrike doel van pre-aborsieberaad (Hildebrand, 1977:7).

7.3 Die waarde van pre-aborsieberaad

Ter illustrasie van die waarde van pre-aborsieberaad, is aspekte van die bestaande pre-aborsieberaadprogram in die vraelyste vervat, en die bevindinge soos volg:

7.3.1 Bevestiging van swangerskap

Bevestiging van die swangerskap en bepaling van die ontwikkelingstadium van swangerskap deur middel van 'n sonar is die eerste handeling tydens pre-aborsieberaad (Taylor, 1997:35). Hiervolgens word die beskikbare tydgleuf vir pre-aborsieberaad vasgestel. Swangerskap dwing die vrou om deur haar eie seksualiteit gekonfronteer te word, en die bespreking van die redes vir die swangerskap en die eksplorering van haar aandeel daarin bring mee dat sy verantwoordelikheid vir haar daade aanvaar (Cain, 1979:54). Baie swanger tieners gee voor dat hulle nie werklik bewus is van hoe hulle swanger geraak het nie en rasionaliseer oor die werklike gebeure. Die berader kan haar behulpzaam wees daarin om haar gevoelens te erken en te verbaliseer (Cain, 1979:55; Le Roux, 1995:188).

TABEL 1: Dae bewus van die swangerskap

Dae bewus	1 dag	2 dae	3 dae	4 dae	5 dae	6 dae	7dae +	Totaal
=150	3	7	7	6	13	6	108	150
100%	2	4,67	4,67	4	8,67	4	72	100%

Na aanleiding van die huidige ondersoek is 'n frekwensietabel (Tabel 1) opgestel en bevind dat by aanmelding die meeste vroue – 108 (72%) - reeds sewe dae en langer van die swangerskap bewus was. Die aantal dae wat verloop het sedert die vrou vermoed het dat sy swanger was tot die bevestiging daarvan, kon nie bepaal word nie.

TABEL 2: Draagtyd

Draagtyd	6 weke	7 weke	8 weke	9 weke	10 weke	11 weke	12 weke	Totaal
N=150	17	13	24	20	19	18	15	150
Tekort = 24								
100%	13,49	10,32	19,05	15,87	15,08	14,29	11,90	100%

Tabel 2 dui aan dat die meerderheid vroue wat 'n aborsie versoek, tussen 8 en 11 weke swanger was met die afsluiting van pre-aborsieberaad, naamlik 8 weke – 24 (19,05%), 9 weke – 20 (15,87%), 11 weke – 18 (14,29%), en 15 (11,90%) vroue het toe reeds 'n draagtyd van 12 weke bereik.

7.3.2 Kontrasepsie

Volgens Mc Culloch (1996:85) asook Le Roux en Botha (1997:179) moet leiding ten opsigte van kontrasepsie in pre-aborsieberaad vervat word. Die oomblik van die bespreking ten opsigte van kontrasepsie moet egter sensitief gekies word, akkurate inligting moet deurgegee word en die vrou moet aangemoedig word om gebruik te maak daarvan (Le Roux & Botha, 1997:181). Daar moet gewaak word daarteen om die swanger vrou wat erns gemaak het met kontrasepsie en tog swanger geraak het nie daaroor te konfronteer nie. Sommige vroue rasionaliseer weer oor die gebruik van kontrasepsie en ontduik so hulle verantwoordelikheid (Hildebrand, 1977:11). Dit moet in ag geneem word dat nie elke geleentheid as die vrou seksueel verkeer, doelbewus vooraf beplan is nie – dit het met passie te make (Taylor, 1997:33, 45). Tieners ontken dikwels dat hulle seksueel aktief is of in die toekoms sal wees en oënskynlik nie kontrasepsie nodig het nie. Indien hulle kontrasepsiemiddels bekom, bewys dit dat die adolessent seksueel aktief is en verantwoordelikheid vir sodanige gedrag aanvaar.

Tydens hierdie ondersoek is bevind dat:

- ❑ 79 (52,67%) respondente soms die een of ander vorm van kontrasepsie gebruik terwyl 71 (47,33%) tydens bevestiging van die ongewenste swangerskap geen vorm van kontrasepsie gebruik het nie.
- ❑ Na afloop van pre-aborsieberaad het 121 (97,58%) respondente aangedui dat hulle erns gaan maak met die gebruik van kontrasepsie terwyl net 3 (2,42%) steeds 'n onverskillige houding daarteenoor ingeneem het. Ses en twintig respondente het hierdie vraag nie beantwoord nie.
- ❑ Dus het 42 (44,91%) respondente insig ontwikkel in die belangrikheid daarvan om kontrasepsie op 'n verantwoordelike wyse te gebruik met die oog daarop om nog 'n ongewenste swangerskap te voorkom.

Tabel 3 gee 'n uiteensetting van respondente se gebruik van spesifieke kontrasepsiemetodes. Aangesien een spesifieke deelnemer meer as een kontrasepsiemetode toegepas het, kan die volgende persentasie in geen opsig tot 100% optel nie.

TABEL 3: Toepas van kontrasepsiemetodes

METODE	Metode gebruik, maar gaan nie meer gebruik nie	Metode voortaan gebruik
Kondome	29,51%	1,64%
Die Pil	15%	25%
Depo Provera	1,67%	18,33%
Diafragma	-	1,67%
IUCD	1,67%	3,33%
Sterilisasië	-	8,33%
Ander metodes	1,67%	5%

Daar is 'n afname (27,87%) in respondente wat aanvanklik kondome gebruik het en dit nie meer as 'n betroubare kontrasepsiemetode beskou nie, terwyl daar 'n toenemende tendens (10%) ten opsigte van respondente is wat die pil as kontrasepsie oorweeg. Met die aanvanklike toets is bepaal dat geen respondente sterilisasië gebruik het nie, maar in die natoets het 8,33% respondente hierdie permanente kontrasepsiemetode oorweeg.

7.3.3 Kennisname deur ander betekenisvolle persone

Die swanger vrou moet aangemoedig word om iemand in haar vertroue te neem ten einde haar in die besluitnemingsproses te ondersteun. Dit vergemaklik ook die genesingsproses. Kameraadskap en steun kan die krisisling se spanning verlig en die geleentheid bied om haar hanteringsvermoë te versterk (Botha, 1995:198). Talle vroue kry nooit die geleentheid om deur middel van pre-aborsieberaad deur hierdie krisis begelei te word nie (Le Roux & Botha, 1997:179; Taylor, 1997:43, 79).

Krisisingryping met adolessente fokus daarop dat hulle self verantwoordelikheid moet aanvaar en 'n ingeligte en rasonale besluit moet neem (Evangelisti, 2000:36). Dit is die tienermeisie se reg om te besluit of sy haar ouers oor die terminering van swangerskap wil meedeel al dan nie. Die feit dat tieners nie hulle ouers met hulle ongewenste swangerskap vertrou nie, veroorsaak dikwels groter probleme deurdat die vertroue geskend is en dit skuldgevoelens ontketen. Die berader kan as tussenganger optree indien die tienermeisie haar ouers se reaksie vrees en haar dan op moontlike

reaksies van ouers voorberei (Le Roux & Botha, 1997:180; Mkhize, 2000:95; Taylor, 1997:43). Sommige tieners is vasberade om op hulle eie die aborsieprosedure deur te maak. Besluitneming is vir die swanger adolessent moeilik en sy moet gehelp word om haar gevoelens oor die fetus en die aborsieproses te verbaliseer en dit visueel voor te stel. Die swanger tiener moet besef dat geheimhouding vernietigende emosies kan ontketen (Sekudu, 2001:96).

TABEL 4: Mededeling van die swangerskap en/of versoek om 'n aborsie

A. NIE MEEGEDEEL	Vantal = 150	100%
	Totaal = 12	
Het iemand later meegedeel en is verlig daaroor	2	1,45
Is hartseer en bedruk om hierdie krisis alleen te dra en te verwerk	3	2,17
Is gelate tevrede met die geheimhouding daarvan	13	9,42
Nie voortgegaan met prosedure nie	2	1,45
Hierdie vraag in tweede vraelys onbeantwoord gelaat	2	1,45
SUB-TOTAAL	22	15,94
B. MEEGEDEEL en REDES DAARVOOR		
Onwillig of nie in die vermoë om krisis alleen te hanteer nie	46	33,33
Behoeftte aan begrip en ondersteuning	43	31,16
Behoeftte aan hulp, raad en leiding	27	19,57
SUB-TOTAAL	116	84,06
TOTAAL	138	100

In die huidige ondersoek het 22 (15,94%) respondente niemand van die ongewenste swangerskap of versoek om 'n aborsie meegedeel nie, terwyl 116 (84,06%) respondente dit wel gedoen het. Twaalf respondente het hierdie vrae nie beantwoord nie. Tabel 4(A) gee 'n aanduiding van die gegewens rakende respondente wat niemand meegedeel het nie en hulle gevoelens daaroor. Daarteenoor, in die tweede deel van die tabel, word die gegewens rakende diegene wat dit wel gedoen het en die redes wat daarvoor aangebied is, weergegee. Ten opsigte van die respondente wat iemand wel oor die swangerskap en/of aborsie ingelig het, is daar drie gevoelens gekategoriseer, naamlik verligting, tevredenheid en hartseer:

Verligting	29	34,12%
Tevredenheid	51	60,00%
Hartseer	5	5,88%
TOTAAL	85	100,00%

Die respondente wat hartseer was, het aangedui dat hulle hul geheim met iemand bespreek het en dat dit nie die gewenste uitwerking gehad het nie. Ten opsigte van 65 respondente kon die ware gevoelens nie bepaal word nie.

7.3.4 Godsdienstige en morele aspekte

Vroue met 'n sterk godsdienstige agtergrond soek nie noodwendig godsdienstige groepe op nie. Dit is algemeen bekend dat vroue wat aborsie ondergaan het gepreokkupeer is met straf en dan alles wat later in haar lewe verkeerd loop, aan die aborsie toeskryf – skuldgevoelens, woede, onvermoë om verhoudings bou en te handhaaf, toenemende promuskuïteit, herhaalde swangerskap en aborsie. Vroue wat weens geloofsoortuigings en etiese redes teen aborsie gekant is, maar tog daarmee voortgaan, het dikwels geestelike genesing nodig. Die berader moet haar geestelike behoeftes identifiseer en die korrekte verwysing doen. Indien die vrou 'n christen is en die berader direkte vrae stel, moet dit openlik beantwoord word want dit kan 'n aanduiding gee van die vrou se verhouding met God en haar heelwordproses. Hierdie proses is moeilik, emosioneel pynlik en verg vertrouwe en deursettingsvermoë. Vroue lê soms verdedigingsmeganismes aan om emosioneel te oorleef (Taylor, 1997:44). Die swanger vrou wat 'n aborsie versoek se eie veroordelings moet met haar deurgewerk word, en sy moet gelei word tot selfvergifnis (Sekudu, 2001:196).

Hierdie ondersoek het bevind dat:

- ❑ 90 (75%) respondente se menings oor aborsie dieselfde gebly het - waarvan 42 (46,67%) dit as reg en 48 (53,33%) dit as verkeerd beskou het.
- ❑ 16 (13,33%) respondente wat aborsie aanvanklik as verkeerd beskou het, dit in die natoets as reg beskou het.
- ❑ 14 (11,67%) respondente wat aborsie aanvanklik as reg beskou het, dit in die natoets as verkeerd beskou het.
- ❑ 30 van die 150 respondente hierdie vrae nie beantwoord het nie.

7.3.5 Motiewe vir 'n aborsie en maatskaplike omstandighede

Namate die swanger vrou wat 'n aborsie versoek se angsvlak afneem, word verheldering van die situasie toenemend noodsaaklik. Sy ontwikkel insig in haar omstandighede en kry 'n greep op die krisissituasie (Botha, 1995:198). In ooreenstemming hiermee het 49 (40,50%) van 121 respondente se aanvanklike en latere motiewe ten opsigte van aborsie tydens hierdie ondersoek verskil, terwyl 72 (59,50%) respondente se motiewe deurgaans dieselfde gebly het. Nege en twintig respondente het hierdie vraag nie beantwoord nie. Hier volg 'n paar voorbeelde:

TABEL 5: Motiewe vir die terminering van swangerskap

NO	Vraeys met aanvang van pre-aborsiebeeraad	Vraeys met afsluit van pre-aborsiebeeraad
3	"I think abortion will solve my problem."	"Because right now I don't want the baby, and things are complicated. I don't know who is the father of this child."
34	"Ek wil nie 'n baba hê nie. My jongste kind is op sewe maande gebore – swak en sieklik. My skoonmense sê ek moet eers my kinders grootmaak."	"Ek het reeds twee kinders. Die biologiese vader wil niks weet van nog 'n kind nie."
84	"Ek wil nie nou al 'n baba hê nie. Dit verhoed dat ek my ouers teleurstel."	"Behou baba."
108	"Omdat dit vir my die beste opsie is op die oomblik, inaggenome ek studeer nog, plus ongetroud, plus finansiële onbekostigbaar."	"Want ek is nie emosioneel reg en finansiële reg daarvoor nie."

Ten opsigte van bogenoemde 72 (59,50%) respondente wie se motiewe onveranderd gebly het, is die redes gekategoriseer en in Tabel 6 hieronder uiteengesit.

TABEL 6: Redes vir die terminering van swangerskap

Kategorieë van redes	Totaal N = 150	Tekort = 29 Verskillende redes = 49	100%
Finansies		10	13,89
Reeds kinders		10	13,89
Wil ouers nie teleurstel nie		6	8,33
Studie		10	13,89
Nie gereed vir 'n kind/nog 'n kind nie		18	25,00
Biologiese vader		12	16,67
Ander redes		6	8,33
TOTAAL		72	100%

Die meeste respondente 18 (25%) het aangedui dat hulle nie gereed is vir 'n kind of nog 'n kind nie waarna die biologiese vader as die tweede belangrikste rede 12 (16,67%) vir 'n aborsie beskou is. Faktore soos finansies, dat die swanger vrou reeds kinders het of dat sy besig is met haar skoolloopbaan/studie is, is gelykwaardig aangedui, naamlik 10 (13,89%). Om ouers nie teleur te stel nie, is deur 6 (8,33%) respondente as rede vir hulle versoek tot 'n aborsie aangevoer.

Tydens hierdie ondersoek is gepoog om die verband te bepaal tussen die respondente se aanvanklike en latere regverdiging van hulle maatskaplike omstandighede as rede vir 'n aborsie:

- 13 (10,66%) respondente het aanvanklik aangedui dat hulle omstandighede aborsie regverdig, maar in die natoets die teendeel aangedui.
- 12 (9,84%) respondente het aanvanklik aangedui dat hulle omstandighede aborsie nie regverdig nie, maar in die natoets aangedui dat dit 'n aborsie wel regverdig.

- 87 (71,31%) respondente het tydens die voor- en natoets aangedui dat hulle omstandighede aborsie regverdig, en
- ▣ 10 (8,2%) respondente het tydens die voor- en natoets aangedui dat hulle omstandighede aborsie nie regverdig nie.
- 28 van die 150 respondente het hierdie vraag nie beantwoord nie.

7.3.6 Die begrip aborsie

Die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, moet tydens pre-aborsieberaad insig ontwikkel in die betekenis van aborsie en sy moet dit van miskraam of terapeutiese aborsie kan onderskei (Sekudu, 2001:39). Agterstraataborsies en die komplikasies daarvan moet verduidelik word, want dit is steeds aan die orde van die dag (Taylor, 1997:39).

- In hierdie ondersoek het 101 (84,17%) respondente se aanvanklike siening oor die term aborsie dieselfde gebly.
- ▣ 19 (15,83%) respondente het insig ontwikkel in wat 'n aborsie behels en 'n paar voorbeelde word in Tabel 7 aangedui.
- ▣ 30 van die 150 respondente het hierdie vraag nie sinvol beantwoord nie.

TABEL 7: Omskrywing van aborsie

No	Omskrywing met aanvang van beraad	Omskrywing met afsluit van beraad
2	Min kennis oor aborsie. Indien jy nie 'n baba wil hê nie, kan jy dit doen.	Jy het 'n keuse of jy swanger wil wees of baba wil hê of nie.
9	Weet nie.	Verwydering van die fetus.
21	Pille gaan baba laat uitkom.	Vernietiging van 'n swangerskap.
34	Uithaal van vuil bloed.	Uithaal van baba wat nie gebore is nie.
80	As jy nie 'n kind wil hê nie.	Doodmaak van 'n fetus.

Die verband tussen seks en swangerskap is voorts ondersoek en daar is bevind dat:

- 98 (79,67%) respondente hulle standpunt gehandhaaf het, naamlik dat daar 'n verband tussen seks en swangerskap is, terwyl 16 (13,01%) aanvanklik aangedui het dat daar 'n verband is, maar in die natoets intussen van mening verander het.
- ▣ 8 (6,51%) respondente aanvanklik aangedui het dat daar geen verband bestaan tussen seks en swangerskap nie, maar in die natoets intussen van mening verander het.
- Slegs 1 (0,81) deelnemer het tydens die voor- en natoets aangedui dat daar geen verband tussen seks en swangerskap is nie.
- 27 van die 150 respondente het hierdie vrae nie beantwoord nie.

7.3.7 Ontwikkelingstadia van die fetus

Die swanger vrou wat aborsie oorweeg, moet kennis dra van die fetale ontwikkeling alvorens finaal op 'n aborsie besluit word (Mc Culloch, 1996:68). Hierdie aspek is ondersoek en die verband tussen die aanvanklike en latere mening ten opsigte van die fetus as 'n lewende wese al dan nie, is bepaal:

- 79 (64,23%) respondente se menings het dieselfde gebly, naamlik 60 (48,78%) was van mening dat die fetus 'n lewende wese is, terwyl 19 (15,45%) die teendeel aangedui het.
- 44 (35,77%) respondente se menings het verskil, waarvan 42 (34,15%) voorheen 'n fetus nie as 'n lewende wese beskou het nie en na pre-aborsieberaad 'n fetus wel as lewend beskou het en 2 (1,63%) respondente wat aanvanklik geglo het dat die fetus 'n lewende wese is en later van mening verander het.
- 27 van die 150 respondente het hierdie vraag nie beantwoord nie.

7.3.8 Aborsieprosedure

Die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, moet op 'n aanvaarbare maar eerlike wyse ingelig word oor die verskillende aborsiemetodes (Cain, 1979:40; Sekudu, 2001:41, 43; Van der Berg, 1997:18, 19). Sy moet ook voorberei word op die spesifieke aborsieprosedure sowel as die mites en wanvoorstellings ten opsigte daarvan aangesien dit angs kan veroorsaak en herstel kan belemmer (De Vynck, 1999:20; Taylor, 1997:36). Vroue het tydens 'n ondersoek aangedui dat hulle meer inligting wou hê oor aborsieprosedures en moontlike risiko's (Mc Culloch, 1996:68). Swanger vroue wat 'n aborsie versoek, is dikwels oningelig oor die tydsaspek rakende aborsie en hulle behoort voorberei te word op moontlike fisiese pyn, ongemak en bloeding wat deel van die prosedure uitmaak (Mc Culloch, 1996:68). Dit is in ooreenstemming met bevindinge van hierdie ondersoek, soos uiteengesit in Tabel 8.

Tabel 8: Verwagtings ten opsigte van pre-aborsieberaad

Verwagtings	N = 150 Totaal	100%
Aborsieprosedures en relevante inligting	90	65,22
Gevolge van aborsie	24	17,4
Besluitneming	8	5,8
Hantering van gevoelens en emosies	5	3,62
Onsekerheid of geen verwagtings	11	7,97
TOTAAL	138	100

Die meerderheid respondente 90 (65,22%) het die verwagting gekoester dat relevante inligting oor die aborsieprosedure tydens die pre-aborsieberaad aan hulle verstrekk sal word, asook oor die gevolge van aborsie 24 (17,4%). Daar was 11 (7,97%) respondente wat onseker was of geen noemenswaardige verwagtings gekoester het ten opsigte van pre-aborsieberaad, en diegene wat verwagtings gekoester het ten opsigte van hulp met besluitneming – 8 (5,8%) – en die hantering van gevoelens en emosies – 5 (3,62%) – was in die minderheid.

7.3.9 Alternatiewe vir aborsie

'n Tweerigtingtabel (Tabel 9) is opgestel om die verband andersyds tussen opsies en aborsie as enigste keuse andersyds, te bepaal.

TABEL 9: Verband tussen opsies en 'n aborsie as enigste keuse

OPSIES	ABORSIE AS ENIGSTE KEUSE		TOTAAL
	JA	NEE	
JA	7 5,74%	17 13,93%	24 19,67%
NEE	75 61,48%	23 18,85%	98 80,33%
TOTAAL = 150 Tekort = 28 100%	82 67,21%	40 32,79%	122 100%

Dertig (24,59%) respondente se menings ten opsigte van opsies het voor en na pre-aborsieberaad dieselfde gebly, 7 (5,74%) het aangedui dat daar ander opsies as aborsie is en 23 (18,85%) het aangedui dat daar nie ander opsies as aborsie is nie. Twee en negentig (75,41%) respondente het met die natoets van mening verander ten opsigte van die opsies – 75 (61,48%) het aborsie nou as enigste opsie beskou, terwyl 17 (13,93%) van mening was dat daar wel ook ander opsies is as 'n aborsie.

Mc Culloch (1996:14) verwys na alternatiewe as psigologiese veranderlikes en die swanger vrou moet op 'n nie-veroordelende en neutrale wyse gehelp word om 'n ingeligte en geïntegreerde besluit te neem. Die vrou met 'n ongewenste swangerskap moet in staat gestel word om haar negatiewe ervaring as 'n groeiproses te gebruik deur 'n verantwoordelike besluit te neem (Le Roux, 1995:188).

⇒ Enkelouerskap

Die vrou se natuurlike reaksie is om die baba te behou, maar sy moet gehelp word om vir haar die toekoms voor te stel en sover moontlik vir die toekoms voorsiening te

maak. Haar steunstelstel moet ook ontgin en ontwikkel word (Van der Berg, 1997:39). 'n Alleenouer word gewoonlik deur 'n moeilike finansiële posisie in die gesig gestaar. Indien sy nie byvoorbeeld haar skoolopleiding of tersiêre opleiding voltooi het nie, kan sy probleme ondervind om 'n betrekking te bekom. Die swanger vrou moet toegelaat word om oor haar eie situasie ten opsigte van enkelouerskap te dink en te besluit – die berader se luistervaardigheid is by die bespreking hiervan van die allergrootste belang (Evangelisti, 2000:56; Van der Berg, 1997:39).

⇒ Huweliksluiting

Die Bybelse model van die huwelik is die ideaal om 'n stabiele gesinslewe vir 'n kind te skep (Schlossberg & Achtemeier, 1995:112). Die swangerskap hoef egter nie die moeder en biologiese vader noodwendig te dwing om te trou nie, want huweliksluiting is nie altyd die beste oplossing nie. Die aard van die verhouding ten tye van die swangerskap moet deeglik bespreek en geëvalueer word (Evangelisti, 2000:55; Van der Berg, 1997:40).

⇒ Aanneming

Aanneming gaan gepaard met emosionele pyn van verlies, maar bied 'n lewensreddende alternatief. Dit is 'n wettige wyse om aan 'n kind wat in 'n krisissituasie gebore is, 'n stabiele huis te bied (Schlossberg & Achtemeier, 1995:112). Berading aan die swanger vrou wat aanneming oorweeg, behels dat sy gehelp word om haar gevoelens te identifiseer en dit intensief met haar deur te werk (Van der Berg, 1997:41). Ingevolge die Wysigingswet op Aannemingsaangeleenthede, 1998 (Wet 56 van 1998) moet die regte van die biologiese vader nie summier geïgnoreer word nie (Louw, 2004:102; SA,1998:3).

⇒ Pleegsorg

Pleegsorg is substituuksorg binne familieverband of deur goedgekeurde pleegouers vir kinders wat nie deur hulle biologiese ouers versorg of opgevoed kan word nie. Dit is 'n wettige prosedure en kan nie werklik as 'n opsie in swangerskapbesluitneming gesien word nie, tensy 'n maatskaplikewerk-ondersoek aan die lig bring dat die kind sorgbehoewend is (Evangelisti, 2000:58; SA, 1983:208).

TABEL 10: Alternatiewe

Alternatiewe	1ste keuse	2e keuse	3e keuse	4e keuse	TOTAAL	
MENING MET AANVANG VAN PRE-ABORSIEBERAAD						
Aborsie	115 (95,83%)			5 (4,17%)	120 100%	Tekort = 30
Aanneming		18 (31,03%)	15 (25,9%)	25 (43,10%)	58 100%	Tekort = 92
Pleegsorg		8 (13,79%)	39 (67,24%)	11 (18,97)	58 100%	Tekort = 92
Enkelouer	9 (14,29%)	33 (52,38%)	4 (6,35%)	17 (26,98%)	63 100%	Tekort = 87
MENING MET AFSLUIT VAN PRE-ABORSIEBERAAD						
Aborsie	97 (91,51%)	2 (1,89%)	1 (0,94%)	6 (5,66%)	106 100%	Tekort = 44
Aanneming		19 (32,20%)	17 (28,81)	23 (39)	59 100%	Tekort = 91
Pleegsorg	1 (1,7%)	11 (18,64%)	34 (57,63%)	18 (22,03%)	64 100%	Tekort = 86
Enkelouer	11 (18,33%)	26 (43,33%)	6 (10%)	17 (28,33%)	60 100%	Tekort = 90

Tabel 10 dui aan dat respondente tydens hierdie ondersoek die alternatiewe met die aanvang sowel as met die afsluiting van pre-aborsieberaad in dieselfde rangorde geplaas het, naamlik:

	VOORTOETS	NATOETS
1ste keuse : Aborsie	115 (95,83%)	97 (91,51%)
2e keuse : Enkelouer	33 (52,38%)	26 (43,33%)
3e keuse : Aanneming	18 (31,03%)	19 (32,2%)
4e keuse : Pleegsorg	39 (67,24%)	34 (57,63%)

Hieruit is dit dus duidelik dat pre-aborsieberaad nie noodwendig die respondente van besluit laat verander het nie, maar hulle wel in staat gestel het om 'n ingeligte en weldeurdagte besluit te neem nadat alle moontlike opsies oorweeg is.

7.4 Nagevolge

Volgens vroue wat 'n aborsie ondergaan het, is dit noodsaaklik om pre-abortief deeglik kennis te neem van moontlike post-abortiewe gevoelens en gevolge. Dit kan daartoe bydra dat die vrou en berader saam haar vermoë kan evalueer om die ongewenste swangerskap en besluitneming oor opsies te hanteer (Mc Culloch, 1996:68).

7.4.1 Fisiese gevolge

Die meeste vroue laat aborties in die geheim doen, en die afwesigheid van hulp en ondersteuning van betekenisvolle mense in die vrou se lewêreld word in haar gesondheid weerspieël. Die mees algemene komplikasies is infeksie, menstruele afwykings, sekondêre infertiliteit, spontane aborties in die toekoms en premature geboortes. Wettige aborties gedurende die eerste trimester van swangerskap is veiliger as na die twaalfde week van swangerskap. Ander risikofaktore is die ouderdom van die swanger vrou wat 'n abortie versoek, die metode van abortie en die vaardigheid van die persoon wat die abortie uitvoer (Sekudu, 2001:47).

7.4.2 Emosionele gevolge

Swanger vroue wat 'n abortie versoek, ervaar ambivalensie en hulle moet ongeag hulle omstandighede daarop voorberei word dat hulle smart gaan ervaar. Deur die vrou op verskillende gevoelens voor te berei, gee aan haar die goedkeuring om sodanige gevoelens te mag ervaar eerder as om dit te onderdruk (Le Roux & Botha, 1997:175; Taylor, 1997:36). Uiterlike gedrag weerspieël innerlike gevoelens, en die berader moet dit sintuiglik en gevoelsmatig waarneem. Die berader moet emosionele pyn hanteer deur middel van reflektoring, vraagstelling en individualisering. Die swanger vrou ervaar dan dat sy menswaardig behandel word en dat die berader vir haar as mens omgee. Emosionele hulpverlening in 'n vertrouwensverhouding kan soms fisiese kontak soos vashou en streling van die hand inhou maar 'n professionele en realistiese vlak gehandhaaf word. Gedurende intense trauma wanneer woorde niksseggend is, is fisiese kontak 'n kosbare kommunikasiewyse (Botha, 1995:197, 198). Die pasiënt moet voorberei word op die onmiddellike gevoel van verligting na die prosedure, maar dat dit opgevolg word deur gevoelens van huilerigheid as uitdrukking van die gevoel van verlies wat die vrou ervaar (Taylor, 1997:25).

Dood, as gevolg van 'n abortie, is 'n sensitiewe saak omdat dit morele en religieuse konnotasies het. Dit beteken dat die swanger vrou, terwyl sy die verlies van haar swangerskap moet hanteer, ook op wyer implikasies moet fokus. Al het sy die keuse gemaak om 'n abortie te ondergaan, rou sy steeds oor die verlies van die baba. Die verlies van die fetus is nie 'n onbenullige gebeurtenis nie en dit beïnvloed die vrou vir 'n lang tyd. Berading is 'n gids wat die verwerkingsprosesse vergemaklik en die rouprosesse kan verkort deurdat openlik daaroor gepraat word tydens die pre-abortiewe

stadium (De Vynck, 1999:44; Le Roux, 1995:186; Sekudu, 2001:97). Vroue met 'n positiewe steunstelsel ervaar minder skuldgevoelens, depressie en geïsoleerdheid.

7.5 Die sinvolheid van pre-aborsieberaad

Tydens die ondersoek wat in Potchefstroom Hospitaal gedoen is, is bevind dat die respondente pre-aborsieberaad belangrik geag het:

- 99 (81,15%) respondente se mening was onveranderd, naamlik 95 (77,87%) wat aanvanklik positief en 4 (3,28%) wat aanvanklik negatief was teenoor pre-aborsieberaad het dieselfde mening bly handhaaf.
- 21 (17,21%) respondente wat voorheen pre-aborsieberaad nie as belangrik beskou het nie, het na afloop van pre-aborsieberaad dit wel as belangrik geag.
- 2 (1,64%) respondente wat pre-aborsieberaad aanvanklik as belangrik beskou het, het in die natoets 'n negatiewe gesindheid daarteenoor openbaar.
- 28 van die 150 respondente het hierdie vraag nie beantwoord nie.

Die berader is van die eerste persone met wie die swanger vrou oor haar krisis praat. Sommige vroue het reeds op 'n aborsie besluit, maar baat by berading deurdat hulle op hoogte kom van alternatiewe en van hulpbronne wat hulle kan benut. Indiwiduele berading kan daartoe bydra om die vrou se waardes, eiebelang en beskikbare ondersteuning te reflekteer sodat 'n oorwoë in plaas van impulsiewe besluit geneem word, aldus Mogano (1999:23). Naidoo en Moodley (2002:29) beklemtoon die belangrikheid van die tydsverloop van een week vanaf die versoek en berading totdat die aborsieprosedure plaasvind. Volgens bevindinge van die ondersoek wat in Potchefstroom Hospitaal onderneem is, was 116 (92,8%) respondente aan die einde van drie pre-aborsieberaadssessies in staat om 'n ingeligte besluit te neem terwyl 3 (2,4%) van mening was dat hulle nie daartoe in staat was nie en 6 (4,8%) 'n onseker houding ingeneem het. Vyf en twintig van die 150 respondente het nie hierdie vraag geantwoord nie.

Die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, het volgens Kaufman (1997:1) die reg en die verantwoordelikheid om gedurende hierdie krisissituasie aanspraak te maak op 'n diens van hoë kwaliteit. Sy is geregtig op emosionele ondersteuning en toereikende mediese behandeling wat sensitief is vir behoeftes.

'n Meningspeiling is tydens hierdie ondersoek gedoen oor waarom respondente pre-aborsieberaad as belangrik beskou, en dit is in Tabel 11 uiteengesit:

TABEL 11: Belangrikheid van pre-aborsieberaad

RANGORDE	REDE VIR BELANGRIKHEID	TOTAAL = 150 Tekort = 9	%
1.	Inligting te bekom en kennis te verbreed.	68	48,23%
2.	Duidelikheid oor besluitneming te verkry.	15	10,64%
3.	Alternatiewe/opsies te bespreek.	14	9,99%
4.	Om beter daarop voorberei te word om 'n krisis te kan hanteer.	21	14,89%
5.	Ondersteuning en begrip.	19	13,48%
6.	Beraad word nie as belangrik geag nie.	4	2,84%
TOTAAL		141	100%

Daar is bevind dat die respondente hoofsaaklik pre-aborsieberaad belangrik beskou, deurdat 68 (48,23%) respondente bepaalde inligting wil bekom en 15 (10,64%) respondente duidelikheid ten opsigte van besluitneming wil verkry. Volgens 14 (9,99%) respondente is die belangrikheid van pre-aborsieberaad geleë in die bespreking van alternatiewe, 21 (14,89%) respondente in die voorbereiding vir die hantering van die krisis en volgens 19 (13,48%) respondente in die ondersteuning en begrip. Daar was selfs diegene wat pre-aborsieberaad nie as belangrik geag het nie, naamlik 4 respondente (2,84%). Enkele voorbeelde van diegene wat pre-aborsieberaad aanvanklik as onbelangrik aangedui het, maar tog daarby gebaat het, is soos volg:

TABEL 12 : Mening oor pre-aborsieberaad

Deelnemer	Voortoets	Natoets
Nommer 58	"Nie belangrik nie. Ek het klaar besluit."	"Korrekte inligting."
Nommer 34	"Nie nodig. Ek weet wat ek wil doen."	"Fisiese gevolge."

Tabel 13 weerspieël die verband tussen die respondente wat by pre-aborsieberaad gebaat het teenoor diegene wat nie baat daarby gevind het nie:

TABEL 13: Terugvoering oor pre-aborsieberaad

RESPONDENTE	TOTAAL	RESPONDENTE	TOTAAL
Sal daarby baat – het daarby gebaat	97 80,17%	Sal nie daarby baat nie – het nie daarby gebaat nie.	3 2,48%
Sal nie daarby baat nie – het daarby gebaat	16 13,22%	Sal daarby baat – het nie daarby gebaat nie	5 4,13%
BY PRE-ABORSIE BERAAD GEBAAAT	113 93,39%	HET NIE BY PRE- ABORSIEBERAAD GEBAAAT NIE	8 6,61%
TOTAAL = 150 (Tekort-29)			
100%			

Die verband tussen die respondente se verwagtings ten opsigte van pre-aborsieberaad en terugvoering oor pre-aborsieberaad is bepaal, en dit is duidelik dat die meerderheid 113 (93,39%) wel daarby gebaat het en 8 (6,61%) nie daarby gebaat het nie.

Ten opsigte van emosionele gereedheid vir die aborsieprosedure na pre-aborsieberaad, het die ondersoek soos volg bevind:

- ☐ 86,4% emosioneel gereed.
- ☐ 5,6% emosioneel nie gereed vir die aborsieprosedure nie.
- ☐ 8,0% onseker of hulle emosioneel gereed is.

8. SAMEVATTING

Die literatuur en navorsingsbevindinge kan op mekaar afgestem word betreffende die belangrikheid van pre-aborsieberaad vir die swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek. Die swanger vrou wat 'n aborsie versoek is aangewese op maatskaplikewerk-hulpverlening en spesifiek in die vorm van pre-aborsieberaad. Die aard en wese van pre-aborsieberaad stem ooreen met dié van krisisingryping, derhalwe word krisisingryping as die aangewese model vir pre-aborsieberaad beskou.

Met inagneming van die verskillende stappe tydens krisisingryping kan die proses van pre-aborsieberaad met sy inhoudelike aspekte in belang van die swanger vrou wat haar in 'n krisissituasie bevind suksesvol realiseer. Indien die belangrikheid van pre-aborsieberaad meer beklemtoon en bemark word en elke swanger vrou wat 'n aborsie versoek die waarde daarvan besef, sal daadwerklike bydraes gemaak kan word tot die voorkoming van impulsiewe besluitneming en die verkeerde hanteringswyse van hierdie krisissituasie in haar lewe. Derhalwe kan die belangrikheid van pre-

aborsieberaad nie oorbeklemtoon word nie. Onomwonde het die maatskaplike werker 'n taak om in hierdie opsig te vervul.

9. BRONNELYS

BABBIE, E. 2004. The practice of social research. 10th ed. Belmont : Wadsworth/Thompson. 493 p.

BLOOM, M., FISCHER, J. & ORME, J.G. 1999. Evaluating practice: Guidelines for the accountable professional. Englewood Cliffs : Prentice Hall. 715 p.

BOTHA, H.S. 1995. Maatskaplikewerk dienste aan pas-gearresteerde jeugdiges. Bloemfontein : Universiteit van die Oranje Vrystaat (Verhandeling - Soc. Sc (MW). 243 p.

BRITZ, J.J. 1997. Opvoedkundige sielkundige ondersteuning aan adolessente wat aborsies ondergaan het. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit (Verhandeling - M.Ed). 63 p.

CAIN, L.P. 1979. Social worker's role in teenage abortions. *Social Work*, 24(1):52, Jan.

CRESWELL, J.W. 2003. Research design: qualitative, quantitative and mixed method approaches. 2nd ed. Thousand Oaks : Sage Publications. 245 p.

DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. 2002. Research at grass roots for the social sciences and human service professions. Pretoria : Van Schaik. 493 p.

DE VYNCK, S. 1999. Beraad aan adolessente dogters wat 'n terminasie van swangerskap wil ondergaan. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit. (Skripsie - M.Ed.) 67 p.

DONDASHE, V.I. 2001. The experience of registered nurses in the pre-counseling of pregnant women contemplating termination of pregnancy. Port Elizabeth : University of Port Elizabeth. (Mini-treatise – M.Cur.) 67 p.

EVANGELISTI, L. 2000. Adolescent resolution with special reference to pre-abortion counseling. Stellenbosch : University of Stellenbosch. (Thesis - M.A.) 115 p.

FORREST, G.M. 1994. Emotional distress in women before and after therapeutic terminations of pregnancy. An investigation into the need for pre- and post-abortion counseling. Cape Town : University of Cape Town. (Dissertation - M.Sc.) 114 p.

GAMEAU, B. 1993. Termination of pregnancy: Development of a high-risk screening and counseling program. *Social work in health care*, 18(3/4):179-191.

HILDEBRAND, J. 1977. Abortion: With particular reference to the developing role of counseling. *British Journal of Social Work*, 7(1):3-24, Spr.

HOWES, F. & GREEN, S. 1997. Buite-egtelike moederskap in die Paarl-Wellington gebied: Die tienermoeder se versorgingspotensiaal en steunstelsel. Koöperatiewe Navorsingsprogram oor die Huweliks- en Gesinslewe, Stellenbosch. Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing. Pretoria. 56 p.

KAUFMAN, K. 1997. The abortion resource handbook. New York : Simon & Schuster Inc. 218 p.

KRETZSCHMAR, L. & HULLEY, L. 1998. Questions about life and morality. Pretoria : JL van Schaik. 270 p.

LE ROUX, J.P. 1995. Aborsie in Suid-Afrika: 'n Maatskaplike werk perspektief. Bloemfontein : UOVS. (Proefskrif – Ph.D.) 321 p.

LE ROUX, J.P. & BOTHA, D. 1997. Aborsieberading deur die maatskaplike werker vir swanger tienerjarigers en ouer vroue. *Die Maatskaplikewerk-navorsers-praktisyn*, 10(2):169–188, Nov.

LOUW, A.S. 2004. Adoption Rights of natural fathers T v C 2003 2 SA 298 (W). *Tydskrif vir hedendaagse Romeins-Hollandse Reg*, 67(1):102–114, Feb.

Mc CULLOCH, U.R. 1996. Women's experiences of abortion in South Africa: an exploratory study. Cape Town : University of Cape Town. (Dissertaion - M.A.) 90 p.

MKHIZE, B.A. 2000. The termination of pregnancy Act of 1996: A theological ethical evaluation of abortion on demand. Pretoria : University of Pretoria. (Dissertation – M.Th.) 128 p.

MOGANO, M.S. 1999. Factors influencing the decision of teenagers to terminate their pregnancies. Johannesburg : Rand Afrikaans University. (Mini-dissertation - M. Soc.Sc. (Social Work)). 59 p.

NAIDOO, T.D. & MOODLEY, J. 2002. Termination of pregnancy: do women change their decision following counseling? *The South African Journal of Epidemiology and Infection*, 17(1,2):29-33.

NEUMAN, W.L. 2003. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. 5th ed. Boston : Allyn and Bacon. 584 p.

PARRY, G. 1990. Coping with crises. Great Britain, Exeter : The British Psychological Society and Routledge Ltd. (PBS Books). 116 p.

ROYSE, D. 2004. Research methods in social work. 4th ed. Canada : Thomson Brooks/Cole. 359 p.

RUBIN, A. & BABBIE, E. 2001. Research methods for social work. 4th ed. Canada : Wadsworth/Thompson. 693 p.

SA *kyk* SUID-AFRIKA.

SCHLOSSBERG, T. & ACHEMEIER, E. 1995. Not my own. Michigan : William E, Eerdmans Publishing Company. 137 p.

SEKUDU, J. 2001. Abortion: a social work study. Pretoria : University of Pretoria. (Thesis - D. Phil.) 250 p.

SMITH, E.M. 1972. Counseling for women who seek abortion. *Social Work*, 7(2):62-68.

STRYDOM, H. 1999. Maatskaplikewerk-navorsing. Potchefstroom: PU vir CHO. 268 p.

SUID-AFRIKA. 1983. Wet op kindersorg. No 92 van 1974. Pretoria : Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA. 1996. Wet op keuse oor die beëindiging van swangerskap. No 92 van 1996. Pretoria : Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA. 1998. Wysigingswet op Aannemingsaangeleenthede. No 56 van 1998. Pretoria : Staatsdrukker.

TAYLOR, G.L. 1997. Women's experience of abortion – a qualitative study. East London : Rhodes University. (Thesis - M.Soc.Sc. (Social Work)) 143 p.

VAN DER BERG, R. 1997. Called to care: A Christian counseling perspective on abortion. Sinoville : Group 7 Printers & Publishers. 105 p.

---oOo---

ARTIKEL 4

DIE TAAK VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER TEN OPSIGTE VAN PRE-ABORSIEBERAAD

HS Humpel is 'n PhD-student en hoof maatskaplike werker by Potchefstroom Hospitaal, Noordwes Provinsie, Departement Gesondheid.

H Strydom is professor en hoof van die maatskaplikewerkafdeling by die Skool vir Psigo-sosiale Gedragwetenskappe, Potchefstroomkampus van die Noordwes-Universiteit.

SUMMARY

The woman who requests an abortion is a total person. The termination of pregnancy is associated with various psychosocial complications that need to be taken into account. It implies that the pregnant woman who requests an abortion needs to be seen as a woman who experiences a medical problem accompanied by psychosocial implications. The termination of pregnancy can be effectively addressed within multi-professional team context in which each team member plays an unique and knowledgeable role. By means of the multi-professional team, the pregnant woman who requests an abortion is approached in her entirety. As a pre-abortion counsellor, the social worker is equipped to guide and support the pregnant woman who requests an abortion through her crisis within the protected atmosphere of a professional relationship. The crisis can be overcome to such an extent that the woman can return to her normal level or functioning. In so doing the mutual goal of the multi-professional team with regard to the termination of pregnancy is also reached.

1. INLEIDING

Die terminering van swangerskap was aanvanklik 'n religieuse, mediese en regsak. Die liberalisering van aborsiewetgewing wat aborsie ook op sosiale gronde toelaat, het 'n besliste maatskaplike kleur aan die terminering van swangerskap verleen (Le Roux, 1995:14). Die Lane-kommissie wat binne die Verenigde Nasies navorsing oor aborsiewetgewing en die belangrikheid van aborsieberaad gedoen het, het in 1974

aanbeveel dat maatskaplike werkers probleme rakende die aborsiekrisis moet hanteer. Verskeie outeurs ondersteun steeds die aanbeveling van die Lane-kommissie omdat maatskaplikewerk-praktyk fokus op probleemoplossing en konflikhantering op individuele en interpersoonlike vlak en aborsieverwante sake deel daarvan uitmaak (Hildebrand, 1977:3; Le Roux, 1995:14; Mogano, 1999:22). Aborsiewetgewing maak voorsiening vir beraad, maar die taak van die maatskaplike werker is nie wetlik bepaal nie en volgens Sekudu (2001:19) vind beraad nie altyd by staatshospitale plaas nie. Aangesien aborsie verreikende emosionele gevolge vir die vrou se toekoms kan inhou, is die feit dat nie alle swanger vroue wat 'n aborsie versoek deur 'n maatskaplike werker beraad word nie, 'n leemte. Behoeftes bestaan aan riglyne vir 'n pre-aborsieberaadprogram sodat die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, intensiewe beraad kan ontvang (Fourie, 2004(a):11; Fourie, 2004(b):11; Sekudu, 2001:19).

Le Roux (1995:190) beklemtoon die multiprofessionele spanbenadering as aangewese metode om aborsieverwante sake te hanteer. Na 'n uiteensetting van die vereistes van en respondente aan die multiprofessionele span en hul verantwoordelikhede, volg 'n bespreking van die maatskaplike werker as pre-aborsieberader. Die bevindings van die empiriese ondersoek oor die menings van die maatskaplike werkers ten opsigte van die lewering van pre-aborsieberaad is ook daarby ingesluit.

2. PROBLEEMSTELLING

Die terminering van swangerskap is 'n pynlike en intense stryd en "where there is pain and struggle, there surely should be social workers able to respond; professionals who have the skills, the status and the ethical mandate to provide these services" (Van Rooyen, 1998:306). Alhoewel die wetsontwerp op die beëindiging van swangerskap, 1996, voorsiening gemaak het vir maatskaplike werkers se direkte en wetlike betrokkenheid by die proses van wettige aborsie, is dit in die huidige aborsiewetgewing weggelaat (Manxaile, 1998:31; SA, 1996(a):2; SA, 1996(b):1304; Van Rooyen, 1998:298). Die maatskaplike aard en impak van die terminering van swangerskappe noodsaak egter die betrokkenheid van maatskaplike werkers, soos onlangse persberigte aangedui het (Fourie, 2004(a):11; Fourie, 2004(b):11). Andersyds is aborsie 'n hedendaagse maatskaplike probleem wat die gesin tot in sy diepste wese raak en verreikende gevolge op die gemeenskap en breër samelewing kan hê.

Maatskaplike werkers moet kennis dra van hierdie onderwerp, besef dat aborsie in feitlik alle omstandighede reaktief van aard is en dat pro-aktiewe optrede in die vorm van voorkoming noodsaaklik is (Le Roux, 1995:14). Die rol van maatskaplike werkers in aborsieverwante sake verdien volgehoue en indringende aandag deur middel van die opvoedkundige proses, professionele liggame en die Nasionale Raad vir Maatskaplike Diensberoepe. Volgens Van Rooyen (1998:295) is met navorsing beoog om 'n onderwerp te ondersoek wat aktueel, emosioneel belaa is en 'n impak op maatskaplike werkers in Suid-Afrika het en dat die verwagting gekoester word dat maatskaplike werkers deur middel van navorsing ingelig word oor aborsieverwante sake. Hierdie standpunt word sterk in die huidige ondersoek ondersteun.

Die ernstige maatskaplike, ekonomiese en demografiese gevolge van 'n ongewenste swangerskap vereis dat dit op 'n holistiese wyse en deur multiprofessionele samewerking aangepak moet word (Howes & Green, 1997:49). Die bio-psigososiale model is 'n geïntegreerde sisteembenadering tot menslike gedrag en siekte, aangesien deurlopende interaksie tussen die individu se liggaam, verstand en maatskaplike konteks plaasvind. Hierdie model beskou 'n pasiënt se siekte in drie dimensies van sy lewe, naamlik die biologiese, psigologiese en maatskaplike. Die multiprofessionele benadering maak 'n diagnose van die pasiënt se siekte en die implikasies daarvan en voorsien ook 'n terapeutiese behandelingsplan wat op die behoeftes van die pasiënt afgestem is (Sekudu, 2001:185, 186; Taylor, 1997:1). Die multiprofessionele span beoog om die funksioneringsvlak van die pasiënt te herstel tot dieselfde as voor haar krisis of tot die hoogste vlak waartoe sy in staat is (Vosloo, 1991:170). Binne die multiprofessionele span vervul die maatskaplike werker 'n besondere rol, want kundigheid asook die toepassing van professionele waardes van selfbeslissing en maatskaplike regverdigheid maak deel uit van die maatskaplike werker se mondering (Mogano, 1999:23). Dít vorm die kern van die huidige ondersoek, en insette is verkry oor die menings van maatskaplike werkers ten opsigte van die lewering van pre-aborsieberaad.

3. DOELSTELLING EN DOELWITTE

Om die rol van die maatskaplike werker by die lewering van pre-aborsieberaad te bespreek. Die doelwitte is soos volg:

- ❑ Om die multiprofessionele spanbenadering by die hantering van die terminering van swangerskap te bespreek.
- ❑ Om die maatskaplike werker as pre-aborsieberader intensief te bespreek en ook die bevindinge van die ondersoek daarin te vervat.

4. NAVORSINGSMETODOLOGIE

4.1 Ontwerp

Hierdie fase van die ondersoek is verkennend sowel as beskrywend van aard (De Vos *et al.*, 2002:109). Die opnameprosedure is gebruik om kwantitatiewe data te bekom (Strydom, 1999:116-133). Dit behels volgens die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:47) 'n "navorsingsmetode waarvolgens data versamel word uit 'n geselekteerde steekproef om die kenmerke of menings van die populasie te beskryf."

Deur middel van 'n selfontwerpte vraelys is die menings van maatskaplike werkers ten opsigte van die rol van maatskaplike werkers by die lewering van pre-aborsieberaad bepaal (Bloom *et al.*, 1999:250). Die vraelys is as posvraelyste gebruik, naamlik "a questionnaire that is sent off by mail in the hope that the respondent will complete and return it" (De Vos *et al.*, 2002:172). Die posvraelyste voldoen aan die vereistes wat aan posvraelyste gestel word, naamlik dat dit geen bedreiging vir die respondent inhou nie en dat dit op 'n netjiese en praktiese wyse gestruktureer is. 'n Gefrankeerde koevert is by elke posvraelys ingesluit, en vergesel van 'n formele dekbrieff, aan respondente gestuur, soos op 'n besondere wyse in hierdie uitgawe van Babbie (1989:238) gestel. Die posvraelyste was die enigste kommunikasiekanaal tussen ondersoeker en die respondente (De Vos *et al.*, 2002:172; Strydom, 1999:119).

4.2 Respondente

- ❑ 'n Voorondersoek is gedurende Augustus 2003 tydens 'n lesing wat ondersoeker aangebied het, ten opsigte van 18 vierdejaar maatskaplikewerk-studente wat aan die Potchefstroomkampus van die Noordwes-Universiteit studeer, gedoen. Hierdie voorondersoek is gedoen om die uitvoerbaarheid van die selfontwerpte vraelyste wat aan die maatskaplike werkers versend sou word, te toets.
- ❑ Die Raad vir Maatskaplike Diensberoepe is as hulpbron gebruik om 'n naamlys van geregistreeerde maatskaplike werkers te bekom. 'n Opname is vanuit die genoemde naamlys gemaak en 'n geografiese afbakening is gedoen om die

universum te bepaal. Die ondersoeker het besluit op die geregistreerde maatskaplike werkers in Noordwes en Vrystaat.

Aangesien dit nie moontlik is om data van die totale populasie te bekom nie, is van steekproefprosedures gebruik gemaak wat verteenwoordigend is van die universum (De Vos *et al.*, 2002:198-200; Grinnell, 2001:222-223). In waarskynlikheidsseleksie het elke respondent die geleentheid om by die steekproef ingesluit te word, en sistematiese steekproeftrekking is benut. Daar word vooraf besluit hoeveel respondente van die populasie deel uitmaak van die steekproef en volgens die interval word die respondente geselekteer (De Vos *et al.*, 2002:203; Grinnell, 2001:212; Neuman, 2003:218:221; Strydom, 1999:64).

TABEL 1: Uiteensetting van eerste steekproef - maatskaplike werkers

PROVINSIE	UNIVERSUM	STEEKPROEF
Noordwes	424	106
Vrystaat	454	114
TOTAAL	878	220

Op die naamlys vir geregistreerde maatskaplike werkers is elke vierde maatskaplike werker vir die ondersoek geselekteer – beginnende by nommer 4 waarop 8, 12, 16 ens. volg - wat 25% van die universum impliseer. Tabel 1 dui aan dat, uit die universum van 424 ten opsigte van Noordwes, 'n steekproef van 106 respondente en uit 'n universum van 454 ten opsigte van die Vrystaat, 114 respondente vir hierdie steekproef getrek. Uit die totale universum van 878 is daar dus 220 respondente vir hierdie steekproef getrek. Posvraelyste is uitgestuur, maar slegs 53 vraelyste (24,09%) is gesamentlik van albei provinsies terugontvang waarvan slegs 51 vraelyste (23,18%) bruikbaar was.

TABEL 2: Uiteensetting van totale steekproef - maatskaplike werkers

PROVINSIE	UNIVERSUM	TOTALE STEEKPROEF	TOTAAL VAN BRUIKBARE VRAELYSTE ONTVANG
Noordwes	424	212	56
Vrystaat	454	228	48
TOTAAL	878	440	104

**responskoers
23,64%**

Die proses is herhaal en elke vierde maatskaplike werker op die naamlys vir geregistreerde maatskaplike werkers is weer geselekteer – beginnende by nommer 1 waarop 5, 9, 13 ens. volg. Dit het weer 25% van die universum geïmpliseer.

Gevolgtik het die totale steekproef ten opsigte van Noordwes 50% van die universum en ten opsigte van die Vrystaat 50,22% van die universum verteenwoordig, soos aangedui in Tabel 2. Ten opsigte van albei provinsies saam is 'n reaksie van 57 vraelyste (25,91%) ontvang, waarvan 53 vraelyste (24,10%) bruikbaar was.

Dit impliseer dat van die totale steekproef vanuit albei provinsies 'n reaksie van 104 (23,47%) bruikbare vraelyste terug ontvang is, soos Tabel 2 hierbo aandui.

4.3 Meetinstrumente

'n Selfontwerpte in-diepte vraelys met 'n verskeidenheid tipes vrae is gebruik om die menings van maatskaplike werkers oor die lewering van pre-aborsieberaad te bepaal. Die vraelys bestaan uit oop sowel as geslote vrae (Royse, 2004:186, 188; Strydom, 1999:116). Data wat uit die geslote vrae ingewin is, is rekenaarmatig deur Statistiese Konsultasiediens, Potchefstroomkampus van die Noordwes-Universiteit verwerk. Inligting wat uit die oop vrae bekom is, is deur ondersoeker handverwerk.

4.4 Etiese aspekte

Uitvoering is gegee aan professionele etiek ten opsigte van die respondente se regte en ondersoeker se verantwoordelikhede (De Vos *et al.*, 2002:62).

- ❑ 'n Naamlys van geregistreerde maatskaplike werkers in Noordwes en Vrystaat is van die Raad vir Maatskaplike Diensberoepe bekom.
- ❑ Vertroulike hantering van die betrokke naamlys is aan die Raad vir Maatskaplike Diensberoepe verseker (Babbie, 2004:66).
- ❑ Maatskaplike werkers is geselekteer en posvraelyste gepaard met gefrankeerde koeverte is uitgestuur.
- ❑ Elke posvraelys is vergesel van 'n verbruikersvriendelike dekbrief.
- ❑ 'n Beroep is gedoen op die respondente se ingeligte en vrywillige samewerking.

5. OMSKRYWING VAN BEGRIPPE

5.1 Geneeskundige maatskaplike werk is 'n spesialisiteitssterrein binne 'n geneeskundige omgewing. Die geneeskundige maatskaplike werker maak deel uit van die totale proses van dienslewering aan die pasiënt en in sommige gevalle ook aan sy naasbestaandes (Vosloo, 1991:10).

- 5.2 **Professie** word gedefinieer as 'n beroep, amp of pos waarby 'n verskeidenheid professionele persone betrokke is, soos dokters, verpleegkundiges, sielkundiges en maatskaplike werkers (Labuschagne & Eksteen, 1992:671).
- 5.3 **Multiprofessionele span** is 'n aantal professionele persone elk met 'n eie rol wat saamwerk daaraan om 'n gesamentlike taak af te handel en 'n gemeenskaplike doelstelling te bereik in belang van die geheel (Vosloo, 1991:14).
- 5.4 **Professionele verhouding** is "a catalyst, an enabling dynamism in the support, nurture, and freeing of people's energies and motivations toward problem-solving and the use of help ..." (Northen, 1995:112). Dit is 'n menslike gevoel van emosionele gebondenheid aan mekaar.
- 5.5 **Vrou** is vir doeleindes van hierdie ondersoek soos volg omskryf in die wet op keuse oor die beëindiging van swangerskap (92/1996): "'n Vroulike persoon van enige ouderdom" (SA, 1996(b):1304). Die terme vrou en pasiënt sal afwisselend in hierdie artikel gebruik word.
- 5.6 **Swanger/draagtyd** is "die tydperk van swangerskap van 'n vrou bereken vanaf die eerste dag van die menstruele periode wat met betrekking tot die swangerskap die laaste is" (SA, 1996(b):1304).

6. MULTIPROFESSIONELE SPANBENADERING

Richard Cabot het aan die begin van die twintigste eeu beweer dat 'n behoorlike diagnose van 'n pasiënt se siektetoestand alleenlik gemaak kan word as die geneesheer oor volledige agtergrondgegevens van die pasiënt beskik. Volgens Cabot moet die pasiënt in sy totale menswees geëvalueer word, met ander woorde insluitend al die lewensterreine wat deur die siektetoestand geraak word. Pasiënte ervaar komplekse probleme en een dissipline wat in isolasie werk, kan dit nie oplos nie. 'n Groep deskundiges van verskillende professies is nodig om 'n omvattende diens aan die pasiënt in sy totale menswees te lewer. Elke professie beskik oor 'n spesifieke kennisbasis en vaardighede om 'n bydrae te kan lewer tot beter begrip en behandeling van die pasiënt. Binne die multiprofessionele spanverband word verskillende perspektiewe in belang van die pasiënt verenig. Sodoende word 'n diens van 'n hoë kwaliteit gelewer (Vosloo, 1991:136).

6.1 Vereistes vir die multiprofessionele span

Vosloo (1991:136-239) meld bepaalde vereistes waaraan die multiprofessionele span moet voldoen om effektief te kan funksioneer:

- ❑ Elke spanlid verteenwoordig 'n spesifieke professie en moet daarom 'n deskundige op sy terrein wees. Sy bydrae tot die span is uniek en noodsaaklik.
- ❑ Elke spanlid aanvaar verantwoordelikheid vir sy eie diensveld, vooropgestelde doelstellings moet geformuleer word en almal moet saamwerk daaraan om dit te verwesenlik. Daar moet duidelikheid wees ten opsigte doelstellings en wedersydse verwagtings (Compton & Galaway, 1999:439).
- ❑ Take moet duidelik omlyn wees en elke spanlid moet weet waar hy in die behandelingsprogram van die pasiënt inpas. Spanlede moet kennis dra van mekaar se take binne die multiprofessionele span.
- ❑ Spanlede se kennis moet geïntegreer word in 'n gesamentlike poging tot effektiewe dienslewering aan die pasiënt. Inligting wat oor 'n pasiënt ingewin is, moet met mekaar gedeel word om spanlede se betrokkenheid by die pasiënt se totale behandelingsplan te bevorder.
- ❑ Dienste van die multiprofessionele span moet gekoördineer word om oorvleueling en verwarring uit te skakel. Elke spanlid is medeverantwoordelik vir die diagnose en plan van aksie ten opsigte van die betrokke pasiënt.
- ❑ Spanlede moet bewus wees van mekaar se sterk- en swakpunte met die oog daarop om mekaar aan te vul en leemtes in spanfunksionering te voorkom.
- ❑ Spanlede moet ingestel wees op die pasiënt se spesifieke behoeftes en leefwêreld en aansluiting daarby vind.
- ❑ Spanlede moet hulle interafhanklikheid van mekaar besef en in harmonie saamwerk sodat elke spanlid sy beste in belang van die pasiënt kan gee.
- ❑ Spanlede moet lojaal wees teenoor mekaar en die pasiënt se vertroue in spanlede moet nie deur woorde of daade afgebreek word nie.
- ❑ Spanlede moet oor kommunikasievaardighede beskik en openlik en met vrymoedigheid met mekaar in gesprek kan tree (Compton & Galaway, 1999:439).
- ❑ 'n Multiprofessionele span is dinamies en die spanlede verkeer voortdurend in dinamiese wisselwerking met mekaar. Die handhawing van 'n positiewe en gevestigde werksverhouding tussen mekaar moet prioriteit geniet.
- ❑ Spanlede moet hulle eie vrese onder oë neem en dit nie ontken of onderdruk nie. Dit is 'n voorvereiste vir terapeutiese dienslewering.

- Die werkswyse van die multiprofessionele span moet goed georganiseer wees en spanlede moet op hoogte daarvan wees en gemotiveer wees om die werkswyse toe te pas.
- Spanlede is gesagsdraers en oefen 'n invloed uit op die pasiënt. Die spanleier moet bewus wees van die hiërargie en struktuur van die span. Die multiprofessionele span akkommodeer nie professionele jaloesie, wedywering en selfsug nie.

Professionele verskille en grense moet gerespekteer word. Professions verskil ten opsigte van perspektiewe, verwagtings, aannames en verwagtings van menslike natuur. Elke professione het unieke kommunikasiestyle en probleemoplossingsmetodes wat konflik tussen professionele persone oor die pasiënt se behandelingsplan kan ontlok. Indien sekere areas oorskry word, moet daarvoor onderhandel word (Compton & Galaway, 1999:441). Die maatskaplike werker word verwag om binne die grense van die maatskaplikewerk-professie te praktiseer. Hierdie beginsel beperk die maatskaplike werker daartoe om te doen waarvoor sy opgelei is en waarvoor sy gesanksioneer is, naamlik om te fokus op verbeterde interaksie tussen mense en hulle omgewing (Sheafer *et al.*, 1997:72).

6.2 Die multiprofessionele span binne inrigtingsverband

Hierdie tipe multiprofessionele span is werksaam by 'n inrigting soos 'n hospitaal (Compton & Galaway, 1999:439). Elke spanlid word geïdentifiseer en sy rol en funksie is aan die ander spanlede bekend. Die sukses wat die span behaal, word bepaal deur die vaardighede waarvoor die spanlede beskik om die probleme wat by die pasiënt voorkom, te kan evalueer en dienoreenkomstig behandelingsdienste te verskaf. Die pasiënt is die belangrikste persoon. Al die spanlede het 'n verantwoordelikheid teenoor die pasiënt en elke spanlid is 'n belangrike skakel in die proses van dienslewering aan die pasiënt (Vosloo, 1991:143-144). Mogano (1999:1) verwys na die hantering van die terminering van swangerskap binne die inrigtingspan waar die geneesheer, verpleegkundige en maatskaplike werker pertinent spesifieke rolle vervul.

Die multiprofessionele span binne inrigtingsverband bevorder effektiewe dienslewering aan die pasiënt indien:

- die spanlede oor gespesialiseerde kennis van die pasiënt beskik;

- ❑ die spanlede vir mekaar, asook vir die pasiënt maklik bereikbaar is;
- ❑ kommunikasiegapings tussen die spanlede en die pasiënt tot die minimum beperk is;
- ❑ werksaamhede van die spanlede maklik gekoördineer word; en
- ❑ konsultasiesessies relatief maklik gereël word (Vosloo, 1991:140).

6.3 Multiprofessionele spanlede wat betrokke is by die terminering van swangerskap

6.3.1 Geneesheer

Die geneesheer is die belangrikste spanlid en die leier van die span aangesien hy verantwoordelik is vir die pasiënt se fisiese versorging. Hy bepaal dus ook die werksaamhede van die span. Hy verteenwoordig outoriteit en prestige en lei die behandelingsprogram wat vir die pasiënt opgestel is (Vosloo, 1991:143, 148). Die geneesheer is die persoon in die multiprofessionele span na wie almal, asook die pasiënt, vir raad, leiding en ondersteuning opsien.

Die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, word deur die ongewenste swangerskap gedwing om die fasiliteit te besoek (Sekudu, 2001:187; Vosloo, 1991:150). Die geneesheer skenk aandag aan die biologiese aspekte, en volgens Taylor (1997:29) is sy taak met betrekking tot die terminering van swangerskap beperk tot inligting verskaf oor die aborsieprosedure, kontrasepsie en toekomstige swangerskappe (Sekudu, 2001:187). Die geneesheer moet ook ander faktore in ag neem om 'n volledige en effektiewe diens aan die swanger vrou te lewer. 'n Geneesheer in die hospitaalopset beskik nie oor genoegsame tyd om in 'n rustige atmosfeer beraad aan die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, te bied nie (Sekudu, 2001:187). Die geneesheer se verantwoordelikheid om 'n korrekte verwysing te doen indien 'n swanger vrou aborsie versoek, is wetlik bepaal (SA, 1996(b):1308; Taylor, 1997:29).

Die gevaar bestaan dat geneesheer wat die aborsiekwessie nog nie self verwerk het nie en met aborsiepasiënte werk, subjektief kan optree en dus emosioneel by die swanger vrou betrokke kan raak. Konflik kan relatief maklik aan die pasiënt oorgedra word en objektiewe leiding kan daardeur verlore gaan. Derhalwe behoort persone wat die aborsieprosedure uitvoer, spesifiek vir dié doel gewerf te word (Le Roux & Botha, 1997:137). Terselfdertyd word aangedui dat "the South African Medical and Dental

Council had indicated that no doctor may refuse to provide treatment for a woman presenting with an incomplete abortion, whether the abortion was induced or spontaneous, as these situations are regarded as medical emergencies" (De Pinho & Hoffman, 1998:788). Dat diegene met gewetensbesware mag weier om die terminasie van swangerskap self uit te voer, maar nie om relevante funksies te verrig soos om in die teater bystand te verleen nie (De Villiers, 2004:12), is in onlangse persberigte ondersteun.

6.3.2 Verpleegkundige

Die verpleegkundige is saam met die geneesheer primêr verantwoordelik vir doeltreffende pasiëntesorg (Vosloo, 1991:154). Ten opsigte van die terminering van swangerskap maak wetgewing voorsiening vir beraad, maar daar is geensins aangedui aan wie die mandaat toegeken is nie (Dondashe, 2001:37; SA, 1996(b):1304). Verpleegkundiges aanvaar soms dat alleen hulle by pre-aborsieberaad betrokke is. 'n Berig in die Vaalweekblad (Anon, 2000:7) verwys na pre- en post-aborsieberaad wat voorheen deur maatskaplike werkers gedoen is en nou deur opgeleide verpleegkundiges behartig word. Verpleegkundiges se taak kan vergemaklik word indien grense tussen die verskillende professies duideliker neergelê word en die professies mekaar aanvul. Dit is hier waar die rol- en taakindeling van die multiprofessionele span ter sprake kom. Die verpleegkundige se taak fokus op die mediese prosedure en die verduideliking van die aborsieprosedure (Evangelisti, 2000:60).

Die geregistreerde verpleegkundige op primêre gesondheidsvlak het 'n belangrike taak ten opsigte daarvan om inligting aan die swanger vrou te gee oor kontrasepsiemetodes en veral aan swanger vroue wat 'n aborsie versoek. By bevestiging van die ongewenste swangerskap is die verpleegkundige dikwels die eerste persoon teenwoordig en in die posisie om die swanger vrou bewus te maak van haar reprodktiewe keuse (De Pinho & Hoffman, 1998:79). Die verpleegkundige is die swanger vrou behulpsaam om die aanvanklike skok en realiteit van die ongewenste swangerskap te aanvaar. As gevolg van verpleegkundiges se beperkte kennis van krisisingryping en beradingsvaardighede, behoort hulle nie die swanger vrou behulpsaam te wees met betrekking tot die verkenning van haar gevoelens nie (Evangelisti, 2000:60, 85). Verpleegkundiges raak soms by pre-aborsieberaad betrokke waarvoor hulle nie noodwendig die vereiste opleiding het nie of selfs

wanneer hulle nie bereid is om by aborsieverwante sake betrokke te raak nie. Hulle behoort die nodige verwysing te doen (Dondashe, 2001:4, 6, 17). Opleiding aan verpleegkundiges fokus op die mediese prosedure en die verduideliking van die aborsieprosedure aan die pasiënt. Uit die aard van verpleegkundiges se werklading en pligte beskik hulle nie oor die tyd om die swanger vrou wat 'n aborsie versoek by intensiewe beraad te betrek nie (Evangelisti, 2000:80).

Geregistreeerde verpleegkundiges is soms direk betrokke by die aborsieprosedure. Dit is wetlik bepaal dat slegs dié vroedvroue wat spesiaal daarvoor opgelei is, die swanger vrou kan begelei met betrekking tot die terminering van swangerskap (Mkhize, 2000:96; SA, 1996(b):1308). Met die aanvaarding van die wysigingswetsontwerp oor aborsie is meer verpleegkundiges en selfs geregistreeerde verpleegsters blootgestel aan die aborsieprosedure (Jordaan, 2004:2). Hulle worstel met die teenstrydigheid van hulle opleiding, naamlik om lewens te red en te beskerm en die aborsieprosedure, naamlik om 'n einde aan 'n lewe te maak (Price, 1983:153). Verpleegkundiges is verantwoordelik vir die hantering en vernietiging van die fetus wat lei tot ooridentifikasie met die fetus (Ndlovu, 1999:68). Die vernietiging van die fetus is stresvol, moeilik, ontstellend en onaangenaam en die verpleegkundige word sodoende met die realiteit van die aborsie gekonfronteer (Price, 1983:153).

Verpleegsorg ten opsigte van die terminering van swangerskap is 'n professionele sowel as 'n persoonlike dilemma. Enersyds is dit die plig van 'n verpleegkundige om pasiënte te versorg, maar andersyds moet hulle getrou bly aan hulle eie oortuigings (Ndlovu, 1999:68,92). Gedurende 'n studie waarby verpleegkundiges betrek is, is bevind dat hulle oorweldig is deur die addisionele werklast en dat hulle betrokkenheid by aborsies as emosioneel dreinerend ervaar is (Dondashe, 2001:52; Gmeier & Van Wyk, 2000:9). Verpleegkundiges openbaar 'n behoefte aan hulp om stres te kan hanteer en ondersteuning te ontvang. Dit is bekend dat verpleegkundiges nie altyd die nodige ondersteuning ontvang terwyl hulle in hierdie emosioneel veeleisende eenhede werkzaam is nie. Hulle het uitdrukking gegee aan 'n behoefte aan ondersteuning sodat dit hulle kan help om die aborsiesituasie beter te kan hanteer en die aborsiepasiënt dus beter te kan versorg (Ndlovu, 1999:110). Gmeier en Van Wyk (2000:9) voeg hierby dat "...they need support on a cognitive level and require more knowledge and skills to effectively counsel these women on an emotional level, additional to explaining the

options and the actual procedure of termination... we need a professional somebody who can guide us on what to do and how to go about." Binne die multiprofessionele span behoort daar begrip vir verpleegkundiges se gevoelens en hierdie spesifieke omstandighede te wees (Price, 1983:153).

6.3.3 Geestelike werker

Die geestelike werkers is in hospitaalverband belangrike spanlede en kan predikante, priesters of pastore wees wat as siektepastorate in die hospitaal werksaam is. Hulle is nie gebonde aan 'n spesifieke kerklike denominasie nie. Sommige pasiënte het 'n behoefte aan pastorale versorging. In haar krisissituasie kan die geestelike werker aan die pasiënt rigting en perspektief gee waar sy met kwelvrae worstel en waar besluite geneem en aanpassings gemaak moet word (Vosloo, 1991:162). Indien die swanger vrou wat 'n aborsie versoek behoefte het aan geestelike genesing, behoort die berader dit te identifiseer en die korrekte verwysing te doen (Taylor, 1997:84).

6.3.4 Apteker

Die apteker voorsien die medikasie wat deur die geneesheer voorgeskryf word en verskaf voorligting oor die gebruik daarvan. Die apteker is dus 'n indirekte spanlid (Vosloo, 1991:165).

6.3.5 Geneeskundige maatskaplike werker

Maatskaplikewerk-dienslewering in 'n hospitaalopset realiseer binne 'n multiprofessionele spanverband waar spanlede beoog om 'n effektiewe diens aan die pasiënt te lewer. Die geneeskundige maatskaplike werker pas krisisingryping toe om probleemareas te identifiseer. Die periode van onsekerheid waardeur die pasiënt gaan, geniet prioriteit (Vosloo, 1991:130). Die geneeskundige maatskaplike werker fokus op die verbetering van die pasiënt se maatskaplike funksionering tydens hospitalisasie en ontslag. Maatskaplike werk in gesondheidsorg behels die toepassing van maatskaplikewerk-kennis en houdings en om waardes in verband te bring met medisyne en ander verwante professies. Die maatskaplike werker moet oor relevante mediese kennis beskik, en op grond van haar kundigheid maak sy aanspraak op 'n plek in die multiprofessionele span. Die geneeskundige maatskaplike werker se professionele toerusting moet duidelik aan ander spanlede gekommunikeer word om rolverwarring te voorkom. Die geneeskundige maatskaplike werker kan alleenlik as

lid van die multiprofessionele span effektief funksioneer as sy verseker dat 'n effektiewe diens aan die pasiënt gelewer word (Carbonatto & Du Preez, 1990:319; Cowles, 2000:133; Vosloo, 190:130).

Alhoewel wetgewing nie voorsiening maak vir maatskaplikewerk-beraad ten opsigte van aborsie nie, het ondersoek bevestig dat die swanger vrou wat die terminering van swangerskap oorweeg, 'n behoefte aan pre-aborsieberaad het. Verskeie outeurs bevestig die belangrikheid van maatskaplike werkers as lid van die multiprofessionele span ten opsigte van die terminering van swangerskap (Evangelisti, 2000:3; Le Roux, 1995:190; Mogano, 1999:1; Taylor, 1997:1; Van Rooyen, 1998:305). In Suid-Australië (The Queen Elizabeth Hospital, Adelaide) is die maatskaplike werker binne die multiprofessionele span ten opsigte van aborsieberaad 'n belangrike spanlid (Gameau, 1993:179). Swanger vroue meld dikwels aan met maatskaplike, psigologiese en gesinspanning wat met die ongewenste swangerskap gepaard gaan. Die maatskaplike werker het 'n terapeutiese en diagnostiese taak omdat 'n ongewenste swangerskap soms simptome van ander probleme kan wees. Sy kan die span dus van relevante inligting voorsien (Evangelisti, 2000:3; Forrest, 1994:40; Le Roux, 1995:190; Taylor, 1997:30).

7. DIE MAATSKAPLIKE WERKER AS PRE-ABORSIEBERADER

7.1 Selfondersoek en identifiserende besonderhede

Die mens- en lewensbeskouing behoort prioriteit te geniet by die maatskaplike werker as pre-aborsieberader. Christelike berading is 'n bediening om mense in nood te help om hulle probleme te hanteer en veranderinge teweeg te bring. Daar word geglo in die uniekheid van die mens, dat elke mens ewigheidswaarde het en dat liefde vir die naaste betoon moet word. Terselfdertyd moet die berader se eie lewe in orde wees, want "the counselor who is open, genuine, free, self-accepting and spiritually growing, will naturally foster those qualities in others" (Van der Berg, 1997:57).

As gevolg van die kontroversiële aard van aborsie en die feit dat dit meestal met intense emosionaliteit gepaard gaan, moet die maatskaplike werker wat by aborsieverwante sake betrokke is deeglik bewus en oortuig wees van haar eie gevoelens en waardes ten opsigte daarvan. Sy moet duidelikheid hê oor haar lewensbeskouing wat kulturele, morele en religieuse norme insluit (Kretzschmar &

Hulley, 1998:89-100; Le Roux, 1995:186). Die selfbewussyn moet verseker dat die maatskaplike werker nie sal toelaat dat vooroordeel en vooropgestelde idees haar insig in 'n situasie en haar vermoë om te help beïnvloed nie. Die maatskaplike werker moet die situasie objektief benader vanuit die perspektief van 'n terapeut in 'n helpende verhouding.

Aborsieberaders moet bewus wees van hulle eie gevoelens van ambivalensie en deeglike selfondersoek doen. Die professionele berader moet besef sy is 'n menslike wese en sy moet ingestel wees op haar eie persoonlike reaksies op 'n situasie om te verseker dat veroordeling en vooroordele nie aan die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, gekommunikeer word nie. Die berader se ingesteldheid op en bewustheid van persoonlike response voorkom die projektering van haar eie emosionele reaksies op die swanger vrou. Sodoende kan sy op die werklikheid van die swanger vrou se gevoelens en omstandighede reageer (Price, 1983:144; Sheafer *et al.*, 1997:72).

TABEL 3: Persoonlike siening ten opsigte van die terminering van swangerskap

TOTAAL	POSITIEF	NEUTRAAL	NEGATIEF
N = 104	12	56	36
Totaal = 100%	11,54%	53,85%	34,62%

In hierdie ondersoek is bevind dat 56 (53,85%) van die 104 respondente 'n neutrale houding ten opsigte van die terminering van swangerskap ingeneem het, terwyl 12 (11,54%) positiewe en 36 (34,62%) negatiewe houdings daarteenoor openbaar het, soos blyk uit bostaande Tabel 3 hierbo.

TABEL 4: Maatskaplikewerk-ervaring

Ervaring in jare	<1	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 >
N = 104	1	7	11	13	1	68
Tekort = 3						
Totaal = 100%	0,99	6,93	10,89	12,87	0,99	67,33

Ten opsigte van die huidige ondersoek het 68 (67,33%) respondente aangedui dat hulle oor nege jaar en meer maatskaplikewerk-ervaring beskik. Die tweede grootste groep was diegene met tussen vyf en ses jaar ervaring, naamlik 13 (12,87%).

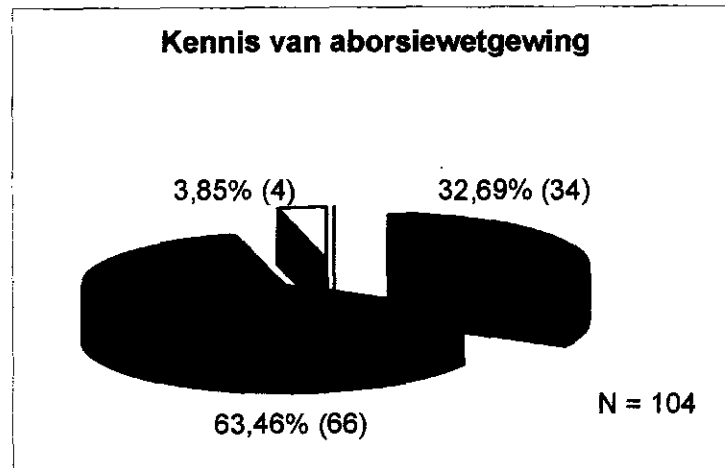
TABEL 5: Opleiding - ongewenste swangerskap en pre- en post-aborsieberaad

Tersiêre opleiding	Ongewenste swangerskap		Pre- en post-aborsieberaad	
	JA	NEE	JA	NEE
N = 104	55	48	21	81
n = 103 - 1 tekort (ongewenste swangerskap)				
n = 102 - 2 tekort (pre- en post-aborsieberaad)				
%	53,40	46,60	20,59	79,44
	100%		100%	

Die meerderheid respondente – 55 (53,40%) het aangedui dat hulle tersiêre opleiding in ongewenste swangerskap ontvang het. Daar is slegs 21 (20,59%) respondente wat opleiding ten opsigte van pre- en post-aborsieberaad ontvang het.

Nie alle maatskaplike werkers is geskik om pre-aborsieberaad te doen nie. Die maatskaplike werker moet self besluit of sy kans sien daarvoor en opgewasse is daarvoor (Le Roux & Botha, 1997:169). Sommige maatskaplike werkers is van mening dat hulle addisionele opleiding nodig het om die gespesialiseerde veld van aborsieberaad met vertroue te kan betree (Evangelisti, 2000:80; Le Roux & Botha, 1997:169). Pre-aborsieberaders moet hulleself voortdurend evalueer en opskerp ten opsigte van verdere opleiding of verbreding van hul eie opvattinge. Hulle moet op hoogte bly van die jongste inligting wat oor die terminering van swangerskappe gepubliseer word en hulle moet eerlik wees oor die bevindinge in hulle oordrag daarvan aan pasiënte en dit op 'n onemosionele en objektiewe wyse doen (Le Roux & Botha, 1997:177). Hiervan is die hooggeregshofuitspraak oor toestemming van die minderjariges asook die persberigte oor intensiewe berading en die gevolge van aborsie 'n paar voorbeelde (Fourie, 2004(a):11; Fourie, 2004(b):11; Jackson, 2004:9; Louw, 2004:102; Mojapelo, 2004:33-36).

SIRKELDIAGRAM 2: Kennis van aborsiewetgewing



Die meerderheid respondente in hierdie ondersoek het aangedui dat hulle weinig kennis van aborsiewetgewing dra, naamlik 66 (63,46%). Slegs 4 (3,85%) respondente dra kennis van aborsiewetgewing terwyl 34 (32,69%) glad nie kennis daarvan dra nie.

7.2 Die rol en funksie van die pre-aborsieberader

Pre-aborsieberaad maak deel uit van aborsieverwante dienste wat deur nie-veroordelende, sensitiewe en gerespekteerde persone gedoen word. Dit is noodsaaklik om die publiek op te voed oor die beskikbaarheid van aborsiedienste en daar gepoog word om die uitwissing van die etikettering van personeel wat by die diens betrokke is, te bewerkstellig. Indien beraders nie deur die gemeenskap aanvaar word nie, sal dit demoraliserend op hulle inwerk en die doeltreffendheid van die diens kortwiek. Kenmerkend van die rol van die maatskaplike werker is die bewusmaking en opvoeding van die publiek en ander personeellede in die hospitaal oor diensverskaffing (Sekudu, 2001:96).

Die pre-aborsieberader moet onmiddellik optree en toetree tot die lewe van die krisissling om die impak van die krisis te verminder deur vaardighede en hulpbronne op mekaar af te stem (Sekudu, 2001:137). Die berader assesser die onmiddellike behoeftes van die krisissling deur middel van intensiewe onderhoudvoering. Die doel hiervan is om die swanger vrou se akute ongerief wat deur die krisis veroorsaak is, te verminder. Sy word gehelp om haar konflikterende gevoelens te hanteer, en 'n ondersteunende omgewing word geskep waarin sy haar opsies kalm, rasioneel en

metodies kan oorweeg. Effektiewe beraad kan die swanger vrou help om insig te ontwikkel in haarself, haar gedrag en haar omstandighede wat aanleiding gegee het tot die probleem. Sodoende ontwikkel sy insig in haar eie seksualiteit en leer sy om beheer oor aspekte in haar lewe te neem (Taylor, 1997:29). Voorts kan die swanger vrou 'n keuse maak waarvoor sy verantwoordelikheid aanvaar en ook hanteringswyses vind om met die gevolge van haar besluit saam met leef.

In hierdie begeleidingsrol dra maatskaplike werk by tot die bemagtiging en ondersteuning van die swanger vrou in haar krisis (Gameau, 1993:184). As gevolg daarvan dat vroue wat op die aborsie-ervaring voorberei is, dit beter hanteer as diegene wat impulsief handel en nie alternatiewe oorweeg het nie, word op die rol van die berader in pre-aborsieberaad gefokus. Maatskaplike werkers se betrokkenheid by pre-aborsieberaad moet aangemoedig word en die swanger vrou wat 'n aborsie oorweeg, behoort geassesseer te word met betrekking tot haar vermoë om die aborsie-ervaring sinvol te verwerk (Le Roux & Botha, 1997:169). Volgens die krisisteorie is dit raadsaam dat die berader soveel moontlik betekenisvolle persone in die krisising se leefwêreld by probleemoplossing betrek (Sekudu, 2001:137).

Pre-aborsieberaders moet sensitief, buigsaam en ontvanklik wees vir die behoeftes van die swanger vrou. Daar moet opregte begrip wees vir enige reaksie op die ongewenste swangerskap en aborsie, naamlik "counselors must be specially chosen for their understanding of the issues surrounding abortion or their willingness to be trained in this specialized area" (Taylor, 1997:85). Maatskaplike werkers verkeer in die strategiese posisie om by intensiewe beraad betrokke te raak omdat hulle geen kontak met die fetus het nie, die fetus nie hanteer nie, krisisingryping deel van maatskaplikewerk-praktyk is en maatskaplike werkers toegerus is om krisisse te kan hanteer (Sekudu (2001,156). Voorts sê Sheaffer *et al.* (1997:61) dat "perhaps the most visible and frequently performed social work role is that of counselor of clinician".

Die minderheid respondente 27 (27%) kry in hulle daaglikse werk met pre-aborsieberaad te doen, terwyl 71 (71%) respondente aangedui het dat hulle dit selde doen en 2 (2%) was onseker daaroor. Twee respondente het hierdie vraag nie beantwoord nie. Ten spyte hiervan het die ondersoek die volgende uitgewys:

TABEL 6: Taak ten opsigte van pre-aborsieberaad

TAAK VAN DIE		VERPLEEGKUNDIGE		MAATSKAPLIKE WERKER	
		JA	NEE	JA	NEE
N = 104	Tekort = 2	36	66	87	15
%		35,29	64,81	85,29	14,71
		100%		100%	

Die respondente wat aan die huidige ondersoek deelgeneem het, het sonder twyfel aangedui dat pre-aborsieberaad die taak van die maatskaplike werker is, naamlik 87 (85,29%), terwyl 15 (14,71%) dit nie as 'n maatskaplikewerk-taak beskou het nie.

In 'n kontrolevraag het 97 (94,17%) respondente pre-aborsieberaad as die taak van die maatskaplike werker beskou, terwyl 6 (5,83%) respondente dit nie as 'n maatskaplikewerk-taak beskou het nie. Maatskaplike werkers wat aan hierdie ondersoek deelgeneem het, is dus positief oor die lewering van pre-aborsieberaad.

TABEL 7: Gevoelens teenoor swanger vroue wat 'n aborsie versoek

		Empaties		Veroordelend		Neutraal		Ambivalent	
		JA	NEE	JA	NEE	JA	NEE	JA	NEE
N = 104	Tekort = 2	58	44	4	98	16	86	26	76
%		56,86	43,14	3,92	96,08	15,69	84,31	25,49	74,51
		100%		100%		100%		100%	

Respondente wat aan hierdie ondersoek deelgeneem het, het aangedui hoe hulle oor 'n swanger vrou wat 'n aborsie oorweeg, voel. Alhoewel 98 (96,08%) respondente 'n nie-veroordelende houding teenoor die swanger vrou wat 'n aborsie versoek openbaar, is daar 58 (56,86%) wat empatie het. Daar is 26 (25,49%) respondente wat aangedui het dat hulle ambivalensie ervaar teenoor die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, en 16 (15,69%) respondente was neutraal. Met inagneming van die gevoelens van respondente teenoor swanger vroue wat aborsie versoek (Tabel 7), is die volgende oor die hantering van die swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek bevind en dit word in Tabel 8 aangedui:

TABEL 8: Maatskaplike werkers se hantering van swanger vroue wat 'n aborsie versoek

	Empaties		Veroordelend		Neutraal		Ambivalent	
	JA	NEE	JA	NEE	JA	NEE	JA	NEE
N = 104	65	37	2	100	24	78	16	86
Tekort = 2								
%	63,73	36,27	1,96	98,04	23,53	76,47	15,69	84,31
	100%		100%		100%		100%	

Diegene wat aan hierdie ondersoek deelgeneem het, het nie hulle persoonlike gevoelens op die hantering van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, geprojekteer nie.

TABEL 9: Korrelasie tussen gevoelens en hanteringswyse van respondente

	Gevoelens teenoor swanger vrou wat aborsie versoek		Hanteringswyse ten opsigte van die swanger vrou wat aborsie versoek	
EMPATIE	58	56,86%	65	63,73%
VEROORDELEND	4	3,92%	2	1,96%
NEUTRAAL	16	15,69%	24	23,53%
AMBIVALENT	26	25,49%	16	15,69%

Agt en vyftig (56,86%) respondente het 'n gevoel van empatie aangedui, maar by die hantering van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, het 65 (63,73%) respondente aangedui dat hulle empatie betoon. Daar was 4 (3,92%) respondente wat 'n veroordelende houding teenoor die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, openbaar het, dog is dit verminder in hulpbetoon na 2 (1,96%). Daar was 16 (15,69%) respondente wat 'n neutrale houding ingeneem het, en ten opsigte van hulpbetoon het dit toegeneem na 24 (23,53%). Ses en twintig (25,49%) respondente het gevoelens van ambivalensie ervaar en by die hantering van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, het dit afgeneem na 16 (15,69%). Dit word daaraan toegeskryf dat die maatskaplike werker se professionele toerusting en vaardighede haar in staat stel om op die vrou in 'n krisis en hulpverlening te fokus en terselfdertyd haar te distansieer van haar eie gevoelens en vooropgestelde houding.

Tabel 10 hieronder dui 'n besliste duidelikheid aan ten opsigte van die verwysingsstelsel waarheen die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, verwys sal word:

TABEL 10: Verwysingsisteem

	Geneesheer	Provinsiale kliniek	Provinsiale hospitaal	Geen verwysing	TOTAAL
N = 104 Tekort = 4	31	23	32	14	100
Totaal = 100%	31%	23%	32%	14%	100%

Die meerderheid respondente, 32 (32%), het aangedui dat hulle die swanger vrou wat 'n aborsie versoek na die provinsiale hospitaal sal verwys en 31 (31%) respondente sal eerder 'n verwysing na die geneesheer doen. 'n Verdere 23 (23%) respondente sal 'n verwysing na die provinsiale kliniek doen en 14 (14%) respondente het aangedui dat hulle geen verwysing sal doen nie. Vier respondente het nie hierop geantwoord nie.

Die rol van die pre-aborsieberader stem ooreen met die funksies van die berader soos deur Sheaffer *et al.* (1997:61-62) uiteengesit:

- Psigo-sosiale assessering en diagnose: Die pasiënt se omstandighede moet werklik verstaan word en haar motivering, vermoëns en geleenthede vir verandering moet deeglik geassesseer word.
- Voortgesette hulpverlening: Die berader se rol is nie noodwendig daarop gemik om die pasiënt se maatskaplike omstandighede te verander nie. Voortgesette hulpverlening kan ondersteuning of leiding insluit.
- Maatskaplike behandeling: Dit is die berader se ingrepe om die pasiënt te help om die realiteit van die verhouding te verstaan en by probleemoplossing betrokke te raak.

7.3 Die professionele verhouding

'n Professionele verhouding tussen die maatskaplike werker en die pasiënt ontwikkel met die doel om die pasiënt in staat te stel om bepaalde doelwitte te kan bereik en om haar daarin te ondersteun. Hierdie samewerkende verhouding is die sleutelement tot bemagtiging deurdat dit noodsaaklik is vir positiewe groei en verandering (Compton & Galaway, 1999:101; Northen, 1995:113). Die professionele verhouding impliseer dus die ontwikkeling van 'n vennootskap waaraan beide die maatskaplike werker en die pasiënt deelneem en saamwerk daaraan om 'n bepaalde doel te bereik. Die helpende verhouding vereis waardes, houdings en interpersoonlike vaardighede wat besorgdheid oor 'n ander weerspieël. In hierdie verhouding word die maatskaplike

werker vir die pasiënt 'n ondersteunende omgewing – "reliable in the consistency of attitudes and reliable in time and place" (Northen, 1995:114).

Persoonlike aspekte van die pasiënt se lewe word openlik bespreek. Pasiënte opper waarnemings, openbarings, geheime en mededelings wat baie skade sou kon berokken indien dit openbaar gemaak sou word. Hierdie inligting moet sensitief binne die professionele verhouding hanteer word. Twee vorme van vertroulikheid:

- ❑ Absolute vertroulikheid - niemand anders mag kennis dra van die inligting nie.
- ❑ Relatiewe vertroulikheid - volgens die etiese kode van die maatskaplikewerk-professie word inligting op 'n oordeelkundige wyse en in belang van die pasiënt hanteer (Sheafer *et al.*, 1997:79).

Die volgende word as eienskappe van die professionele verhouding uitgesonder:

- ❑ Aanvaarding is noodsaaklik vir 'n effektiewe vertrouensverhouding en dit impliseer 'n nie-besitlike hartlikheid en omgee vir 'n pasiënt as unieke persoon wat die reg het om eie gedagtes te hê en gevoelens te ervaar (Compton & Galaway, 1999:103; Northen, 1995:114). Dit behels respek vir die pasiënt dat sy haar eie besluite kan neem en dat niemand dit namens haar kan doen nie, en dat sy met die gevolge van haar besluit moet saamleef. Die pasiënt moet waargeneem word net soos sy is met haar sterk- en swakpunte, positiewe en negatiewe gedrag asook konstruktiewe en destruktiewe houdings en gedrag. Kommunikasie van aanvaarding en respek vereis dat die maatskaplike werker dit sal vermy om morele oordele oor kliënte uit te spreek (Sheafer *et al.*, 1997:76). Onvoorwaardelike liefde en aanvaarding beteken om vir iemand om te gee, ongeag haar optrede of lewenstyl (Van der Berg, 1997:62). Aanvaarding word betoon deur opregte belangstelling in die pasiënt, verlening van erkenning, sensitiewe luister na wat die pasiënt sê, aandag gee aan wat die pasiënt doen, begeerte om hulp te verleen en deur werklike omgee te kommunikeer. Dit vereis 'n bewustheid by die maatskaplike werker ten opsigte van verskille in waardes en stereotipes (Northen, 1995:116).
- ❑ Empatie is die vermoë om jou te kan indink in die gedagte-wêreld en gevoelens van 'n ander en om te verstaan hoe sy dit ervaar. Objektiviteit is 'n noodsaaklike element van akkurate empatie wat die maatskaplike werker in staat stel om mense en dinge te sien soos dit werklik is en gevoelens te evalueer soos dit tot

uitdrukking kom (Northen, 1995:117). Compton en Galaway (1999:103) voeg hierby dat "the empathetic worker will more easily identify strengths and options, by attempting to see the problem from the client's point of view." Deur middel van empatie ervaar die pasiënt dat haar gevoelens van alleenheid en isolasie afneem aangesien sy haar nie hoef te bekommer oor wat sy gaan meedeel nie (De Vynck, 1999:48; Van der Berg, 1997:62).

- Betroubaarheid/geloofwaardigheid is die kwaliteit om dieselfde te kan wees, eerlik, opreg, sonder pretensie, met ander woorde vry in jouself en nie voor te gee wat jy nie is nie (Le Roux & Botha, 1997:177; Millner & Hanks, 2002:59; Van der Berg, 1997:62). Dit verwys na die ooreenstemming tussen die maatskaplike werker se nie-verbale en verbale boodskappe. Die deurgee van ware feite is die kern van die hoë kwaliteit van 'n werksverhouding, maar dit moet taktvol hanteer word sodat dit nie die pasiënt emosioneel ontwig en haar maatskaplike funksionering verder benadeel nie. Betroubaarheid is noodsaaklik vir die bou van vertroue wat ontwikkel namate die pasiënt die maatskaplike werker se opregtheid en integriteit ervaar (Northen, 1995:121).
- Assessering is die gebruik van inligting om 'n besluit ten opsigte van 'n probleem te kan neem oor die moontlike hantering daarvan met die gevolglike plan van aksie. Assessering behels die inwin van inligting oor innerlike emosionele gevoelens en response van die pasiënt, die gevoelens van ander wat vir die pasiënt belangrik is, die invloed van die omgewing en die pasiënt se vermoëns, sterktes, en vaardighede om 'n plan van aksie uit te voer (Compton & Galaway, 1999:86). Metingskale is ontwikkel om die komponente van die vertrouensverhouding te meet. 'n Vertrouensverhouding van 'n hoë kwaliteit is noodsaaklik vir suksesvolle resultate. Vir sommige pasiënte is die professionele verhouding sigself 'n korrektiewe emosionele ervaring van wedersydse vertroue wat anders is as waaraan die pasiënt gewoond is (Northen, 1995:123).
- Gesag verwys na kennis en professionele vaardighede en is gesetel in die maatskaplike werker se posisie as hulpgewer. Gesag word bepaal deur die pasiënt se vermoë om 'n situasie te hanteer en wanneer sy verantwoordelikheid aanvaar, word outonomie ondersteun (Northen, 1995:125).
- Kulturele faktore verwys na die etnisiteit, ras, sosiale klas en geslag van maatskaplike werkers en dit het 'n invloed op effektiewe werksverhoudings. Eerste indrukke is belangrik en die partye wat betrokke is, evalueer mekaar

ooreenkomstig sekere stereotipes wat gebaseer is op verskille en vorige ervarings (Northen, 1995:129).

- Oordrag: 'n Professionele verhouding ontwikkel deur verbale en nie-verbale kommunikasie waar realistiese en onrealistiese kragte werkzaam is. 'n Emosionele band ontwikkel en die pasiënt interpreteer die professionele verhouding ooreenkomstig vorige verhoudings en verwag dat die maatskaplike werker ook dienoooreenkomstig teenoor haar sal optree. Indien die pasiënt ervaar dat die maatskaplike werker in die professionele verhouding anders optree as waaraan sy in ander verhoudings gewoond is, verbeter haar vermoë om ander meer realisties te beskou (Northen, 1995:131).

7.4 Vaardighede waaroor die pre-aborsieberader moet beskik

Vaardighede is die vermoë om 'n taak met bevoegdheid uit te voer (Northen, 1995:138). In maatskaplikewerk-dienslewering beskik maatskaplike werkers oor "a repertoire of clusters of techniques or skills for selective use with clients at a given time" (Northen, 1995:138). Gespreks- en hulpverleningsvaardighede word tydens pre-aborsieberaad benut wat die vorm van krisisingryping aanneem (Le Roux & Botha, 1997:178). Ten spyte van verskillende perspektiewe, stem vaardighede ten opsigte van beraad ooreen met dié van krisisingryping, naamlik:

- Ondersteuning beteken om die pasiënt te verdra, en te bemoedig, om vertroue en geloof uit te druk en om realistiese goedkeuring te verleen. Die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, ervaar dikwels ambivalensie wanneer sy om hulp aanklop. Aanvanklik is sy angstig, onseker, vol twyfel en gevoelens van bedreigtheid kan gaandeweg ontwikkel. Ondersteuning is daarop gemik om haar gevoel van bedreigtheid te verminder en gevoelens van angs hanteerbaar te maak. Die pasiënt ervaar dan groter gemak in so in milieu en sy ontwikkel vertroue. Die professionele verhouding sigself is 'n vorm van ondersteuning waardeur die pasiënt bemoedig word om die kliniese ervaring tot haar voordeel te benut. Die pasiënt ervaar dat sy die begunstigde in die vertrouensverhouding is (Northen, 1995:139).
- Aanvaarding van gevoelens word deur middel van vraagstelling, kommentaar, opmerkings of reflektering betoon. Sodoende word die pasiënt bewus van spesifieke gevoelens wat sy ervaar en sy ervaar dat sy ondersteun word. Gevolglik het sy die moed om gevoelens en gedagtes wat onder gewone

omstandighede eerder onderdruk word, met vrymoedigheid verbaal uit te druk en waag sy dit om haar kwetsbaarheid bloot te stel (De Vynck, 1999:48; Northen, 1995:142; Sheaffer et al., 1997:73).

- ❑ Strukturering van die behandelingsproses moet in ooreenstemming wees met die pasiënt se behoeftes. Dit verskaf 'n raamwerk waarbinne die maatskaplike werker en die pasiënt funksioneer. Ten einde effektief te kan werk, moet die maatskaplike werker en die pasiënt duidelikheid hê oor bepaalde aspekte soos die doel van dienste, benutting van tyd, duur van beraadssessies, frekwensie van die sessies, gelde en vertroulikheid. Hierdie grense moet buigsaam wees ooreenkomstig die pasiënt se behoeftes. Strukturering sluit ook perke en reëls ten opsigte van aanvaarbare gedrag in wat die pasiënt leer om aan realistiese eise van 'n situasie te voldoen. Perke voorsien 'n mate van veiligheid, verminder vrese om oorboord te gaan en om beheer oor die self te verloor, aldus Northen (1995:144).
- ❑ Eksplorering is die bestudering van 'n situasie deur feite, opinies en gevoelens op die voorgrond te bring sodat dit behoorlik begryp kan word. Deur die aanwending van hierdie vaardigheid verbind die maatskaplike werker beskrywende materiaal, waarnemings en emosies met feite en verduidelikings. Dit is 'n belangrike stap in die probleemoplossingsproses en neem die vorm aan van kommentaar soos reflektoring, leiding oor uitbreiding van 'n mededeling, suggesties, waarnemings en opsommings. Deur middel van oop vrae kan eksplorering ook sinvol aangewend word (Northen, 1995:145).
- ❑ Psigo-sosiale opvoeding beoog om kennis oor te dra en die pasiënt vaardighede te laat aanleer om die hantering van 'n probleemsituasie te vergemaklik. Die maatskaplike werker voorsien relevante inligting, onderrig die pasiënt ten opsigte van stappe in die probleemoplossingsproses, soek reaksie op inligting wat deurgegee is en versoek die pasiënt om inligting op haar eie omstandighede toe te pas (Northen, 1995:147). Hierdie vaardigheid is van kardinale belang in pre-aborsieberaad, want die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, is ontvanklik vir inligting, hulp en leiding om 'n ingeligte besluit te kan neem en haar krisis te kan hanteer (De Vynck, 1999:48; Taylor, 1997:84).
- ❑ Advisering is 'n vorm van direkte invloed wat 'n bepaalde optrede aanbeveel. Maatskaplike werkers kan dit enersyds doen om die pasiënt te help om bepaalde doelwitte te bereik en andersyds om 'n belangrike bron van emosionele en kognitiewe ondersteuning te bied (Dondashe, 2001:3). Beginsels by advisering is

dat dit op kennis gegrond moet wees, op versoek van die pasiënt moet geskied en gedoen moet word met die oorweging van alternatiewe en die erkenning van die pasiënt se regte (Northen, 1995:151).

- ❑ Konfrontering bring mee dat die pasiënt voor die realiteit van 'n gevoel, gedrag of situasie te staan kom. Dit prikkel selfondersoek en moedig die pasiënt se verdedigingsmeganismes aan soos ontkenning, rasionalisasie en projeksie aan. Konfrontering kan 'n risiko-tegniek wees, dit behoort met empatie gepaard te gaan en die boodskap moet aan gedrag en nie aan die persoonlikheid nie, gekoppel word (De Vynck, 1999:48; Northen, 1995:151). Die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, wend soms verdedigingsmeganismes aan om die werklikheid te ontvlug en kan effektief deur middel van konfrontering hanteer word (Sekudu, 2001:86).
- ❑ Opheldering maak iets duidelik en verstaanbaar:
 - ⇒ Deur middel van reflektering van gevoelens word gevoelens met aksies geassosieer.
 - ⇒ Deur middel van parafrasering word die gedagte herhaal om dit in 'n nuwe lig te kan sien.
 - ⇒ Verskeie aspekte kan met mekaar in verband gebring word.
 - ⇒ Deur herformulering word die inhoudelike en emosionele betekenis van 'n situasie verander sodat die pasiënt dit vanuit 'n nuwe perspektief kan beskou (De Vynck, 1999:57; Northen, 1995:151; Sheaffer *et al.*, 1997:75).
- ❑ Interpretering is 'n proses om betekenis te skep, soos om 'n betekenis aan 'n ervaring te heg, 'n onderliggende motivering te verduidelik of moontlike redes vir probleme met psigo-sosiale funksionering te ondersoek. In 'n terapeutiese verhouding het interpretering die waarde dat die pasiënt haarself en ander beter verstaan mits sy insig in haar eie gedrag openbaar het (Northen, 1995:156).

7.5 Addisionele opleiding vir pre-aborsieberaders

7.5.1 Toegerustheid van respondente

Alhoewel die meerderheid respondente wat aan die huidige ondersoek deelgeneem het, aangedui het dat pre-aborsieberaad deel uitmaak van die werksterrein van maatskaplikewerk en hulle oor die basiese vaardighede beskik om dit te hanteer, het 71 (68,93%) aangedui dat hulle hulle nie as toegerus beskou om pre-aborsieberaad

spesifiek te doen nie, terwyl 32 (31,07%) aangedui het dat hulle in staat is om pre-aborsieberaad te doen. Een respondent het hierdie vraag nie beantwoord nie.

7.5.2 Behoeftte aan opleiding

Die volgende tabel gee 'n aanduiding van die behoefte wat geïdentifiseer is ten opsigte van opleiding rakende die swanger vrou wat 'n aborsie oorweeg:

TABEL 11: Behoeftte aan opleiding

		Opleiding – Ja	Opleiding – Nee	TOTAAL
N = 104	Tekort = 2	86	14	102
Totaal = 100%		86,27	13,73	100%

Agt en tagtig (86,27%) respondente het derhalwe aangedui dat hulle 'n behoefte aan opleiding het ten opsigte van die swanger vrou wat 'n terminering van swangerskap oorweeg, terwyl 14 (13,73%) nie 'n behoefte daaraan het nie.

7.5.3 Addisionele opleiding

- Een en tagtig (79,41%) maatskaplike werkers het aangedui dat hulle in addisionele opleiding ten opsigte van pre-aborsieberaad belangstel.
- Een en twintig (20,59%) maatskaplike werkers het aangedui dat hulle nie in addisionele opleiding belangstel nie. Sommige het as rede aangevoer dat hulle uit die aard van hulle werksterrein, soos Korrektiewe Dienste, nie belangstel nie.
- Twee respondente het hierdie vraag nie beantwoord nie.

Addisionele opleiding behels spesifieke onderwerpe, soos aangedui in Tabel 12 hieronder:

TABEL 12: Spesifieke onderwerpe vir opleiding

	Aborsieverwante sake		Leefwêreld van die swanger vrou		Pre-aborsie= beraadprogram		Post-aborsie= beraadprogram	
	JA	NEE	JA	NEE	JA	NEE	JA	NEE
N = 104 Tekort = 5	81	18	79	20	83	16	84	15
%	81,82	18,18	79,80	20,20	83,84	16,16	84,85	15,15
	100%		100%		100%		100%	

- ❑ 84 (84,85%) het behoefte aan opleiding oor 'n post-aborsieberaadprogram.
- ❑ 83 (83,84%) het behoefte aan opleiding oor 'n pre-aborsieberaadprogram.
- ❑ 81 (81,82%) het behoefte aan opleiding oor aborsieverwante sake.
- ❑ 79 (79,80%) het behoefte aan opleiding oor die leefwêreld van die swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek.

7.5.4 Ander inligting

'n Algemene tendens met die terug ontvang van die vraelyste is dat respondente positiewe kommentaar op die ondersoek gelewer het. In vyf gevalle is direkte versoeke gerig dat die navorsingsresultate aan die respondente verskaf moet word.

7.6 Moontlike frustrasies van die pre-aborsieberader

Pre-aborsieberaad stel baie hoë eise aan die maatskaplike werker waaraan nie maklik voldoen word nie. Dit is 'n frustrerende werksterrein vir maatskaplike werkers as gevolg van die beperkte tyd wat beskikbaar is om 'n terapeutiese verhouding met die pasiënt te ontwikkel, ondersteuning te bied en gevoelens te eksploreer. Die voortdurende emosionele eise wat deur die pre-aborsieberaad aan die beraders gestel word, asook die herhalende aard daarvan, lei tot die aanbeveling dat hierdie tipe beraad verkieslik op 'n deeltydse basis gedoen moet word of met ander take gekombineer moet word. Die demoraliserende aard van pre-aborsieberaad word beperk indien dit met ander tipes beraad en dienste afgewissel word (Le Roux, 1995:196; Le Roux & Botha, 1997:185).

Verskeie aspekte lei tot spanning by die maatskaplike werkers wat betrokke is by pre-aborsieberaad. Die meeste spanning word veroorsaak deurdat aborsie maklik 'n roetine-aangeleentheid raak, vroue dit maklik aanvaar, selfs as 'n metode om van die fetus ontslae te raak en dat sekere vroue terugkom vir 'n tweede en selfs 'n derde aborsie. Hoewel pre-aborsieberaders nie noodwendig teen aborsie gekant is nie, kan hulle nie vrede maak daarmee nie of dit as 'n maklike uitweg beskou nie (Le Roux & Botha, 1997:185).

7.7 Aanbevelings vir pre-aborsieberaders

Millner en Hanks (2002:62) maak enkele aanbevelings vir pre-aborsieberaders ten opsigte van die beoefening van hul beroep en hul opleiding:

- ❑ Deurlopende selfondersoek oor die berader se eie morele en etiese siening ten opsigte van aborsie en die toepas van beginsels soos outonomie, getrouheid, regverdigheid, nie-veroordelendheid is nodig.
- ❑ Identifiseer die beste omstandighede waaronder die pre-aborsieberaad gedoen kan word.
- ❑ Beraders kan innerlike konflik, verwarring of ander negatiewe psigologiese reaksie ervaar en moet waak teen eie kwetsbaarheid.
- ❑ Beraders moet deurentyd op hoogte wees van wetgewing en nuwe inligting ten opsigte van aborsie.
- ❑ Opvoeders moet aborsieverwante sake by kursusse insluit en geleentheid bied vir self-assessering en openlike gesprekke met studente.
- ❑ Beraders moet realisties wees ten opsigte van doelstellings wat bereik wil word "in terms of their ability to anticipate and successfully deal with the ethical and personal dilemmas surrounding abortion as an issue in counseling" (Millner & Hanks, 2002:62).
- ❑ Ondersoeker beveel aan dat die pre-aborsieberader slegs een opvolg post-aborsieberaadssessie ten opsigte van 'n pasiënt hanteer waarna die pasiënt verkieslik vir verdere terapie na 'n ander berader verwys word om oorbetrokkenheid en subjektiwiteit ten opsigte van die pasiënt te voorkom.

8. SAMEVATTING

Pre-aborsieberaad kan deur middel van die multiprofessionele spanbenadering suksesvol uitgevoer word. Die maatskaplike impak wat die terminering van swangerskap op die vrou en haar gesin het, noodsaak maatskaplikewerk-hulpverlening. Derhalwe is die maatskaplike werker 'n belangrike lid van die multiprofessionele span. Deur middel van kundigheid en vaardigheid is die maatskaplike werker toegerus om die swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek in haar krisissituasie te lei en te ondersteun. Hierdie ondersoek het uitgewys dat maatskaplike werkers die terminering van swangerskap as 'n maatskaplikewerktaak beskou en 'n positiewe gesindheid openbaar teenoor pre-aborsieberaad. Daar is tot die slotsom gekom dat hierdie ondersoek die bewustheid van maatskaplike werkers jeens pre-aborsieberaad opgeskerp het.

9. BRONNELYS

ANON. 2000. Aborsie nie 'n metode vir gesinsbeplanning. *Vaalweekblad*:7, 15-17, Maart.

BABBIE, E. 1989. The practice of social research. 5th ed. Belmont : Wadsworth/Thompson. 501 p.

BABBIE, E. 2004. The practice of social research. 10th ed. Belmont : Wadsworth/Thompson. 493 p.

BLOOM, M., FISCHER, J. & ORME, J.G. 1999. Evaluating practice: Guidelines for the accountable professional. Englewood Cliffs : Prentice Hall. 715 p.

CARBONATTO, C.L. & DU PREEZ, M.S.E. 1990. The roles and tasks of the medical social worker regarding the infertile couple. *Social Work*, 26(4):316-323, Oct.

COMPTON, B.R. & GALAWAY, B. 1999. Social Work Processes. USA : Brooks/Cole Publishing Company. 560 p.

COWLES, L.A.F. 2000. Social work in the health field: A care perspective. New York : The Hawthorne Press.

DE PINHO, H. & HOFFMAN, M. 1998. Termination of pregnancy – understanding the new Act: women's health. *Continuing medical education journal*, 16:8, 786-788, Aug.

DE VILLIERS, J. 2004. Aborsiewet kan tot druk lei. *Die Beeld*:12, 10 Aug.

DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. 2002. Research at grass roots for the social sciences and human service professions. Pretoria : Van Schaik. 493 p.

- DE VYNCK, S. 1999. Beraad aan adolessente dogters wat 'n terminasie van swangerskap wil ondergaan. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit. (Skripsie – M.Ed.) 67 p.
- DONDASHE, V.I. 2001. The experience of registered nurses in the pre-counseling of pregnant women contemplating termination of pregnancy. Port Elizabeth : University of Port Elizabeth. (Mini-treatise – M.Cur.) 67 p.
- EVANGELISTI, L. 2000. Adolescent resolution with special reference to pre-abortion counseling. Stellenbosch : University of Stellenbosch. (Thesis – M.A.) 115 p.
- FORREST, G.M. 1994. Emotional distress in women before and after therapeutic terminations of pregnancy. An investigation into the need for pre- and post-abortion counseling. Cape Town : University of Cape Town. (Dissertation – M.Sc.) 114 p.
- FOURIE, E. 2004(a). Aborsie kan vir jare by vrou bly spook. *Die Volksblad*:11, 20 Mei.
- FOURIE, E. 2004(b). Lig swanger meisies goed in – berader. *Die Volksblad*:11, 20 Mei.
- GAMEAU, B. 1993. Termination of pregnancy: Development of a high-risk screening and counseling program. *Social work in health care*, 18(3/4):179–191.
- GMEIER, A. & VAN WYK, S. 2000. The painful reality of abortion. *Nursing update*: 9, May.
- GRINNELL, R.M. 2001. Social work research and evaluation: quantitative and qualitative approaches. 6th ed. Itasca : FE Peacock Publishers. 578 p.
- HILDEBRAND, J. 1977. Abortion: With particular reference to the developing role of counseling. *British Journal of Social Work*, 7(1):3-24, Spr.

HOWES, F & GREEN, S. 1997. Buite-egtelike moederskap in die Paarl-Wellington gebied: Die tienermoeder se versorgingspotensiaal en steunstelsel. Koöperatiewe Navorsingsprogram oor die Huweliks- en Gesinslewe, Stellenbosch. Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing. Pretoria. 56 p.

JACKSON, N. 2004. Kerkhoë vra protes teen wysiging van aborsiewet. *Die Beeld*: 9,5 Aug.

JORDAAN, W. 2004. Omstrede wet oor aborsies sonder debat deurgevoer. *Die Beeld*: 2, 20 Aug.

KRETZSCHMAR, L. & HULLEY, L. 1998. Questions about life and morality. Pretoria : JL van Schaik. 270 p.

LABUSCHAGNE, F.J. & EKSTEEN, L.C. 1992. Verklarende Afrikaanse Woordeboek. 8ste uitgawe. Pretoria : Van Schaik. 1117 p.

LE ROUX, J.P. 1995. Aborsie in Suid-Afrika: 'n Maatskaplike werk perspektief. Bloemfontein : UOVS. (Proefskrif – Ph.D.) 321 p.

LE ROUX, J.P. & BOTHA, D. 1997. Aborsieberading deur die maatskaplike werker vir swanger tienerjarigers en ouer vroue. *Die Maatskaplikewerk-navorser-praktisyn*, 10(2):169–188, Nov.

LOUW, A.S. 2004. Adoption Rights of natural fathers T v C 2003 2 SA 298 (W). *Tydskrif vir hedendaagse Romeins-Hollandse Reg*, 67(1):102–114, Feb.

MANXAILE, A. 1998. Xhosa per-urban women's views on abortion as a human right: implications for a pro-impilo theological discourse on the choice of termination of pregnancy Act, no 92 of 1996, South Africa. Pietermaritzburg : University of Natal. (Dissertation – M.Th.) 205 p.

MILLNER, V.S. & HANKS, R.B. 2002. Induced abortion: An ethical conundrum for counselors. *Journal of counseling & development*, 80(1):57.

- MKHIZE, B.A. 2000. The termination of pregnancy Act of 1996: A theological ethical evaluation of abortion on demand. Pretoria : University of Pretoria. (Dissertation – M.Th.) 128 p.
- MOGANO, M.S. 1999. Factors influencing the decision of teenagers to terminate their pregnancies. Johannesburg : Rand Afrikaans University. (Mini-dissertation - M. Soc.Sc.(Social Work)) 59 p.
- MOJAPELO, PM. 2004. Judgement: The Christian Lawyers' Association. Case number 7728/2000. 24 Mei. 39 p.
- NDHLOVU, M.P. 1999. Nurses' experiences of abortion: an exploratory study of nurses experiences in assisting with termination of pregnancy in South Africa and Zambia. Western Cape : University of Cape Town. (Thesis – M.Cur.) 146 p.
- NEUMAN, W.L. 2003. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. 5th ed. Boston : Allyn and Bacon. 584 p.
- NORTHEN. H. 1995. Clinical Social Work/Knowledge and Skills. New York : Columbia University Press. 423 p.
- PRICE, H. 1983. Psycho-social adjustment of pregnant adolescents who seek legal abortion. Johannesburg : University of the Witwatersrand. (Dissertation - MA (Social Work)) 426 p.
- ROYSE, D. 2004. Research methods in social work. 4th ed. Canada : Thomson Brooks/Cole. 359 p.
- SA *kyk* SUID-AFRIKA.
- SHEAFER, B.W., HOREJSI, C.R. & HOREJSI, G.A. 1997. Techniques and guidelines for social work practice. 4th ed. Boston : Allyn and Bacon. 635 p.

SEKUDU, J. 2001. Abortion: a social work study. Pretoria : University of Pretoria. (Thesis - D. Phil.) 250 p.

STRYDOM, H. 1999. Maatskaplikewerk-navorsing. Potchefstroom : PU vir CHO. 268 p.

SUID-AFRIKA. 1996(a). Wetsontwerp op die beëindiging van swangerskap, (WB80-96). Pretoria : Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA. 1996(b). Wet op keuse oor die beëindiging van swangerskap. No 92 van 1996. Pretoria : Staatsdrukker.

TAYLOR, G.L. 1997. Women's experience of abortion – a qualitative study. East London : Rhodes University. (Thesis - M.Soc.Sc.(Social Work)) 143 p.

VAKTAALKOMITEE VIR MAATSKAPLIKE WERK. 1995. Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk. Kaapstad : CTP Book Printers. 140 p.

VAN DER BERG, R. 1997. Called to care: A Christian counseling perspective on abortion. Sinoville : Group 7 Printers & Publishers. 105 p.

VAN ROOYEN, C.A.J. 1998. Abortion: a study of final-year social work students' responses to abortion-related issues. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 34(3):295-306, Aug.

VOSLOO, S.C. 1991. Die taak van die geneeskundige maatskaplike werker met die chronies siek pasiënt in 'n provinsiale hospitaal. Potchefstroom : PU vir CHO. (Verhandeling – MA.(Maatskaplike Werk)) 290 p.

AFDELING C

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

AFDELING C

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

1. INLEIDING

In hierdie afdeling word 'n samevatting gegee, gevolgtrekkings gemaak en aanbevelings gedoen aangaande die literatuur. Empiriese bevindings ten opsigte van hierdie ondersoek word verder ook weergegee. Eerstens word gefokus op gevolgtrekkings rakende die navorsingsontwerp en –prosedures, tweedens op samevattende gevolgtrekkings rakende navorsingsbevindings en derdens op 'n algemene gevolgtrekking. Vervolgens kom die beperkings van die studie asook aanbevelings ten opsigte van teorie, die implementering in die praktyk, opleiding en navorsing ook aan die beurt. Laastens word die bydrae van die studie en die slotsom aangebied.

2. OPSOMMING

Die inwerkingtreeding van aborsiewetgewing op 1 Februarie 1997 het die implementering van aborsieverwante dienste in Potchefstroom Hospitaal genoodsaak. Sedert Oktober 1998 is maatskaplikewerk-dienslewering aan swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek, geprioritiseer. 'n Struktuur is ontwikkel waarbinne swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek, geakkommodeer kan word. Die lewering van pre-aborsieberaad neem 'n prominente plek in hierdie struktuur in en 'n behoefte aan navorsing oor pre-aborsieberaad vanuit 'n maatskaplikewerk-perspektief is geïdentifiseer. Hierdie navorsing het gedurende die periode 2003 tot 2004 gerealiseer en dit omvat 'n intensiewe literatuurstudie asook 'n empiriese ondersoek. Ten einde hierdie ondersoek in diepte uit te voer, is nie alleen swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek in die empiriese ondersoek betrek nie, maar was dit ook nodig om bepaalde insette van maatskaplike werkers te bekom. Navorsingsbevindinge fokus hoofsaaklik op die bemarking van pre-aborsieberaad en die ontwikkeling van 'n pre-aborsieberaadprogram wat aangewend word.

3. GEVOLGTREKKINGS RAKENDE DIE NAVORSINGSONTWERP EN -PROSEDURES

In hierdie pre-aborsieberaad vanuit 'n maatskaplikewerk-benadering is perspektiewe, naamlik kwantitatief en kwalitatief, in kombinasie gebruik aangesien kennis op pragmatiese gronde (gevolggeoriënteerd, probleemgesentreerd en veelvuldig) gebaseer is. Hierdie ondersoek het dus numeriese sowel as verhalende inligting behels sodat die finale databasis beide kwantitatiewe en kwalitatiewe inligting verteenwoordig. Die implementering van 'n kombinasie van die verkennende en die beskrywende navorsingsontwerp was die struktuur waarbinne antwoorde op die geïdentifiseerde navorsingsvrae verstrek is.

Vir doeleindes van hierdie ondersoek is die intervensienavorsingsmodel benut. Met die oog op data-insameling is die opnameprose op twee afsonderlike wyses gebruik, naamlik die enkelstelselontwerp deurdat vraelyste tydens in-diepte-onderhoudvoering met die swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek, op 'n voor-en-na-basis ingevul is en posvraelyste wat deur maatskaplike werkers ingevul is. Die intervensienavorsingsmodel bied die nodige raamwerk waarbinne hierdie ondersoek gefasiliteer kon word. Die proses van intervensienavorsing is in hierdie ondersoek in ses fases onderneem, naamlik probleemanalise en projekbeplanning; inligtinginsameling en sintese; vroeë ontwikkeling en voorondersoek; ontwerp, evaluasie en gevorderde ontwikkeling, en disseminasie. Binne die ruimte van die intervensienavorsing is hierdie ondersoek vanuit twee fokuspunte uitgevoer, naamlik die swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek en die taak van die maatskaplike werker ten opsigte van die lewering van pre-aborsieberaad.

Hierdie ondersoek het unieke etiese kwessies behels waarmee rekening gehou moes word. Baie etiese sake is verreken, maar ten opsigte van die swanger vroue of maatskaplike werkers is geen etiese probleme ondervind nie en sorg is gedra dat die akkuraatheid, betroubaarheid en geldigheid van die ondersoek verhoog is.

4. GEVOLGTREKKINGS RAKENDE NAVORSINGSBEVINDINGE

Met inagneming van die doelstelling van hierdie ondersoek, naamlik om op pre-aborsieberaad vanuit 'n maatskaplikewerk-perspektief te fokus, word die

gevolgtrekkings en die doelwitte vervolgens met mekaar in verband gebring. Dit word gedoen aan die hand van die artikels soos in Afdeling B uiteengesit:

4.1 Samevattende gevolgtrekkings: Aborsie as 'n morele dilemma in Suid-Afrika

Hierdie ondersoek het eerstens beoog om deur middel van 'n literatuurstudie aborsie as 'n morele dilemma in Suid-Afrika te bestudeer.

Alhoewel die terminering van swangerskap op versoek sedert 1997 wettig in Suid-Afrika is, is aborsie as 'n morele dilemma so oud soos die mensdom self. 'n Studie van die geskiedenis en die ontwikkeling van gewettigde aborsie verbreed 'n mens se kennis en vergemaklik begrip van die gekompliseerdheid daarvan as 'n morele dilemma in Suid-Afrika. Hierdie onderwerp is 'n werklikheid en emosioneel belaa en vandag nog net so relevant as in die vroegste jare.

Wetgewing verskaf 'n basis waaraan morele waardes gemeet kan word. Aborsiewetgewing maak egter die terminering van swangerskap nie vanselfsprekend in die gemeenskap aanvaarbaar nie, aangesien dit nie noodwendig in ooreenstemming is met die sosiale waardes en norme van die totale samelewing nie. Huidige aborsiewetgewing sanksioneer die terminering van swangerskap, wat vanselfsprekend verskeie morele vrae waarop geen klinkklare antwoorde gebied kan word nie ontlok en wat die aborsiedebat opnuut aanvuur. Standpunte ten opsigte van die terminering van swangerskap is sedert die vroegste geskiedenis uiteenlopend van aard en daar is oor jare heen steeds twyfel oor die versoenbaarheid van hierdie standpunt. Dit is aanduidend daarvan dat aborsie 'n morele dilemma in Suid-Afrika geword het, soos ook in die res van die wêreld.

Hierdie bevindings uit die literaturatuur bevestig dus dat doelwit een van hierdie ondersoek bereik is.

4.2 Samevattende gevolgtrekkings: Die leefwêreld van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek

Die tweede doelwit van hierdie ondersoek was om deur middel van 'n literatuurstudie en empiriese ondersoek die spesifieke leefwêreld van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, te bestudeer.

Intensiewe literatuurstudie het aan die lig gebring dat 'n ongewenste swangerskap en die terminering daarvan as opsie om die krisis die hoof te bied, aan die orde van die dag is. Voorts verkeer die swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek in 'n krisissituasie, en is sy aangewese op professionele hulp. Kwalitatiewe hulpverlening aan die swanger vrou met 'n ongewenste swangerskap noodsaak kennis en begrip van haar besondere leefwêreld. In ooreenstemming hiermee het die empiriese ondersoek bevind dat die vrou met 'n ongewenste swangerskap wat 'n aborsie versoek, 'n verskeidenheid ambivalente gevoelens ervaar, maar hoofsaaklik 'n hoë telling op die Selfpersepsieskaal toon ten opsigte van 'n gebrek aan eiewaarde, skuldgevoelens en innerlike onsekuriteit.

Die studie van die spesifieke leefwêreld van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, met verwysing na die ongewenste swangerskap, besluitnemingsproses en redes vir die aborsieversoek kon sinvol afgestem word op die profiel van die swanger vrou wat aborsie versoek het, soos tydens hierdie ondersoek saamgestel. Uit die resultate kan die gevolgtrekking dus gemaak word dat die gemiddelde swanger vrou wat by Potchefstroom Hospitaal 'n versoek om aborsie rig, ongetroud en in haar twintigerjare is, reeds 'n kind het en in 'n staat van werkloosheid verkeer. Die gemiddelde tydperk waarop sodanige vrou 'n versoek om die terminering van swangerskap rig, is tussen 8 en 10 weke draagtyd waarin sy reeds 7 dae of langer bewus is van die swangerskap. In die meeste gevalle is dit vroue wat geen kontrasepsie gebruik het nie en wat wel die swangerskap en/of die beoogde terminering van swangerskap met iemand bespreek het. Alhoewel die meeste vroue die fetus as 'n lewende wese beskou het, glo hulle dat aborsie die regte besluit is, aangesien hulle omstandighede dit regverdig. Die meerderheid swanger vroue wat 'n aborsie versoek, het ook die verwagting gekoester dat die terminering van swangerskap hulle probleme sal oplos.

Hierdie bevindings dui daarop dat die tweede doelwit van die ondersoek bereik is.

4.3 Samevattende gevolgtrekkings: Die belangrikheid van pre-aborsieberaad

Die derde doelwit van hierdie ondersoek was om die belangrikheid van pre-aborsieberaad te beklemtoon en krisisingryping as model te bespreek.

Deur middel van 'n deurdagte literatuurstudie oor krisisingryping, is daadwerklike raakpunte geïdentifiseer tussen krisisingryping en pre-aborsieberaad. Die ses stappe van krisisingryping as model is van toepassing gemaak op die lewering van pre-aborsieberaad.

Navorsingsbevindinge het die belangrikheid van pre-aborsieberaad geïllustreer. Die meerderheid swanger vroue wat 'n aborsie versoek se verantwoordelikheid ten opsigte van die gebruik van kontrasepsie om 'n herhaling van 'n ongewenste swangerskap en moontlike aborsieverzoek te voorkom is beklemtoon. Inligting gee met die oog op sinvolle en verantwoordelike besluitneming het gerealiseer en dit word in die volgende algemene bevindings bevestig:

- ❑ Die swangerskap en/of versoek om 'n aborsie is met iemand in die pasiënt se onmiddellike omgewing bespreek met die oog op ondersteuning waarna 'n gevoel van tevredenheid ervaar is.
- ❑ Die meerderheid vroue se menings ten opsigte van die terminering van swangerskap is gehandhaaf.
- ❑ Die swanger vroue is deur hulle ware motiewe vir die terminering van swangerskap gekonfronteer, en redes wat aangevoer is, was eerstens dat hulle nie gereed vir 'n kind of nog 'n kind was nie, en tweedens is die biologiese vader as rede aangevoer.
- ❑ Die lewering van pre-aborsieberaad het wel aan die swanger vroue wat 'n aborsie versoek het se verwagtings voldoen, naamlik dat hulle genoegsame inligting ten opsigte van veral die aborsieprosedure en relevante aspekte bekom het om 'n ingeligte besluit te kon neem.
- ❑ Die bespreking van alternatiewe is ook deur die swanger vroue wat 'n aborsie versoek, hoog geag. Alhoewel hulle nie noodwendig van besluit verander het nie, het die bespreking van alternatiewe die swanger vroue in staat gestel om 'n ingeligte en weldeurdagte besluit te kan neem.

By die evaluering van die terugvoering wat ten opsigte van pre-aborsieberaad ontvang is, het die meerderheid (93,39%) swanger vroue onomwonde aangedui dat hulle baat daarby gevind het. Diegene wat finaal op die terminering van swangerskap besluit het, het ook aangedui dat hulle emosioneel gereed is vir die aborsieprosedure. Dit spreek dus daarvan dat die derde doelwit van hierdie navorsing bereik is.

4.4 Samevattende gevolgtrekkings: Die taak van die maatskaplike werker ten opsigte van pre-aborsieberaad

Die laaste doelwit van hierdie navorsing was om deur middel van 'n literatuurstudie en empiriese ondersoek die mening van maatskaplike werkers te bepaal en die taak van die maatskaplike werker as pre-aborsieberader te omlyn.

Aangesien die liberalisering van aborsiewetgewing 'n maatskaplike kleur aan die terminering van swangerskap verleen het, kan dit nie van maatskaplikewerk-hulpverlening losgemaak word nie. Voorts kan aborsieverwante dienste effektief binne die multiprofessionele spanbenadering hanteer word. Die maatskaplike werker maak 'n prominente deel uit van hierdie multiprofessionele span.

Hierdie navorsing het bevind dat die meerderheid maatskaplike werkers wat aan die ondersoek deelgeneem het, ervare maatskaplike werkers was wat oor 9 jaar en meer maatskaplikewerk-ervaring beskik het, tersiêre opleiding oor ongewenste swangerskap ontvang het, maar nie kennis gedra het van pre- en post-aborsieberaad nie en oor weinig kennis van aborsiewetgewing beskik. Die meerderheid van hierdie maatskaplike werkers het persoonlik 'n neutrale houding teenoor die terminering van swangerskap gehandhaaf, maar nie toegelaat dat hulle gevoelens in die hantering van swanger vrouens wat 'n aborsie versoek, weerspieël word nie. Deurgaans is 'n nie-veroordelende houding geopenbaar en die nodige empatie betoon. Maatskaplike werkers het 'n besliste mening ten opsigte van die verwysingsstelsel waarheen die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, verwys sal word deurdat hulle aangedui het dat hulle diegene na óf die provinsiale hospitaal óf die geneesheer sal verwys. Die maatskaplike werkers wat aan hierdie ondersoek deelgeneem het, het onomwonde aangedui dat hulle die lewering van pre-aborsieberaad as 'n maatskaplikewerk-taak beskou. Daar is ook bevind dat die maatskaplike werkers oor die basiese vaardighede beskik om pre-aborsieberaad te doen. 'n Behoeftes aan opleiding in hierdie verband is

egter geïdentifiseer. 'n Spesifieke behoefte aan opleiding oor pre- en post-aborsieberaadprogramme is geprioritiseer.

In die lig hiervan is die vierde doelwit bereik en het hierdie ondersoek ook daartoe bygedra dat die maatskaplike werkers se bewustheid van pre-aborsieberaad opgeskerp is.

5. ALGEMENE GEVOLGTREKKING

Na aanleiding van die navorsingsbevindings en die bereiking van al vier gestelde doelwitte, is derhalwe in die doelstelling van hierdie navorsing geslaag, naamlik om op pre-aborsieberaad vanuit 'n maatskaplikewerk-perspektief te fokus.

Met die aanvang van hierdie ondersoek is die hipotese geformuleer dat, indien die belangrikheid van pre-aborsieberaad vir swanger vroue wat die terminering van swangerskap versoek, beklemtoon kan word en aansluiting gevind kan word by die swanger vrou se leefwêreld en spesifieke behoeftes, 'n meer effektiewe maatskaplikewerk-diens aan sodanige vroue gelewer kan word.

In die lig van al die bevindings is gestelde hipotese met hierdie studie derhalwe korrek bewys.

6. BEPERKINGS VAN DIE STUDIE

Alhoewel deeglike beplanning gedoen is ten einde leemtes tot die minimum te beperk en kontinuïteit van die ondersoek te verseker, is beperkinge geïdentifiseer wat nie uitgeskakel kon word nie. Die volgende beperkings is geïdentifiseer:

- ❑ Min literatuur ter ondersteuning van hierdie navorsingsprojek is beskikbaar. Hierdie probleem kan toegeskryf word aan die relatief nuwe terrein wat nagevors word. Beskikbare oorsese materiaal kan nie noodwendig op die Suid-Afrikaanse konteks toegepas word nie. Veral Suid-Afrikaanse literatuur sedert die implementering van die aborsiewetgewing is veral beperk.
- ❑ Tydens die voorondersoek is besonder baie moeite gedoen met die versorging van die vraelyste en aan erkenning aan die respondente by wyse van 'n motiverende boekmerkie. Dog kon die uitgee van hierdie boekmerkies

gedurende die hoofondersoek nie realiseer nie as gevolg van die finansiële impak daarvan.

- ❑ Die swanger vroue wat 'n aborsie versoek het en deel uitgemaak van die bestaande pre-aborsieberaadprogram is by die empiriese ondersoek betrek. Alhoewel dit die eerste en laaste beraadssessies gerig het, het die invul van die vraelyste soms die betrokke beraadssessies uitgereg en beplanning bemoeilik en sodoende is die toegelate tyd vir die sessies oorskry. Gevolglik is 'n opeenhoping van pasiënte in die wagkamer veroorsaak, en as gevolg van werkdruk kon die aantal afsprake per dag nie verminder word nie met gevolglike langer werksure.
- ❑ Indien 'n swanger vrou tussen die eerste en laaste beraadssessie besluit het om met die swangerskap voort te gaan, het sy in die meeste gevalle die volgende afspraak nie nagekom nie en die natoets dus nie ingevul nie. Gevolglik het waardevolle inligting wat in die natoets bruikbaar kon gewees het, verlore gegaan, en data van diesulkes was derhalwe nie vergelykbaar nie.
- ❑ Die empiriese ondersoek met betrekking tot die maatskaplike werkers was problematies. Die terugvoer wat van die maatskaplike werkers ontvang is, was aanvanklik swak en die proses moes herhaal word. 'n Totale responskoers van 23,64% is ontvang teenoor die norm van 50% (De Vos *et al.*, 2002:172). Dit word dus as 'n beperkende faktor tydens hierdie ondersoek beskou.
- ❑ Die herhaling van die uitstuur van die posvraelyste aan die maatskaplike werkers het addisionele finansiële implikasies gehad waarvoor nie begroot is nie.

7. AANBEVELINGS

Die aanbevelings van hierdie ondersoek word gedoen met betrekking tot teorie, die praktyk, opleiding en verdere navorsing.

7.1 Teorie

Ten opsigte van teoretiese kennis binne die maatskaplikewerk-dissipline word die volgende aanbevelings gemaak:

- ❑ Die ontwikkeling van teoretiese perspektiewe ten opsigte van die hantering van die vrou wat deur 'n terminering van swangerskap gekonfronteer is en die psigo-sosiale invloed daarvan op sodanige vrou.
- ❑ Die ontwikkeling van 'n teoretiese onderbou ten opsigte van pre- en post-aborsieberaad met die oog op die ontwikkeling van programme vir beraders.

- 'n Teoretiese maatskaplikewerk-perspektief vir die ontwikkeling van 'n program vir die gespesialiseerde opleiding en bemagtiging van maatskaplike werkers as beraders word sterk aanbeveel.

7.2 **Praktyk**

Die volgende aanbevelings word gemaak ten opsigte van die hantering van pre-aborsieberaad in maatskaplikewerk-praktyk:

- Die voortsit, bemarking en versterking van die huidige struktuur van 'n multiprofessionele spanbenadering en dienslewering ten opsigte van pre-aborsieberaad en die hantering van aborsieverwante sake in Potchefstroom Hospitaal.
- Die voortsetting van drie pre-aborsieberaadssessies vir die swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek, moet gehandhaaf word.
- Aanpassings in die bestaande pre-aborsieberaadprogram wat afgestem is op die spesifieke behoeftes van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek, moet dienooreenkomstig gemaak word.
- Ten opsigte van primêre voorkoming word inligtingsessies by skole en motiveeringspraatjies by sosiale geleenthede sterk aanbeveel.
- Artikels en berigte in die omgewingsnuusblaai behoort aangemoedig te word met die oog daarop om die publiek met kennis oor hierdie aktuele onderwerp toe te rus.
- Aborsieverwante sake maak deel uit van maatskaplikewerk-praktyk waarvan die maatskaplike werkers in die hedendaagse praktyk toenemend moet kennis neem, veral ten opsigte van die implikasies van die terminering van swangerskap, en hulle betrokkenheid moet deurgaans aangemoedig word.
- Aanmoediging van maatskaplike werkers om veral by post-aborsieberaad betrokke te raak en hulle toe te rus om die vrou wat haar reprodutiewe reg uitgeoefen het, te hanteer.
- Die ontwikkeling van ondersteuningsprogramme vir pre-aborsieberaders word aanbeveel.

7.3 **Opleiding**

Die volgende aanbevelings rakende tersiêre opleiding van maatskaplikewerk-studente asook indiensopleiding van maatskaplike werkers in die praktyk verdien aandag:

- ❑ Deur die ontwikkeling en handhawing van 'n positiewe werksverhouding tussen die inrigting waar pre-aborsieberaad realiseer en die terminering van swangerskappe gedoen word en die opleidingsinstansies, kan geleenthede geskep word vir praktiese opleiding van maatskaplikewerk-studente ten opsigte van aborsieverwante sake.
- ❑ Blootstelling van maatskaplikewerk-studente gedurende hulle tersiêre opleiding aan verskeie aborsieverwante aspekte om hulle praktykgereed te maak vir die hantering van hierdie probleem met sy diep maatskaplike inslag, word aanbeveel.
- ❑ Fokus in tersiêre opleiding op teoretiese perspektiewe soos krisisingryping en multiprofessionele spanbenadering om 'n effektiewe maatskaplikewerk-diens aan die swanger vrou wat die terminering van swangerskap oorweeg te lewer, word aanbeveel.
- ❑ Deurlopende indiensopleiding vir maatskaplike werkers ten opsigte van post-aborsieberaad, aangesien dit na geruime tyd 'n aanmeldingsprobleem by die gesinsorgwerker en huweliksberader kan wees, sal die maatskaplike werker beter bekwaam om die vrou wat aansoek doen om aborsie beter te hanteer.

7.4 Navorsing

Aborsieverwante sake is aktueel en verander daagliks, met die gevolglike behoefte aan resente en deurlopende navorsing ten opsigte van verskeie aspekte rakende hierdie sensitiewe onderwerp soos die volgende:

- ❑ Met inagneming daarvan dat literatuur ten opsigte van aborsieverwante sake na die inwerkingtreding van wetgewing beperk is, kan navorsingsprojekte oor die implikasies van die aborsiewetgewing onderneem en in die teorie vervat word.
- ❑ Die aspek van toestemming tot die terminering van swangerskap behoort nagevors te word. Dit impliseer die toestemming van die swanger minderjarige en die swanger getroude vrou om 'n swangerskap te laat termineer, en die implikasies daarvan kan deur navorsing bepaal word.
- ❑ Die biologiese vader word soms as rede vir 'n terminering van swangerskap aangedui. Dit impliseer onder andere verkragting, finansiële redes, verlating en emosionele onbetrokkenheid. Hierdie aspekte verg meer in-diepte studie ten einde aandag te kan skenk aan hierdie rede vir die terminering van swangerskap as maatskaplike probleem.

- ❑ Die rol en betrokkenheid van die biologiese vader by die terminering van swangerskap kan deur middel van navorsing uiteengesit word. Deur middel van verdere studie en 'n dienooreenkomstige plan van aksie kan die biologiese vader meer aktief by die terminering van swangerskap betrek word en sy verantwoordelikheid in hierdie opsig opgeskerp word.
- ❑ Die toestemming tot die terminering van swangerskap deur die minderjarige behoort verder nagevors word. Benewens enkele hooggeregshofuitsprake ten opsigte daarvan, is daar sedert die implementering van aborsiewetgewing in 1997 slegs beperkte inligting beskikbaar oor aspekte soos die minderjarige se ouers se reaksie daarop, die reg van die minderjarige om sodanige besluit te neem en haar psigiese toereikendheid om die gevolge van haar besluit te besef.

8. DIE BYDRAE VAN HIERDIE STUDIE

Met inagneming daarvan dat relatief min resente literatuur beskikbaar is oor pre-aborsieberaad vanuit 'n maatskaplikewerk-perspektief, het hierdie navorsing die volgende bydraes gelewer naamlik:

- ❑ Die bevordering van effektiewe maatskaplikewerk-hulpverlening aan die swanger vrou wat 'n aborsie versoek.
- ❑ Die ontwikkeling van 'n sensitiwiteit ten opsigte van die leefwêreld van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek en die implementering van die ooreenkomstige pre-aborsieberaadprogram.
- ❑ Hierdie navorsing bied 'n raamwerk vir die verfyning van die bestaande pre-aborsieberaadprogram wat die behoeftes van die spesifieke swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek onder die loep neem.
- ❑ Deur middel van hierdie ondersoek is empiriese bevindings gemaak ten opsigte van die swanger vrou wat die terminering van swangerskap in Potchefstroom Hospitaal versoek wat die Departement Gesondheid, Noordwes Provinsie bruikbaar kan vind.
- ❑ Hierdie ondersoek bevestig dat maatskaplike werkers meer bewus gemaak is van aborsieverwante sake en dat hulle betrokkenheid ten opsigte daarvan opgeskerp is en 'n bydrae sodoende tot die maatskaplike werker se toerusting ten opsigte van aborsieverwante sake gelewer is.

- Hierdie ondersoek het 'n bydrae gelewer tot die maatskaplikewerk-professie met betrekking tot kennis aangaande die hantering van die swanger vrou wat 'n aborsie versoek en dienooreenkomstige maatskaplikewerk-dienslewering.
- Dit is ondersoeker se persoonlike lewensfilosofie in die lewering van pre-aborsieberaad om te fokus op 'n empatiese en begrypende benadering. Alles moontlik word gedoen om ten tye van die pre-aborsieberaadssessies inligting deur te gee en die swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek, met kennis toe te rus ten einde haar in staat te stel om 'n selfstandige en verantwoordelike besluit te kan neem. Daar word geen aanbeveling ten opsigte van 'n pasiënt gemaak met betrekking tot besluitneming nie. Daar word uitsluitlik aanspraak gemaak op die swanger vrou wat die terminering van swangerskap versoek se selfbeslissingsreg. Dit laat haar gevolglik vry voel om te eniger tyd weer op post-abortiewe vlak om maatskaplikewerk-hulp aan te klop.

9. SLOTSOM

Die terminering van swangerskap met sy diep maatskaplike inslag het part en deel geword van die hedendaagse samelewing asook van die maatskaplikewerk-praktyk. Dit het baie duidelik na vore gekom dat die swanger vrou wat 'n aborsie versoek se leefwêreld eiesoortige kenmerke het waarmee in die lewering van pre-aborsieberaad rekening gehou moet word. Aborsieverwante sake kan effektief binne multiprofessionele spanverband aandag geniet. Intensiewe pre-aborsieberaad word as noodsaaklik geag vir die swanger vrou wat 'n aborsie as opsie oorweeg, en krisisingryping word as die model vir pre-aborsieberaad beskou.

Hierdie studie het daarin geslaag om 'n bewustheid by maatskaplike werkers te ontwikkel dat die implikasies van die terminering van swangerskap wyer uitkring en nie alleen die vrou wat die aborsie ondergaan het raak nie, maar ook haar gesin, familie, gemeenskap en samelewing. Hierdie studie van pre-aborsieberaad vanuit 'n maatskaplikewerk-perspektief kan derhalwe 'n positiewe bydrae lewer tot maatskaplikewerk-teorie, praktyk en opleiding en ook dien as motivering vir verdere navorsing.

AFDELING D

ADDENDUMS

ADDENDUM A
SKRYWE AAN DIE WAARNEMENDE HOOF UITVOERENDE BEAMPT

DEPARTMENT OF HEALTH
NORTH WEST PROVINCE / REPUBLIC OF SOUTH AFRICA
KLERKSDORP/TSHEPONG/POTCHEFSTROOM/WITRAND HOSPITAL COMPLEX
POTCHEFSTROOM HOSPITAL

All correspondence to be addressed to:
The Hospital General Manager
Potchefstroom Hospital
C/o Botha- and Kruis Street
Private Bag X938
POTCHEFSTROOM 2520



K/T/P/W HOSPITAL COMPLEX

TEL: 018 - 293 4400
FAX: X4700/4447
E-MAIL: 018 - 293 1729
Ref/ Potchgen@nwpg.org.za
Enq: Me HS HUMPEL

21-11-2002

For attention : Dr Sooliman

THE ACTING CHIEF EXECUTIVE OFFICER
KTPW-HOSPITAL COMPLEX

Dr Sooliman

DOCTORATE STUDIES : ME HS HUMPEL : 2003/2004

I refer to my conversation of 03-10-2002 with you relating to the abovementioned subject.

The following documents are attached for your consideration and attention please:

- ☐ Letter in support of my request form the Head of the Department Social Work of the local university (Potchefstroom University for Christian Higher Education).
- ☐ Request for special leave – study leave – for the period 01-10-2003 – 30-09-2004. (Period of 12 months).

1. BACKGROUND

I assumed duty at Potchefstroom Hospital on 01-10-1998. Prior to my assumption of duty pre-abortion counseling did not exist. I was instructed to implement and prioritized pre-abortion counseling. I had no previous knowledge in this field. There was no infrastructure at the said hospital for pre-abortion counseling. I had to study the relevant act, literature and other guidelines to ensure quality pre-abortion counseling. Self-development in this field had to be prioritized. Much of my private time after official hours has utilized to able met to come to grip with the said act, literature and other guidelines. I am not going to elaborate as to how knowledge was obtained. At the beginning of 1999 a package was put into place at Potchefstroom Hospital rendering quality pre-abortion counseling to applicants who requested the termination of pregnancies. Since the latter date this package that has been put into place has been adapted to keep with the latest development on this subject.

Not only have patients requesting termination of pregnancies benefited, but the following have also been achieved:

- ☐ Affiliation with SACares for Life.

- In-service training of social workers at Klerksdorp and Tshepong hospitals and also social workers at Potchefstroom and Witrand hospitals.
- Reaching out the broader community by accepting requests to act as a guest speaker on this subject, e.g. churches, Rotary Clubs and the Actuality Committee.
- Since 1998 I have been involved in the practical training of social work students in their final year from the local university (PU for CHE) on various facets including the termination of pregnancies.
- On a yearly basis I am involved in lecturing at the local university (PU for CHE) on various aspects on the termination of pregnancies on request of the Head of the Department Social Work.

2. CURRENT CIRCUMSTANCES/ADVANTAGES

In the light of what has been said previously, the focus was quality social work services to patients requiring pre-abortion counseling when requests were received for termination of pregnancies. In the accompanying letter by Prof Strydom it is correctly stated that I have been requested to conduct a scientific research in this field and to record my facts and findings in a doctoral thesis.

I have decided to accept the challenge:

- In the framework of the hospital, focus is placed on the period before the patient undergoes an abortion because it is a drastic decision and a traumatic experience. It is clear that there is a need for pre-abortion counseling to entitle the patient to make an informative and responsible decision.
- An improved package can be developed by the Department of Health in North West and be implemented to the advantage of patients requesting the termination of pregnancies. An improved package would ensure that patients take an informative and responsible decision.
- In furthering my studies I shall attempt to motivate other social workers to get involved in pre-abortion counseling.
- My studies must also be seen as an opportunity to strengthen working relations between Department of Health, Potchefstroom Hospital and the local university. A positive image will be created of Potchefstroom Hospital and Department of Health, North West Province.
- My studies will strengthen the infrastructure of Potchefstroom Hospital to the benefit of the broader community of Potchefstroom and the North West Province.

3. PLANNING OF DOCTORATE STUDIES

- 3.1 A research proposal has to be submitted in the beginning of 2003. The research has to deal with the following questions:
 - 3.1.1 The background relating the period before the implementation of Choice on Termination of Pregnancy Act, no 92 of 1996.
 - 3.1.2 The value of pre-abortion counseling to patients requesting the termination of pregnancies at Potchefstroom Hospital should be determined. To develop a measure instrument (questionnaire) which could be utilized on ascertaining the growth of the patient before pre-abortion counseling and thereafter. (2003)
 - 3.1.3 The needs/requirements and motivation of medical social workers to attract their involvement in pre-abortion counseling. (2004).
 - 3.1.4 To develop a program to achieve the practical implementation of the above with success.

- 3.2 Intensive literature study on various aspects relating to the research on the termination of pregnancies and rendering pre-abortion counseling will be done.
- 3.3 Regular interaction between the moderator and myself must materialized relating to the research process also as to the termination of pregnancies and rendering of pre-abortion counseling.
- 3.4 If permission could be obtained to utilize the infrastructure of Potchefstroom Hospital for the research phase, several facets of my daily work relating to the termination of pregnancies and pre-abortion counseling could assist with the development of a program of a very high standard. Confidentiality will be adhered to as currently requested.
- 3.5 If permission is granted to me as requested, I intend to compile the four scientific articles and to publish same in the requested format.

4. PLANNING OF MY CURRENT WORK SITUATION

- 4.1 To enable me to proceed with my research and doctoral thesis it is of the utmost importance that the required special leave of 12 months be considered and granted with full pay (Resolution no 5 of 2001).
- 4.2 The rendering of pre-abortion counseling at my workplace forms the basis of my research. If the requested special leave is granted to me, I undertake to render the service of pre-abortion counseling twice per week at my workplace. Statistics indicates that it is possible to render the service to at least 10 patients per day, which is the average over a long term.
- 4.3 I have discussed my intention with my colleague, Me Nkomo, and she is willing and able to perform my other duties in my absence. If for any reason Me Nkomo is absent or cannot cope, a social worker from Witrand Hospital could assist. All of them are equipped to work in an acute hospital

5. FINANCIAL IMPLICATIONS

- 5.1 The local university (PU for CHE) has undertaken to consider the granting of a bursary of R12500 to me if my application to your office is successful.
- 5.2 The training committee of the KTQP-Complex has recommended that in addition to the bursary, I must apply for a civil servant bursary.
- 5.3 My request will have no extra financial implication for Potchefstroom Hospital.

6. EVALUATION

- 6.1 In evaluation my request in toto, I am of the opinion that in furthering my studies it will be to the advantage of my Department. My research will be relevant to my daily work performed. The image of Potchefstroom Hospital and the Department of Health will be served in a positive manner in that quality services will be rendered to the community at large.

- 6.2 Colleagues could be motivated to such an extent that they get involved in pre-abortion counseling.
- 6.3 The good relations that exist between Potchefstroom Hospital and the local university will further improve.
- 6.4 It is also clear that I cannot proceed with my research and doctoral studies if the following is not granted to me:
 - 6.4.1 Twelve months special leave from 01-10-2003 – 30-09-2004.
 - 6.4.2 Utilizing of the infrastructure of Potchefstroom Hospital.
 - 6.4.3 Bursary (PU for CHE).
- 6.5 My motives in obtaining a doctorate degree are pure. I am aware that there will be no financial gain. Yes, it will pose a challenge to me, which will relate in the improvement of quality of work.

7. REQUEST

I humbly request the following to be considered:

- 7.1 Permission is granted to the undersigned to perform her research within her work environment and the infrastructure of Potchefstroom Hospital be utilized as far as it relates to the research.
- 7.2 Special leave be granted for a period of 12 months (01-10-2003 – 30-09-2004) with pull pay.

8. GENERAL

It will be appreciated if the request could be considered without delay as the application and granting of a bursary depends on the outcome of my request. Your assistance is highly appreciated. Please be assuring of my loyalty to the Department and Potchefstroom Hospital in general.

HS Hummel
Me HS HUMMEL

CHIEF SOCIAL WORKER

COMPLEX/HOSPITAL THE VISION: To be the model of a decentralized Provincial referral Hospital Complex in South Africa
THE MISSION: The delivery of comprehensive hospital based health care services in the Potchefstroom / Mookgeloop district, the delivery of secondary health care services for certain regions in the North West Province and the delivery of certain tertiary health care services for the North West Province. The delivery of specialized Mental Health care services to certain regions and to the North West Province
THIS IS ACHIEVED by adhering to a performance framework in terms of finances and quality service delivery. Our shared values are the adherence to Batho Pele principles, Patients Right Charter and striving for empowerment, through decentralized management with community participation, implementing the Work Improvement Team Strategy

ADDENDUM B MOTIVERINGSKRYWE



Potchefstroomse Universiteit
vir Christelike Hoër Onderwys

Dr. E.O.G. Sooliman
Acting Chief Executive Officer
Potchefstroom Hospital
Private Bag X933
Potchefstroom
2531

Potchefstroom University
for Christian Higher Education
Private bag X6001 Potchefstroom 2520
Tel (018) 299 1111 Fax (018) 299 2799
<http://www.puk.ac.za>
School for Psycho-Social
Behavioural Sciences: Social Work
Tel (018-2991677
E-Mail mwkhs@puknet.puk.ac.za

2002-10-31

Dear Dr. Sooliman

DOCTORATE STUDIES: ME SUSAN HUMPEL

I was asked by me Humpel to write this letter or recommendation to you, as you know she intends doing her PhD-studies on termination of pregnancy. Candidate has experience of many years of this topic. She has also been involved in the field training of third and fourth year Social Work students at the Potchefstroom and Witrand Hospitals. I attended many of her speeches on this topic and during the early months of 2002 mentioned to her that all this information about termination of pregnancy should be compiled in a research project.

The empirical part of the research for this study can be done as part of her daily routine in the hospital and should not amount to anything more than what she is already doing. Permission is however required from your office to utilise the infrastructure of the hospital for the purposes of this project. The intended project will definitely make an impact on candidate's scientific practice in her field and also on the collaboration between the Department of Health (and specifically the Potchefstroom Hospital) and Potchefstroom University for Christian Higher Education.

Although she will be able to do her empirical research as part of her daily practice in the hospital, she will definitely need special study leave of at least 12 consecutive months during 2004. During this period she will have to do her literature study and writing up of the gathered data in a proper research report. The candidate is also applying for a bursary from the PU for CHE and the project will have no financial implications on the hospital.

I will act as her promoter for the PhD-study and will guide her to the best of my ability.

Your urgent attention to this request will be highly appreciated.

Prof. H. Strydom
Subject Head: Social Work

ADDENDUM C
TOESTEMMING VAN DIE ETIEKKOMITEE
POTCHEFSTROOM HOSPITAAL



DEPARTMENT OF HEALTH : NORTH WEST PROVINCE
KLERKSDORP/TSEHPONG/POTCHEFSTROOM/WITRAND HOSPITAL COMPLEX
POTCHEFSTROOM HOSPITAL



All correspondence to be addressed to:
 The General Hospital Manager
 Potchefstroom Hospital
 C/o Botha- and Kruis Street
 Private Bag X938
 POTCHEFSTROOM 2520



K/T/P/W HOSPITAL COMPLEX

TEL: 018 - 2977011 X 111
FAX: 018 - 293 1729
E-MAIL: Potchhos@nwpg.org.za
 Potchgen@nwpg.org.za
Ref/Enq: Dr PW Etsebeth

4 June 2003

Mrs H.S. HUMPEL
Private Bag X938
POTCHEFSTROOM
2520

ETHICS COMMITTEE APPROVAL
RESEARCH PROPOSAL Ph.D (Social Work)
PRE-ABORTION COUNSELLING: A Social Work Approach

We would like to inform you that your Research Proposal was discussed at an Institutional Ethics Committee meeting on 3 June 2003. All the panel members were satisfied with your proposal and recommend the proposal to be approved. Please note that this committee can only recommend and that the final approval lies with our Head Office.

You are kindly requested to forward this letter of recommendation together with your Research Proposal to the Departmental Research Committee for their decision.

The committee thanks you for your interest in our hospital doing your research at our institution. Our best wishes accompany you during your study period.

Yours sincerely

DR PW ETSEBETH
CHAIRPERSON: ETHICS COMMITTEE
POTCHEFSTROOM HOSPITAL

COMPLEX/HOSPITAL THE VISION: To be the model of a decentralized Provincial referral Hospital Complex in South Africa
THE MISSION: The delivery of comprehensive hospital based health care services in the Potchefstroom / Klerksdorp district, the delivery of secondary health care services for certain regions in the North West Province and the delivery of certain tertiary health care services for the North West Province. The delivery of specialized Mental Health care services to certain regions and to the North West Province
THIS IS ACHIEVED by adhering to a performance framework in terms of finances and quality service delivery. Our shared values are the adherence to Batho Pele principles, Patients Right Charter and striving for empowerment, through decentralized management with community participation, implementing the Work Improvement Team Strategy

ADDENDUM D
SKRYWE AAN DIE DEPARTEMENTELE NAVORSINGSKOMITEE,
MMABATHO



DEPARTMENT OF HEALTH
NORTH WEST PROVINCE / REPUBLIC OF SOUTH AFRICA
KLERKSDORP/TSHEPONG/POTCHEFSTROOM/WITRAND HOSPITAL COMPLEX
POTCHEFSTROOM HOSPITAL



All correspondence to be addressed to:
 The Hospital General Manager
 Potchefstroom Hospital
 C/o Botha- and Kruis Street
 Private Bag X938
 POTCHEFSTROOM 2520



K/T/P/W HOSPITAL COMPLEX

TEL: 018 – 293 4400
FAX: X4700/4447
E-MAIL: 018 – 293 1729
Ref/ Potchgen@nwpg.org.za
Eng: Me HS HUMPEL

05-06-2003

For attention : Departmental Research Committee

THE DEPUTY DIRECTOR
DEPARTMENT OF HEALTH
NORTH WEST PROVINCE
PRIVATE BAG X2068
MMABATHO
2735

APPROVED RESEARCH PROPOSAL : ME HS HUMPEL : 2003/2004
Ph.D (Social Work)

I herewith submit my approved research proposal as recommended by the Ethics Committee, Potchefstroom for your approval.

Your prompt response will be appreciated.

Yours faithfully

HS HumpeL
 Me HS HUMPEL

CHIEF SOCIAL WORKER
Me NE MSINDO-MAYENG
HOSPITAL GENERAL MANAGER
POTCHEFSTROOM HOSPITAL

COMPLEX/HOSPITAL THE VISION: To be the model of a decentralized Provincial referral Hospital Complex in South Africa
THE MISSION: The delivery of comprehensive hospital based health care services in the Potchefstroom / Klerksdorp district, the delivery of secondary health care services for certain regions in the North West Province and the delivery of certain tertiary health care services for the North West Province. The delivery of specialized Mental Health care services to certain regions and to the North West Province.
THIS IS ACHIEVED by adhering to a performance framework in terms of finances and quality service delivery. Our shared values are the adherence to Batho Pele principles, Patients Right Charter and striving for empowerment, through decentralized management with community participation, implementing the Work Improvement Team Strategy

Selfpersepsieskaal - (SPS) - Self-Perception Scale



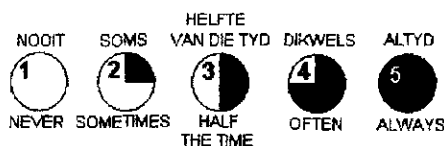
ADDENDUM E

Naam:

SELFPERSEPSIESKAAL (SPS2)

Hierdie vraelys in ontwerp om inligting aangaande die persepsie wat u van uself het, te bekom. Beantwoord die onderstaande items so vinnig en eerlik moontlik. Moenie te lank probeer redeneer oor 'n item nie. Die eerste antwoord wat by jou opkom, is gewoonlik die mees akkurate een. Merk die relevante nommer met 'n X deur gebruik te maak van die volgende skaal:

With this questionnaire we would like to get an impression of the perception you have of yourself. Grade yourself as quickly and as honestly as possible. Do not speculate too long before you answer. The first answer that comes to mind is usually the correct one. Mark the relevant number with a X, using the following scale:



I feel worthless.	1. ① ② ③ ④ ⑤	Ek voel nikswaard.
I live with self-reproach.	2. ① ② ③ ④ ⑤	Ek leef met selfverwyte.
I become scared.	3. ① ② ③ ④ ⑤	Ek raak bang.
I am afraid of the future.	4. ① ② ③ ④ ⑤	Ek is bang vir die toekoms.
I feel threatened by my current circumstances.	5. ① ② ③ ④ ⑤	Ek voel bedreig deur my huidige omstandighede.
I am afraid to fail.	6. ① ② ③ ④ ⑤	Ek is bang om te misluk.
I blame myself.	7. ① ② ③ ④ ⑤	Ek veroordeel myself.
I find it difficult to accept myself.	8. ① ② ③ ④ ⑤	Ek sukkel om myself te aanvaar.
I feel unimportant.	9. ① ② ③ ④ ⑤	Ek voel onbelangrik.
I feel like a failure.	10. ① ② ③ ④ ⑤	Ek voel soos 'n mislukking.
Everything is my fault.	11. ① ② ③ ④ ⑤	Alles is my skuld.
I feel I deserve punishment.	12. ① ② ③ ④ ⑤	Ek voel ek verdien straf.
I feel I am a hopeless person.	13. ① ② ③ ④ ⑤	Ek voel ek is 'n hopelose mens.
I feel ashamed of myself.	14. ① ② ③ ④ ⑤	Ek voel skaam vir myself.
I am afraid that I will be hurt emotionally.	15. ① ② ③ ④ ⑤	Ek is bang ek gaan emosioneel seerkry.
I feel guilty.	16. ① ② ③ ④ ⑤	Ek voel skuldig.
Feelings of guilt control my life.	17. ① ② ③ ④ ⑤	Skuldgevoelens beheer my lewe.
I am afraid people will reject me.	18. ① ② ③ ④ ⑤	Ek is bang mense sal my verwerp.
My circumstances make me feel uncertain.	19. ① ② ③ ④ ⑤	My omstandighede laat my onseker voel.

In order to ensure professional service of outstanding quality, this questionnaire is printed in blue on a white background. Should you suspect that you are given a pirate copy of the original form, please contact us at the above address. It is in your own interest to guard against copyright infringement of this nature.

Perspektief Training College, PO Box 20842, Noordbrug, 2522, Tel (018) 297 3716, Fax (018) 297 4775

© Copyright 2002, AC Faul, AJ Henekom

Illegal to copy or reproduce in any way whatsoever

ADDENDUM F
VOORONDERSOEK : PASIËNTE
VRAELYS MET DIE AANVANG VAN PRE-ABORSIEBERAAD

Nommer:

VRAELYS MET AANVANG VAN PRE-ABORSIEBERAAD

VERTROULIK

AFDELING A

1. Verstrek u huidige ouderdom in jare

--	--

2. Verstrek u onderwyspeil

GEEN	LAERSKOOL	HOËRSKOOL	TERSIËRE OPLEIDING
------	-----------	-----------	--------------------

3. Wat is u beroep?

HUISVROU	WERKEND	DEELTYDSE WERK	WERKLOOS	STUDENT	SKOLIER
----------	---------	----------------	----------	---------	---------

4. Verstrek u huwelikstaat

GETROUD	TRADISIONELE HUWELIK	ONGETROUD	GESKEI	WEDUWEE	VERVREEMD
---------	----------------------	-----------	--------	---------	-----------

5. Hoe lank is u reeds bewus van die swangerskap?

1 DAG	2 DAE	3 DAE	4 DAE	5 DAE	6 DAE	7 DAE +
-------	-------	-------	-------	-------	-------	---------

6.1 Het u vir enigiemand vertel dat u **SWANGER** is?

JA	NEE
----	-----

6.2 Indien wel, vir wie het u van die **SWANGERSKAP** vertel?

BIOLOGIESE VADER	OUERS	ANDER FAMILIELID	VRIEND/ VRIENDIN
------------------	-------	------------------	------------------

7. Wil u nou 'n baba hê?

JA	NEE
----	-----

8.1 Het u enige kontrasepsie gebruik?

JA	NEE
----	-----

8.2 Indien wel, watter vorm van kontrasepsie het u gebruik?

KONDOMME	DIE PIL	INSPUITING	DIAFRAGMA	IUCD	ANDER	STERILISASIE
----------	---------	------------	-----------	------	-------	--------------

9. Is u van mening dat die fetus nou al 'n lewende wese is?

JA	NEE
----	-----

10. Dink u daar is 'n verband tussen seks en swangerskap?

JA	NEE
----	-----

11. Was abortsie die eerste gedagte wat by u opgekom het?

JA	NEE
----	-----

12.1 Het u vir enigiemand vertel dat u **ABORSIE** oorweeg?

J A	N E E
-----	-------

12.2 Indien wel, vir wie het u van u **BEOOGDE ABORSIE** vertel?

BIOLOGIESE VADER	O U E R S	ANDER FAMILIELID	VRIEND/ VRIENDIN
------------------	-----------	------------------	------------------

13. Is u deur enigiemand oorreed om 'n aborsie te laat doen?

J A	N E E
-----	-------

14. Dink u dat daar ander opsies is behalwe aborsie?

J A	N E E	O N S E K E R
-----	-------	---------------

15. Merk in volgorde van belangrikheid wat u as alternatiewes sou oorweeg:

ABORSIE	
AANNEMING	
PLEEGSORG	
OM BABA TE BEHOU	
GEENEEN VAN BOGENOEMDE NIE	

16. Sou u sê dat 'n besluit om 'n aborsie te ondergaan, impulsief geneem kan word?

J A	N E E	O N S E K E R
-----	-------	---------------

17. Is u van mening dat dit belangrik is om pre-aborsie beraad te ontvang?

J A	N E E	O N S E K E R
-----	-------	---------------

18. Dink u dat u baat sal vind by pre-aborsie beraad?

J A	N E E	O N S E K E R
-----	-------	---------------

19. Voltooi die sin deur die verkeerde woord dood te trek.
Is aborsie volgens u mening **REG / VERKEERD** ?

20. Regverdig u spesifieke omstandighede u versoek tot aborsie?

J A	N E E	O N S E K E R
-----	-------	---------------

21. Dink u dat 'n aborsie u maatskaplike probleme sal oplos?

	J A	N E E	O N S E K E R
--	-----	-------	---------------

AFDELING B

1. Hoe dink u wat is aborsie?

2. Hoekom wil u nie nou 'n baba hê nie?

3. Waarom wil u 'n aborsie laat doen?

4.1. Indien u vir iemand van u **SWANGERSKAP** vertel het, hoekom het u dit gedoen?

4.2 Indien u **nie** vir iemand van u **SWANGERSKAP** vertel het nie, hoekom wou u dit nie doen nie?

5.1 Indien u vir iemand van u beoogde **ABORSIE** vertel het, hoekom het u dit gedoen?

5.2 Indien u **nie** vir iemand van u versoek om **ABORSIE** vertel het nie, hoekom het u dit nie oorweeg nie?

6. Hoekom is dit vir u belangrik om pre-aborsie beraad te ontvang?

7. Waaroor sou u meer tydens pre-aborsie beraad wou weet?

Baie dankie vir u samewerking.

Me H S HUMPEL
HOOF MAATSKAPLIKE WERKER
POTCHEFSTROOM HOSPITAAL

Number:

QUESTIONARE PRIOR TO PRE-ABORTION COUNSELING**CONFIDENTIAL****SECTION A**

1. State your age in years.

--	--

2. State your highest education level.

NONE	PRIMARY SCHOOL	HIGH SCHOOL	TERTIARY TRAINING
------	----------------	-------------	-------------------

3. State your occupation.

HOUSEWIFE	WORKING	PART TIME WORKING	UNEMPLOYED	STUDENT	SCHOLAR
-----------	---------	-------------------	------------	---------	---------

4. State your marital status.

MARRIED	TRADITIONALLY MARRIED	UNMARRIED	STAYING TOGETHER	DIVORCED	WIDOW	SEPARATE
---------	-----------------------	-----------	------------------	----------	-------	----------

5. For how long have you been aware of your pregnancy?

1 DAY	2 DAYS	3 DAYS	4 DAYS	5 DAYS	6 DAYS	7 DAYS +
-------	--------	--------	--------	--------	--------	----------

- 6.1 Have you informed someone of your
- PREGNANCY**
- ?

YES	NO
-----	----

- 6.2 If you have informed someone of your
- PREGNANCY**
- , who did you inform?

BIOLOGICAL FATHER	PARENTS	RELATIVE	FRIEND
-------------------	---------	----------	--------

7. Do you want a baby now?

YES	NO
-----	----

- 8.1 Did you use any contraceptives?

YES	NO
-----	----

- 8.2 If you did use contraceptives, kindly indicate.

CONDOMS	PILL	DEPO PROVERA	DIAPHRAGM	IUCD	OTHER	STERILISATION
---------	------	--------------	-----------	------	-------	---------------

9. Are you of the opinion that the fetus at this early stage is a living human being?

YES	NO
-----	----

10. Are you of the opinion that there is a link between sex and pregnancy?

YES	NO
-----	----

11. Was abortion your first thought which aroused your mind?

YES	NO
-----	----

- 12.1 Have you informed anyone that you are going to apply for an
- ABORTION**
- ?

YES	NO
-----	----

- 12.2 If you have informed someone that you are going to apply for an
- ABORTION**
- , who did you inform?

BIOLOGICAL FATHER	PARENTS	RELATIVE	FRIEND
-------------------	---------	----------	--------

13. Has anyone influenced you to undergo an abortion?

YES	NO
-----	----

14. Do you think there are other options except for abortion?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

15. Kindly place the following alternatives in your own order of choice.

ABORTION	
ADOPTION	
FOSTER CARE	
TO KEEP THE BABY	
NO ONE OF THE ABOVE MENTIONED	

16. Would you describe your decision to undergo an abortion as impulsive?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

17. Do you see pre-abortion counseling a necessity?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

18. Do you think that you will benefit from pre-abortion counseling?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

19. Kindly complete by deleting the word that you do not favor.
Is abortion according to you RIGHT / WRONG ?

20. Do your circumstances justify an abortion?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

21. Do you think that an abortion will solve you social problems?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

SECTION B

1. How would you describe what is abortion?

2. Why don't you want a baby at this stage?

3. Why do you want an abortion?

- 4.1 If you **have informed** someone of your **PREGNANCY**, why did you do it?

4.2 If you **did not informed** someone of your **PREGNANCY**, why did you do it?

5.1 If you **have informed** someone of your **ABORTION REQUEST**, why did you do it?

5.2 If you **did not informed** someone of your **ABORTION REQUEST**, why don't you do it?

6. Why is it important for you to receive pre-abortion counseling?

7. Kindly indicate what would you prefer to be discussed during pre-abortion counseling?

Thank you for cooperation

Me H S HUMPEL
CHIEF SOCIAL WORKER
POTCHEFSTROOM HOSPITAL

ADDENDUM G
VOORONDERSOEK : PASIËNTE
VRAELYS MET DIE AFSLUITING VAN PRE-ABORSIEBERAAD

Nommer:

VRAELYS MET AFSLUITING VAN PRE-ABORSIEBERAAD

VERTROULIK

AFDELING 1

1. Verstrek u huidige ouderdom in jare

--	--

2. Verstrek u onderwyspeil

GEEN	LAERSKOOL	HOËRSKOOL	TERSIERE OPLEIDING
------	-----------	-----------	--------------------

3. Wat is u beroep?

HUISVROU	WERKEND	DEELTYDSE WERK	STUDENT	SKOLIER
----------	---------	----------------	---------	---------

4. Verstrek u huwelikstaat

GETROUD	TRADISIONEEL GETROUD	ONGETROUD	GESKEI	WEDUWEE	VERVREEM
---------	----------------------	-----------	--------	---------	----------

5. Hoe ver is u nou swanger?

6 WEKE	7 WEKE	8 WEKE	9 WEKE	10 WEKE	11 WEKE	12 WEKE
--------	--------	--------	--------	---------	---------	---------

- 6.1 Het u sedert die aanvang van pre-aborsie beraad vir iemand vertel dat u **SWANGER** is?

JA	NEE
----	-----

- 6.2 Indien wel, vir wie het u van die **ONGEWENSDE SWANGERSKAP** vertel?

BIOLOGIESE VADER	OUERS	ANDER FAMILIELID	VRIEND/ VRIENDIN
------------------	-------	------------------	------------------

- 7.1 Het u sedert die aanvang van pre-aborsie beraad vir iemand van die **BEOOGDE ABORSIE** vertel?

JA	NEE
----	-----

- 7.2 Indien wel, vir wie het u van die **BEOOGDE ABORSIE** vertel?

BIOLOGIESE VADER	OUERS	ANDER FAMILIELID	VRIEND/ VRIENDIN
------------------	-------	------------------	------------------

8. Gaan u nou erns maak met die gebruik van kontrasepsie?

JA	NEE
----	-----

9. Watter vorm van kontrasepsie beoog u om te gebruik?

KONDOME	PIL	INSPUITING	DIAFRAGMA	IUCD	ANDER	STERILISASIE
---------	-----	------------	-----------	------	-------	--------------

10. Is u nou van mening dat die fetus 'n lewende wese is?

JA	NEE
----	-----

11. Dink u daar is 'n verband tussen seks en swangerskap?

JA	NEE
----	-----

12. Twyfel u aan die wenslikheid van 'n aborsie, of nie?

JA	NEE
----	-----

13. Besef u dat 'n besluit op aborsie u eie besluit is?

JA	NEE
----	-----

14. Dink u dat aborsie u enigste keuse is?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

15. Merk in volgorde van belangrikheid wat u as alternatiewes sou oorweeg:

ABORSIE	
AANNEMING	
PLEEGSORG	
OM BABA TE BEHOU	
GEENEEN VAN BOGENOEMDE NIE	

16. Is u behoorlik voorberei op die fisiese- en emosionele gevolge van aborsie?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

17. Is u van mening dat u na afloop van pre-aborsie beraad 'n ingeligte en verantwoordelike besluit kan neem?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

18. Is u van mening dat dit belangrik was dat u pre-aborsie beraad ontvang het?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

19. Dink u dat u baat gevind het by pre-aborsie beraad?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

20. Voltooi die sin deur die verkeerde woord dood te trek.
Is aborsie volgens u mening REG / VERKEERD ?

21. Regverdig u spesifieke omstandighede u versoek tot aborsie?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

22. Dink u dat 'n aborsie u maatskaplike probleme sal oplos?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

23. Het pre-aborsie beraad u in staat gestel om 'n ingeligte en verantwoordelike besluit te neem?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

24. Is u emosioneel gereed vir die aborsieprosedure?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

AFDELING B

1. Hoe dink u wat is aborsie?

2. Waarom wil u 'n aborsie laat doen?

3. *Hoekom het u (nie) vir iemand van u swangerskap/beoogde aborsie vertel (nie)?*

4. *Hoe voel u daaroor dat u dit (nie) met iemand gedeel het (nie)?*

5. *Wat was vir u belangrik tydens pre-aborsie beraad?*

6. *Waaroor sou u nog meer tydens pre-aborsie beraad wou weet?*

7. *Wat is volgens u mening leemtes tydens pre-aborsie beraad?*

Baie dankie vir u samewerking

Me H S HUMPEL
HOOF MAATSKAPLIKE WERKER
POTCHEFSTROOM HOSPITAAL

Number:

QUESTIONNAIRE AT THE FINALISATION OF PRE-ABORTION COUNSELING**CONFIDENTIAL****SECTION A**

1. State your age in years.

--	--

2. State your highest education level.

NONE	PRIMARY SCHOOL	HIGH SCHOOL	TERTIARY TRAINING
------	----------------	-------------	-------------------

3. State your occupation.

HOUSEWIFE	WORKING	PART TIME WORKING	STUDENT	SCHOLAR
-----------	---------	-------------------	---------	---------

4. State your marital status.

MARRIED	TRADITIONALLY MARRIED	UNMARRIED	DIVORCED	WIDOW	SEPARATE
---------	-----------------------	-----------	----------	-------	----------

5. Indicate your duration of pregnancy on this stage.

6 WEEKS	7 WEEKS	8 WEEKS	9 WEEKS	10 WEEKS	11 WEEKS	12 WEEKS
---------	---------	---------	---------	----------	----------	----------

6.1 Since the date of pre-abortion counseling, did you inform anyone of your **PREGNANCY**?

YES	NO
-----	----

6.2 If you have informed someone of your **UNWANTED PREGNANCY**, kindly indicate whom did you inform.

BIOLOGICAL FATHER	PARENTS	RELATIVE	FRIEND
-------------------	---------	----------	--------

7.1.1 Since the date of pre-abortion counseling, did you inform someone of your intention to undergo an **ABORTION**?

YES	NO
-----	----

7.2 If you have informed someone of your intention to undergo an **ABORTION**, kindly indicate who did you inform?

BIOLOGICAL FATHER	PARENTS	RELATIVE	FRIEND
-------------------	---------	----------	--------

8. Are you going in all seriousness make use of contraceptives?

YES	NO
-----	----

9. Which method of contraceptives will you consider?

CONDOMS	PILL	DEPO PROVERA	DIAPHRAGM	IUCD	OTHER	STERILISATION
---------	------	--------------	-----------	------	-------	---------------

10. Are you of the opinion that the fetus at this early stage is a living human being?

YES	NO
-----	----

11. Are you of the opinion that there is a link between sex and pregnancy?

YES	NO
-----	----

12. Are you in doubt whether abortion is the correct option?

YES	NO
-----	----

13. Do you realize that making a decision for an abortion will be of your own choice?

YES	NO
-----	----

14. Do you think that an abortion is the only choice?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

15. Kindly place the following alternatives in your own order of choice. (No 1 to 4)

ABORTION	
ADOPTION	
FOSTER CARE	
TO KEEP THE BABY	
NONE OF THE ABOVEMENTIONED	

16. Have you been thoroughly prepared for the physical and emotional effects of abortion?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

17. Are you of the opinion that after termination of pre-abortion counseling you are able to make a knowledgeable and responsible decision?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

18. Are you of the opinion that it was important to have received pre-abortion counseling?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

19. Do you think you that you have benefited from pre-abortion counseling?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

20. Kindly complete by deleting the word that you do not favor.
Is abortion according to you RIGHT/ WRONG

21. Do your circumstances justify an abortion?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

22. Do you think that abortion will solve your social problems?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

23. Did pre-abortion counseling assist you in making a knowledgeable and responsible decision?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

24. Are you emotionally ready for the abortion procedure?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

SECTION B

1. How would you describe what is abortion?

2. Why do you want an abortion to be performed?

3. *Why did you / did you not inform someone of your pregnancy / intention to seek for an abortion?*

4. *How do you feel that you have shared / did not share it with someone else?*

5. *What was important for you during the pre-abortion counseling?*

6. *Kindly indicate what more could have been dealt with during pre-abortion counseling?*

7. *According to your opinions what omissions occurred during pre-abortion counseling?*

Thank you for cooperation

**Me H S HUMPEL
CHIEF SOCIAL WORKER
POTCHEFSTROOM HOSPITAL**

ADDENDUM H

VOORONDERSOEK : VRAELYS AAN DIE MAATSKAPLIKE WERKERS

VRAELYS - MAATSKAPLIKE WERKERS PRE-ABORSIEBERAAD

1. Geslag

MANLIK	VROULIK
--------	---------
2. Sluit u tersiêre opleiding die hantering van ongewenste swangerskap in?

JA	NEE
----	-----
3. Sluit u tersiêre opleiding hantering van pre- en post-aborsie in?

JA	NEE
----	-----
4. Dui aan hoe u voel oor 'n swanger vrou wat aborsie oorweeg.

EMPATIES	VEROORDELEND	NEUTRAAL	AMBIVALENT
----------	--------------	----------	------------
5. Dra u kennis van die inhoud van die Wet op Keuse van Terminering van Swangerskap (Wet 92/1996)?

JA	WEINIG	NEE
----	--------	-----
6. Dink u dat die Wet op Keuse van Terminering van Swangerskap (Wet 92/1996) die taak van die Maatskaplike Werker duidelik omskryf?

JA	NEE
----	-----
7. Wat is u persoonlike siening ten opsigte van terminering van swangerskap?

POSITIEF	NEUTRAAL	NEGATIEF
----------	----------	----------
8. Hoe reageer u indien 'n swanger vrou wat aborsie oorweeg, by u kantoor om hulp aanklop?

EMPATIES	VEROORDELEND	NEUTRAAL	AMBIVALENT
----------	--------------	----------	------------
9. Indien u 'n aanmeldingsgesprek met 'n swanger vrou wat aborsie oorweeg, moet hanteer, waarheen sal u haar verwys?

GENEESHEER	PROVINSIALE KLINIEK	PROVINSIALE HOSPITAAL	GEEN VERWYSING
------------	---------------------	-----------------------	----------------
10. Die Wet op Keuse van Terminering van Swangerskap (Wet 92/1996) maak daarvoor voorsiening dat 'n minderjarige nie verplig is om haar ouers se toestemming te verkry in haar besluit om 'n aborsie te ondergaan nie. Wat is u mening daaroor?

POSITIEF	NEUTRAAL	NEGATIEF
----------	----------	----------
11. Is u van mening dat hantering van pre- en post-aborsie verwante sake deel uitmaak van 'n Maatskaplike Werker se werksgebied?

JA	NEE
----	-----
12. Is u van mening dat u toereikend toegerus is om sodanige maatskaplikewerk diens te lewer?

JA	NEE
----	-----
- 13.1 Is u van mening dat u addisionele opleiding nodig het om maatskaplikewerk dienste te lewer aan 'n swanger vrou wat aborsie oorweeg?

JA	NEE
----	-----
- 13.2 Indien ja, wie is volgens u mening geskik om die nodige opleiding aan te bied?

UNIVERSITEIT	PLAASLIKE GESONDHEIDSKLINIEK	PROVINSIALE GESONDHEID	ANDER WELSYNSORGANISASIES
--------------	------------------------------	------------------------	---------------------------

14. Sou u belangstel om addisionele opleiding ten opsigte van pre- en post-aborsie verwante sake te ontvang?

JA	NEE
----	-----

15. Watter van die volgende sou u verwag van sodanige addisionele opleiding?

DUIDELIKER BEGRIP VAN ABORSIE VERWANTE SAKKE	
BEGRIP VAN DIE LEEFWêRELD VAN SWANGER VROUE WAT ABORSIE OORWEEG	
PRE-ABORSIEBERAAD	
POST-ABORSIEBERAAD	

16. Beskryf in u eie woorde wat u mening is ten opsigte van die rol van die Maatskaplike Werker in aborsieverwante aangeleenthede.

Baie dankie vir u samewerking.

ME HS HUMPEL
HOOF MAATSKAPLIKE WERKER

ADDENDUM I
HOOFONDERSOEK : VRAELYS AAN DIE MAATSKAPLIKE
WERKERS

VRAELYS - MAATSKAPLIKE WERKERS : PRE-ABORSIEBERAAD
QUESTIONNAIRE - SOCIAL WORKERS : PRE-ABORTION COUNSELING

IDENTIFISERENDE BESONDERHEDE / IDENTIFICATION PARTICULARS	
VAN / SURNAME	
VOORLETTERS / INITIALS	
NOEMNAAM / FIRST NAME	
TELEFOON- / SELFONNOMMER	
TELEPHONE- / CELLPHONE NUMBER	

1. Geslag / Gender

MANLIK / MALE	VROULIK / FEMALE
---------------	------------------

2. Dui aan by watter welsynsorganisasie / departement u tans werksaam is.
 Name the organization / department where you currently employed.

--

3. Dui aan hoe lank u as maatskaplike werker werksaam is.
 Indicate your experience as social worker.

- 1	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 +
JAAR / YEAR	JAAR / YEAR	JAAR / YEAR	JAAR / YEAR	JAAR / YEAR	JAAR / YEAR

4. By watter universiteit het u u graad / diploma in maatskaplike werk ontvang?
 At which university did you obtain your degree / diploma in social work?

--

5. In watter jaar het u graad / diploma in maatskaplike werk verwerf?
 In which year did you obtain your degree / diploma in social work?

--

6. Het u tersiëre opleiding die hantering van ongewenste swangerskap ingesluit?
 Did your tertiary training include the handling of undesirable pregnancies?

JA / YES	NEE / NO
----------	----------

7. Het u tersiëre opleiding hantering van pre- en post-aborsie ingesluit?
 Did your tertiary training include the handling of pre- and post-abortion counseling?

JA / YES	NEE / NO
----------	----------

8. Dui aan hoe u voel oor 'n swanger vrou wat aborsie oorweeg.
 Kindly indicate your feeling when a pregnant woman applies for an abortion.

EMPATIES	VEROORDELEND	NEUTRAAL	AMBIVALENT
EMPATHETIC	PRE-JUDICED	NEUTRAL	AMBIVALENT

9. Dra u kennis van die inhoud van die wet - "Wet op Keuse van Terminering van Swangerskap (Wet 92 van 1996)"?
 Are you familiar with the contents of the act - "Choice on the Termination of Pregnancy Act (Act 92 of 1996)"?

JA / YES	WEINIG / LITTLE	NEE / NO
----------	-----------------	----------

10. Dink u dat die "Wet op Keuse van Terminering van Swangerskap (Wet 92 van 1996)" die taak van die maatskaplike werker duidelik omskryf?
Are you of the opinion that the act "Choice on the Termination of Pregnancy Act (Act 92 of 1996)" clearly describes the task of the social worker?

JA / YES	NEE / NO
----------	----------

11. Beskryf u siening van die rol van die maatskaplike werker ingevolge die "Wet op Keuse van Terminering van Swangerskap (Wet 92 van 1996)".
Describe how do you understand the role of the social worker in terms of the act "Choice on the Termination of Pregnancy Act (Act 92 of 1996)".

12. Wat is u persoonlike siening ten opsigte van terminering van swangerskap?
What is your personal view on the termination of pregnancies?

POSITIEF / POSITIVE	NEUTRAAL / NEUTRAL	NEGATIEF / NEGATIVE
---------------------	--------------------	---------------------

13. Voltooi: Pre- en post-aborsieberaad is volgens u mening, die taak van die...
Complete: According to your opinion, pre- and post abortion counseling is the task of...

VERPLEEGKUNDIGE NURSE	MAATSKAPLIKE WERKER SOCIAL WORKER	ANDER OTHER
--------------------------	--------------------------------------	----------------

14. Hoe reageer u indien 'n swanger vrou wat aborsie oorweeg, by u kantoor om hulp aanklop?
How do you react when a pregnant woman requires your assistance with an abortion in your office?

EMPATIES EMPATHETIC	VEROORDELEND PRE-JUDICED	NEUTRAAL NEUTRAL	AMBIVALENT AMBIVALENT
------------------------	-----------------------------	---------------------	--------------------------

15. Indien u 'n aanmeldingsgesprek met 'n swanger vrou wat aborsie oorweeg, moethanteer, waarheen sal u haar verwys?
When a pregnant woman for the first time visits your office and indicates that she considers an abortion. Where would you refer her to?

GENEESHEER DOCTOR	PROVINSIALE KLINIEK PROVINCIAL CLINIC	PROVINSIALE HOSPITAAL PROVINCIAL HOSPITAL	GEEN VERWYSING NO REFERRAL
----------------------	--	---	----------------------------------

16. Doen u beraad met swanger adolessente wat aborsie as opsie oorweeg?
Do you counsel pregnant adolescents who prefer an abortion as an option?

JA / YES	NEE / NO
----------	----------

17. Dui die tipe beraad aan wat u met swanger adolessente doen.
Kindly indicate the type of counseling which you follow when counseling pregnant adolescents.

19. Die Wet op Keuse van Terminering van Swangerskap (Wet 92 van 1996) maak daarvoor voorsiening dat 'n minderjarige nie verplig is om haar ouers se toestemming te verkry in haar besluit om 'n aborsie te ondergaan nie. Wat is u mening daaroor?
The act – "Choice on the Termination of Pregnancy Act (Act 92 of 1996)" – provides that a pregnant minor is not compell to inform her parents of the fact that she has decided to undergo an abortion. What is your opinion of this point?

POSITIEF / POSITIVE	NEUTRAAL / NEUTRAL	NEGATIEF / NEGATIVE
---------------------	--------------------	---------------------

20. Motiveer u antwoord.
Motive your answer.

21. Is u van mening dat hantering van pre- en post-aborsie verwante sake deel uitmaak van 'n maatskaplike werker se werksgebied?
Are you of the opinion that the handling of pre- and post abortion and other relevant matters falls within the work field of social workers?

JA / YES	NEE / NO
----------	----------

- 21.1 Indien JA, waarom sou u so sê?
If YES, why do you say so?

- 21.2 Indien NEE, waarom sou u so sê?
If NO, why do you say so?

22. Is u van mening dat u toereikend toegerus is om pre- en post aborsie verwante sake te hanteer?
Are you of the opinion that you are well equip to handle pre- and post abortion and other relevant matters?

JA / YES	NEE / NO
----------	----------

23. Is u van mening dat u addisionele opleiding nodig het om maatskaplikewerk dienste te lewer aan 'n swanger vrou wat aborsie oorweeg?
Are you of the opinion that you require additional training to enable you to render social work services to pregnant women requiring an abortion?

JA / YES	NEE / NO
----------	----------

- 23.1 Indien ja, wie is volgens u mening geskik om die nodige opleiding aan te bied?
If yes, kindly indicate who is according to your opinion the most suitable to render such training.

UNIVERSITEIT UNIVERSITY	PLAASLIKE GESONDHEIDSKLINIEK LOCAL HEALTH CLINIC	PROVINSIALE GESONDHEID PROCINCIAL HEALTH	ANDER WELSYNSORGANISASIES OTHER WELFARE ORGANISATION
----------------------------	--	---	---

- 23.2 Indien NEE, waarom sou u so sê?
If no. why do you say so?

24. Sou u belangstel om addisionele opleiding ten opsigte van pre- en post-aborsie verwante sake te ontvang?
Would you be interested to undergo training in pre- and post abortion counseling and other relevant matters?

JA / YES	NEE / NO
----------	----------

25. Watter van die volgende sou u verwag van sodanige addisionele opleiding?
Which of the following would you expect to be included in the additional training?

DUIDELIKER BEGRIP VAN ABORSIE VERWANTE SAKKE CLEARER UNDERSTANDING OF ABORTION RELATED MATTERS	
BEGRIP VAN DIE LEEFWêRELD VAN SWANGER VROU WAT ABORSIE OORWEEG / SOCIAL CIRCUMSTANCES OF A PREGNANT WOMAN CONSIDERING AN ABORTION	
PRE-ABORSIEBERAAD / PRE-ABORTION COUNSELING	
POST-ABORSIEBERAAD / POST-ABORTION COUNSELING	
ANDER : SPESIFISEER / OTHER : SPECIFY	

26. Beskryf in u eie woorde wat u mening is ten opsigte van die rol van die maatskaplike werker in aborsie-verwante aangeleenthede.
Kindly describe in your own words your opinion as to the role of the social workers in abortion related issues.

27. Enige aanbevelings wat u graag wil maak in verband met aborsie-verwante beraad.
Any recommendation you would like to make in relating to abortion matters.

Baie dankie vir u deelname en insette.
Thank you for your participation and inputs.

ME HS HUMPEL
HOOF MAATSKAPLIKE WERKER
CHIEF SOCIAL WORKER

ADDENDUM J**DEKBRIEF : MAATSKAPLIKE WERKERS**

DEPARTMENT OF HEALTH : NORTH WEST PROVINCE
KLERKSDORP/TSEHPONG/POTCHEFSTROOM/WITRAND HOSPITAL COMPLEX
POTCHEFSTROOM HOSPITAL

All correspondence to be addressed to:
 The General Hospital Manager
 Potchefstroom Hospital
 C/o Botha- and Kruis Street
 Private Bag X938
 POTCHEFSTROOM 2520



K/T/P/W HOSPITAL COMPLEX

TEL: 018 - 297 7011 X 4410
FAX: 018 - 293 1729
E-MAIL: Potchhos@nwpg.org.za
 Potchgen@nwpg.org.za
Ref/Enq: ME H S HUMPEL

15-10-2003

.....

 Kollega / Colleague

NAVORSING TEN OPSIGTE VAN PRE-ABORSIEBERAAD
RESEARCH IN CONNECTION WITH PRE-ABORTION COUNSELING

Ondergetekende onderneem navorsing ten opsigte van bogenoemde aangeleentheid.
The undersigned is conducting research in the abovementioned matters.

Ingesluit is 'n vraelys wat deur maatskaplike werkers voltooi moet word ten einde te bepaal wat maatskaplike werkers se siening is oor aborsie verwante aangeleenthede met spesieke verwysing na die taak van maatskaplike werkers ten opsigte van pre-aborsie beraad. Hierdie navorsing sal ook tot voordeel van Departement Gesondheid wees aangesien dit die lewering van 'n kwaliteit maatskaplike werkdienste aan swanger vroue wat aborsie oorweeg, ten doel het.

Enclosed is a questionnaire to be completed by social workers to establish the opinion of social workers in abortion related matters with special reference to the task of social workers in pre-abortion counseling. The research will be to the benefit of Department of Health as the purpose is also to improve quality of service rendering by social workers that applies for abortion.

Ten einde hiervan 'n sukses te maak, is u insette van kardinale belang. Dit sal waardeur word indien u die vraelys sal voltooi en voor of op 01-12-2003 aan my kan terugbesorg. 'n Gefrankeerde koevert is vir die doel ingesluit.

To enable to conduct the research successfully, your inputs are of the utmost importance. It will be appreciated if you could complete the questionnaire and return same to me before or on 01-12-2003. An envelope for this purpose is enclosed.

Die voltooiing van die vraelys behoort nie langer as 10 minute in beslag te neem nie.
The duration to complete the questionnaire will not be longer than 10 minutes.

U samewerking word waardeur.

Your cooperation is appreciated.

ME H S HUMPEL

HOOF MAATSKAPLIKE WERKER

CHIEF SOCIAL WORKER

ME NE MSINDO-MAYENG

ALGEMENE HOSPITAALBESTUURDER

HOSPITAL GENERAL MANAGER

COMPLEX/HOSPITAL VISION: To be the model of a fully decentralised provincial referral hospital complex in South Africa
MISSION: The delivery of comprehensive hospital based health care services in the Klerksdorp/Potchefstroom region, the delivery of secondary health care services for certain regions in the North West Province and the delivery of tertiary health care services for the North West Province
 The delivery of specialised mental health care services for certain regions, as well as for the North West Province as a whole.
THIS IS ACHIEVED by adhering to a performance agreement/framework in terms of finances and quality service delivery. Our shared values are the adherence to Batho Pele principles and striving for empowerment through decentralised management implementing the work improvement team strategy.

ADDENDUM K
PASIËNTINDEKS

MAATSKAPLIKE WERK AFDELING/SOCIAL WORK SECTION
POTCHEFSTROOM HOSPITAAL/HOSPITAL
INDEKSKAART/INDEX CARD

DATUM/DATE :

PASIËNTINDEKS/PATIENT INDEX:

VAN/SURNAME	
VOLLE NAME/FULL NAMES	
GESLAG/SEX	
GEBOORTEDATUM/DATE OF BIRTH	
SAAL/WARD	
REGISTRASIENOMMER/REGISTRATION NUMBER	
DATUM TOEGELAAT/DATE OF ADMISSION	
INDELING/CLASSIFICATION	
ADRES/ADDRESS	
BEROEP/OCCUPATION	
WERKGEWER/EMPLOYER	
TELEFOON/TELEPHONE	
KERKVERBAND/RELIGION	
HUWELIKSTATUS/MARITAL STATUS	

BESONDERHEDE VAN NAASBESTAANDES/PARTICULARS OF NEXT OF KIN:
AFHANKLIKE KINDERS/DEPENDENT CHILDREN

VOLLE NAME EN VAN/FULL NAMES AND SURNAME	GEBOORTEDATUM/DATE OF BIRTH
1.	
2.	
3.	
4.	

ANDER NAASBESTAANDES/OTHER SIGNIFICANT PEOPLE

EGGENOOT HUSBAND	EGGENOTE WIFE	VADER FATHER	MOEDER MOTHER	KIND CHILD	ANDER FAMILIELID OTHER FAMILY MEMBER	ANDER PERSOON OTHER PERSON
VAN/SURNAME						
VOLLE NAME/FULL NAMES						
GEBOORTEDATUM/DATE OF BIRTH						
ADRES/ADDRESS						
BEROEP/OCCUPATION						
WERKGEWER/EMPLOYER						
TELEFOON/TELEPHONE						

ADDENDUM L
HOOFONDERSOEK : PASIËNTE
VRAELYS MET DIE AANVANG VAN PRE-ABORSIEBERAAD

Nommer:

VRAELYS MET AANVANG VAN PRE-ABORSIE BERAAD
Vertroulik

AFDELING A

1. Verstrek u huidige ouderdom in jare

--	--

2. Verstrek u onderwyspeil

GEEN	LAERSKOOL	HOËRSKOOL	TERSIERE OPLEIDING
------	-----------	-----------	--------------------

3. Wat is u beroep?

HUISVROU	WERKEND	DEELTYDSE WERK	WERKLOOS	STUDENT	SKOLIER
----------	---------	----------------	----------	---------	---------

4. Verstrek u huwelikstaat

GETROUD	TRADISIONELE HUWELIK	SAAMLEEF VERHOUDING	ONGETROUD	GESKEI	WEDUWEE	VERVREEMD
---------	----------------------	---------------------	-----------	--------	---------	-----------

5. Hoe lank is u reeds bewus van die swangerskap?

1 DAG	2 DAE	3 DAE	4 DAE	5 DAE	6 DAE	7 DAE +
-------	-------	-------	-------	-------	-------	---------

6.1 Het u vir enigiemand vertel dat u **SWANGER** is?

JA	NEE
----	-----

6.2 Indien wel, vir wie het u van die **SWANGERSKAP** vertel?

BIOLOGIESE VADER	OUERS	ANDER FAMILIELID	VRIEND/ VRIENDIN
------------------	-------	------------------	------------------

7. Wil u nou 'n baba hê?

JA	NEE
----	-----

8.1 Het u enige kontrasepsie gebruik?

JA	NEE
----	-----

8.2 Indien wel, watter vorm van kontrasepsie het u gebruik?

KONDOME	DIE PIL	INSPUITING	DIAFRAGMA	IUCD	ANDER	STERILISASIE
---------	---------	------------	-----------	------	-------	--------------

9. Is u van mening dat die fetus nou al 'n lewende wese is?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

10. Dink u daar is 'n verband tussen seks en swangerskap?

JA	NEE
----	-----

11. Was aborsie die eerste gedagte wat by u opgekom het?

JA	NEE
----	-----

12.1 Het u vir enigiemand vertel dat u **ABORSIE** oorweeg?

J A	N E E
-----	-------

12.2 Indien wel, vir wie het u van u **BEOOGDE ABORSIE** vertel?

BIOLOGIESE VADER	O U E R S	ANDER FAMILIELID	VRIEND/ VRIENDIN
------------------	-----------	------------------	------------------

13. Is u deur enigiemand oorrede om 'n aborsie te laat doen?

J A	N E E
-----	-------

14. Dink u dat daar ander opsies is behalwe aborsie?

J A	N E E	O N S E K E R
-----	-------	---------------

15. Merk in volgorde van belangrikheid wat u as alternatiewes sou oorweeg:

1.	ABORSIE	
2.	AANNEMING	
3.	PLEEGSORG	
4.	OM BABA TE BEHOU	

16. Sou u sê dat 'n besluit om 'n aborsie te ondergaan, impulsief geneem kan word?

J A	N E E	O N S E K E R
-----	-------	---------------

17. Is u van mening dat dit belangrik is om pre-aborsie beraad te ontvang?

J A	N E E	O N S E K E R
-----	-------	---------------

18. Dink u dat u baat sal vind by pre-aborsie beraad?

J A	N E E	O N S E K E R
-----	-------	---------------

19. Voltooi die sin deur die verkeerde woord dood te trek.

Is aborsie volgens u mening REG / VERKEERD ?

20. Regverdig u spesifieke omstandighede u versoek tot aborsie?

J A	N E E	O N S E K E R
-----	-------	---------------

21. Dink u dat 'n aborsie u maatskaplike probleme sal oplos?

J A	N E E	O N S E K E R
-----	-------	---------------

AFDELING B

1. Hoe dink u wat is aborsie?

2. Hoekom wil u nie nou 'n baba hê nie?

3. Waarom wil u 'n aborsie laat doen?

4.1. Indien u vir iemand van u **SWANGERSKAP** vertel het, hoekom het u dit gedoen?

4.2 Indien u **nie** vir iemand van u **SWANGERSKAP** vertel het nie, hoekom wou u dit nie doen nie?

5.1 Indien u vir iemand van u beoogde **ABORSIE** vertel het, hoekom het u dit gedoen?

5.2 Indien u **nie** vir iemand van u versoek om **ABORSIE** vertel het nie, hoekom het u dit nie oorweeg nie?

6. Hoekom is dit vir u belangrik om pre-aborsie beraad te ontvang?

7. Waaroor sou u meer tydens pre-aborsie beraad wou weet?

Baie dankie vir u samewerking.

Me H S HUMPEL
HOOF MAATSKAPLIKE WERKER
POTCHEFSTROOM HOSPITAAL

Number:

QUESTIONNAIRE PRIOR TO PRE-ABORTION COUNSELING

Confidential

SECTION A

1. State your age in years.

--	--

2. State your highest education level.

NONE	PRIMARY SCHOOL	HIGH SCHOOL	TERTIARY TRAINING
------	----------------	-------------	-------------------

3. State your occupation.

HOUSEWIFE	EMPLOYED	PARTLY EMPLOYED	UNEMPLOYED	STUDENT	SCHOLAR
-----------	----------	-----------------	------------	---------	---------

4. State your marital status.

MARRIED	TRADITIONALLY MARRIED	UNMARRIED	LIVING TOGETHER	DIVORCED	WIDOW	SEPARATE
---------	--------------------------	-----------	--------------------	----------	-------	----------

5. For how long have you been aware of your pregnancy?

1 DAY	2 DAYS	3 DAYS	4 DAYS	5 DAYS	6 DAYS	7 DAYS +
-------	--------	--------	--------	--------	--------	----------

6.1 Have you informed someone of your **PREGNANCY**?

YES	NO
-----	----

6.3 If you have informed someone of your **PREGNANCY**, whom did you inform?

BIOLOGICAL FATHER	PARENTS	RELATIVE	FRIEND
-------------------	---------	----------	--------

7. Do you want a baby now?

YES	NO
-----	----

8.1 Did you use any contraceptives?

YES	NO
-----	----

8.2 If you did use contraceptives, kindly indicate.

CONDOMS	PILL	DEPO PROVERA	DIAPHRAGM	IUCD	OTHER	STERILISATION
---------	------	--------------	-----------	------	-------	---------------

9. Are you of the opinion that the fetus at this early stage is a living human being?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

10. Are you of the opinion that there is a link between sex and pregnancy?

YES	NO
-----	----

11. Was abortion your first thought which crossed your mind?

YES	NO
-----	----

12.1 Have you informed someone that you are going to apply for an **ABORTION**?

YES	NO
-----	----

12.2 If you have informed someone that you are going to apply for an **ABORTION**, who did you inform?

BIOLOGICAL FATHER	PARENTS	RELATIVE	FRIEND
-------------------	---------	----------	--------

13. Has anyone influenced you to undergo an abortion?

YES	NO
-----	----

14. Do you think that there are any other options except for abortion?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

15. Kindly place the following alternatives in your own order of choice.

1.	ABORTION	
2.	ADOPTION	
3.	FOSTER CARE	
4.	TO KEEP THE BABY	

16. Would you describe your decision to undergo an abortion as impulsive?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

17. Do you see pre-abortion counseling as a necessity?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

18. Do you think that you will benefit from pre-abortion counseling?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

19. Kindly complete by deleting the word that you do not favor.
Is abortion according to you **RIGHT / WRONG** ?

20. Do your circumstances justify an abortion?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

21. Do you think that an abortion will solve you social problems?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

SECTION B

1. How would you describe what is abortion?

2. Why don't you want a baby at this stage?

3. Why do you want an abortion?

- 4.1 If you **have informed** someone of your **PREGNANCY**, why did you do so?

- 4.2 If you **did not inform** someone of your **PREGNANCY**, why not?

5.1 If you **have informed** someone of your **ABORTION REQUEST**, why did you do so?

5.2 If you did **not informed** someone of your **ABORTION REQUEST**, why not?

6. Why is it important for you to receive pre-abortion counseling?

7. Kindly indicate what would you prefer to be discussed during pre-abortion counseling?

Thank you for cooperation

Me H S HUMPEL
CHIEF SOCIAL WORKER
POTCHEFSTROOM HOSPITAL

ADDENDUM M
HOOFONDERSOEK : PASIËNTE
VRAELYS MET DIE AFSLUITING VAN PRE-ABORSIEBERAAD

Nommer:

VRAELYS MET AFSLUITING VAN PRE-ABORSIE BERAAD

Vertroulik

AFDELING A

1. Verstrek u huidige ouderdom in jare

--	--

2. Verstrek u onderwyspeil

GEEN	LAERSKOOL	HOËRSKOOL	TERSIERE OPLEIDING
------	-----------	-----------	--------------------

3. Wat is u beroep?

HUISVROU	WERKEND	DEELTYDSE WERK	WERKLOOS	STUDENT	SKOLIER
----------	---------	----------------	----------	---------	---------

4. Verstrek u huwelikstaats

GETROUD	TRADISIONEEL GETROUD	SAAMLEEF VERHOUDING	ONGETROUD	GESKEI	WEDUWEE	VERVREEMD
---------	-------------------------	------------------------	-----------	--------	---------	-----------

5. Hoe ver is u nou swanger?

6 WEKE	7 WEKE	8 WEKE	9 WEKE	10 WEKE	11 WEKE	12 WEKE
--------	--------	--------	--------	---------	---------	---------

- 6.1 Het u sedert die aanvang van pre-aborsie beraad vir iemand vertel dat u **SWANGER** is?

JA	NEE
----	-----

- 6.2 Indien wel, vir wie het u van die **ONGEWENSTE SWANGERSKAP** vertel?

BIOLOGIESE VADER	OUERS	ANDER FAMILIELID	VRIEND/ VRIENDIN
------------------	-------	------------------	------------------

- 7.1 Het u sedert die aanvang van pre-aborsie beraad vir iemand van die **BEOOGDE ABORSIE** vertel?

JA	NEE
----	-----

- 7.2 Indien wel, vir wie het u van die **BEOOGDE ABORSIE** vertel?

BIOLOGIESE VADER	OUERS	ANDER FAMILIELID	VRIEND/ VRIENDIN
------------------	-------	------------------	------------------

8. Gaan u nou erns maak met die gebruik van kontrasepsie?

JA	NEE
----	-----

9. Watter vorm van kontrasepsie beoog u om te gebruik?

KONDOM	PIL	INSPUITING	DIAFRAGMA	IUCD	ANDER	STERILISASIE
--------	-----	------------	-----------	------	-------	--------------

10. Is u nou van mening dat die fetus 'n lewende wese is?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

11. Dink u daar is 'n verband tussen seks en swangerskap?

JA	NEE
----	-----

12. Twyfel u aan die wenslikheid van 'n aborsie, of nie?

JA	NEE
----	-----

13. Besef u dat 'n besluit op aborsie u eie besluit is?

JA	NEE
----	-----

14. Dink u dat aborsie u enigste keuse is?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

15. Merk in volgorde van belangrikheid wat u as alternatiewes sou oorweeg:

1.	ABORSIE	
2.	AANNEMING	
3.	PLEEGSORG	
4.	OM BABA TE BEHOU	

16. Is u behoorlik voorberei op die fisiese- en emosionele gevolge van aborsie?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

17. Is u van mening dat u na afloop van pre-aborsie beraad 'n ingeligte en verantwoordelike besluit kan neem?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

18. Is u van mening dat dit belangrik was dat u pre-aborsie beraad ontvang het?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

19. Dink u dat u baat gevind het by pre-aborsie beraad?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

20. Voltooi die sin deur die verkeerde woord dood te trek.
Is aborsie volgens u mening REG / VERKEERD?

21. Regverdig u spesifieke omstandighede u versoek tot aborsie?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

22. Dink u dat 'n aborsie u maatskaplike probleme sal oplos?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

23. Het pre-aborsie beraad u in staat gestel om 'n ingeligte en verantwoordelike besluit te neem?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

24. Is u emosioneel gereed vir die aborsieprosedure?

JA	NEE	ONSEKER
----	-----	---------

AFDELING B

1. Hoe dink u wat is aborsie?

2. Waarom wil u 'n aborsie laat doen?

3. Hoekom het u (**nie**) vir iemand van u swangerskap/beoogde aborsie vertel (**nie**)?

4. Hoe voel u daaroor dat u dit (**nie**) met iemand gedeel het (**nie**)?

5. Wat was vir u belangrik tydens pre-aborsie beraad?

6. Waaroor sou u nog meer tydens pre-aborsie beraad wou weet?

7. Wat is volgens u mening leemtes tydens pre-aborsie beraad?

Baie dankie vir u samewerking.

Me H S HUMPEL
HOOF MAATSKAPLIKE WERKER
POTCHEFSTROOM HOSPITAAL

Number :

**QUESTIONNAIRE AT THE FINALIZATION OF
PRE-ABORTION COUNSELING**
Confidential

SECTION A

1. State your age in years.

--	--

2. State your highest education level.

NONE	PRIMARY SCHOOL	HIGH SCHOOL	TERTIARY TRAINING
------	----------------	-------------	-------------------

3. State your occupation.

HOUSEWIFE	EMPLOYED	PARTLY EMPLOYED	UNEMPLOYED	STUDENT	SCHOLAR
-----------	----------	--------------------	------------	---------	---------

4. State your marital status.

MARRIED	TRADITIONALLY MARRIED	UNMARRIED	LIVING TOGETHER	DIVORCED	WIDOW	SEPARATE
---------	--------------------------	-----------	--------------------	----------	-------	----------

5. Indicate your duration of pregnancy on this stage.

6 WEEKS	7 WEEKS	8 WEEKS	9 WEEKS	10 WEEKS	11 WEEKS	12 WEEKS
---------	---------	---------	---------	----------	----------	----------

- 6.1 Since the date of pre-abortion counseling, did you inform anyone of your
- PREGNANCY**
- ?

YES	NO
-----	----

- 6.2 If you have informed someone of your
- UNWANTED PREGNANCY**
- , kindly indicate whom did you inform.

BIOLOGICAL FATHER	PARENTS	RELATIVE	FRIEND
-------------------	---------	----------	--------

- 7.3 Since the date of pre-abortion counseling, did you inform someone of your intention to undergo an
- ABORTION**
- ?

YES	NO
-----	----

- 7.4 If you have informed someone of your intention to undergo an
- ABORTION**
- , kindly indicate who did you inform.

BIOLOGICAL FATHER	PARENTS	RELATIVE	FRIEND
-------------------	---------	----------	--------

8. Are you going in all seriousness make use of contraceptives?

YES	NO
-----	----

9. Which method of contraceptives will you consider?

CONDOMS	PILL	DEPO PROVERA	DIAPHRAGM	IUCD	OTHER	STERILISATION
---------	------	--------------	-----------	------	-------	---------------

10. Are you of the opinion that the fetus at this early stage is a living human being?

YES	NO	UNCERTAIN
-----	----	-----------

11. Are you of the opinion that there is a link between sex and pregnancy?

YES	NO
-----	----

12. Are you in doubt whether abortion is the correct option?

YES	no
-----	----

13. Do you realize that making a decision for an abortion will be of your own choice?

YES NO

14. Do you think that an abortion is the only choice?

YES NO UNCERTAIN

15. Kindly place the following alternatives in your own order of choice. (No 1 to 4)

1.	ABORTION	
2.	ADOPTION	
3.	FOSTER CARE	
4.	TO KEEP THE BABY	

16. Have you been thoroughly prepared for the physical and emotional effects of abortion?

YES NO UNCERTAIN

17. Are you of the opinion that after termination of pre-abortion counseling you are able to make a knowledgeable and responsible decision?

YES NO UNCERTAIN

18. Are you of the opinion that it was important to have received pre-abortion counseling?

YES NO UNCERTAIN

19. Do you think that you have benefited from pre-abortion counseling?

YES NO UNCERTAIN

20. Kindly complete by deleting the word that you do not favor.
Is abortion according to you RIGHT/ WRONG

21. Do your circumstances justify an abortion?

YES NO UNCERTAIN

22. Do you think that abortion will solve your social problems?

YES NO UNCERTAIN

23. Did pre-abortion counseling assist you in making a knowledgeable and responsible decision?

YES NO UNCERTAIN

24. Are you emotionally ready for the abortion procedure?

YES no UNCERTAIN

SECTION B

1. How would you describe what is abortion?

2. Why do you want an abortion to be performed?

3. Why did you / did you not inform someone of your pregnancy / intention to seek for an abortion?

4. *How do you feel that you have shared / did not share it with someone else?*

5. *What was important for you during the pre-abortion counseling?*

6. *Kindly indicate what more could have been dealt with during pre-abortion counseling?*

7. *According to your opinion what omissions occurred during pre-abortion counseling?*

Thank you for your cooperation

Me H S HUMPEL
CHIEF SOCIAL WORKER
POTCHEFSTROOM HOSPITAL

AFDELING E

SAAMGESTELDE BRONNELYS

AFDELING E SAAMGESTELDE BRONNELYS
--

ABORTION STATISTICS. 2000. London : The Stationery Office.

ANON. 1997. Counseling – A critical part of quality care services delivery of TOP services in the Free State. *Reproductive health alliance barometer*, Sep 1(2):17 – 18.

ANON. 1998. Hospitale kan nie vraag na aborsie hanteer. *Beeld*:7, Januarie. 7.

ANON. 2000. Psychological responses to TOP. *Reproductive health alliance barometer*, (6):42 – 43, Dec.

BABBIE, E. 1989. The practice of social research. 5th ed. Belmont : Wadsworth/Thompson. 501 p.

BABBIE, E. 2004. The practice of social research. 10th ed. Belmont : Wadsworth/Thompson. 493 p.

BLOOM, M., FISCHER, J. & ORME, J.G. 1999. Evaluating practice: Guidelines for the accountable professional. Englewood Cliffs : Prentice Hall. 715 p.

BOTHA, H.S. 1995. Maatskaplikewerk dienste aan pas-gearreesteerde jeugdiges. Bloemfontein : Universiteit van die Oranje Vrystaat (Verhandeling - Soc. Sc (MW). 243 p.

BRITZ, J.J. 1997. Opvoedkundige sielkundige ondersteuning aan adolessente wat aborsies ondergaan het. Johannesburg : Randse Afrikaanse Universiteit (Verhandeling - M.Ed). 63 p.

CAIN, L.P. 1979. Social worker's role in teenage abortions. *Social Work*, 24(1):52, Jan.

CARBONATTO, C.L. & DU PREEZ, M.S.E. 1990. The roles and tasks of the medical social worker regarding the infertile couple. *Social Work*, 26(4):316-323, Oct.

Elizabeth. (Mini-treatise – M.Cur.) 67 p.

EVANGELISTI, L. 2000. Adolescent resolution with special reference to pre-abortion counseling. Stellenbosch : University of Stellenbosch. (Thesis – M.A.) 115 p.

- FORREST, G.M. 1994. Emotional distress in women before and after therapeutic terminations of pregnancy. An investigation into the need for pre- and post-abortion counseling. Cape Town : University of Cape Town. (Dissertation – M.Sc.) 114 p.
- FOURIE, E. 2004(a). Aborsie kan vir jare by vrou bly spook. *Die Volksblad*: 11, 20 Mei.
- FOURIE, E. 2004(b). Lig swanger meisies goed in – berader. *Die Volksblad*: 11, 20 Mei.
- GAMEAU, B. 1993. Termination of pregnancy: Development of a high-risk screening and counseling program. *Social work in health care*, 18(3/4):179–191.
- GELDENHUYS, J. & DE LANGE, N. 2001. Swart Oos-Kaapse adolessente se ervaring van swangerskapterminasie. *South African Journal of Education*, 21(2):92-98, May.
- GMEIER, A. & VAN WYK, S. 2000. The painful reality of abortion. *Nursing update*: 9, May.
- GRINNELL, R.M. 2001. Social work research and evaluation: quantitative and qualitative approaches. 6th ed. Itasca : FE Peacock Publishers. 578 p.
- GRONDWET *kyk* SUID-AFRIKA. 1996.
- GUTTMACHER, A. 1999. Teenage pregnancy: overall trends and state-by-state information. USA. 10 p.
- HAASBROEK, B. 1999. Wat sal gebeur as ek aborsie kies? *Finesse*:7, Junie.
- HAWTHORNE, L. 1982. The crime of abortion: A historical and comparative study. Pretoria : University of Pretoria. (Thesis – LL.D.) 444 p.
- HENWICK, A.F. 2001. Locus of control and social variables as they relate to depression at abortion. Johannesburg : Rand Afrikaans University (Dissertation – M.A.) 73 p.

HILDEBRAND, J. 1977. Abortion: With particular reference to the developing role of counseling. *British Journal of Social Work*, 7(1):3-24, Spr.

HOWES, F. & GREEN, S. 1997. Buite-egtelike moederskap in die Paarl-Wellington gebied: Die tienermoeder se versorgingspotensiaal en steunstelsel. Koöperatiewe Navorsingsprogram oor die Huweliks- en Gesinslewe, Stellenbosch. Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing. Pretoria. 56 p.

JACKSON, N. 2004. Kerkhoë vra protes teen wysiging van aborsiewet. *Die Beeld*:9, 5 Aug.

JORDAAN, W. 2004. Omstrede wet oor aborsies sonder debat deurgevoer. *Die Beeld*:2, 20 Aug.

KAUFMAN, K. 1997. The abortion resource handbook. New York : Simon & Schuster inc. 218 p.

KRETZSCHMAR, L. & HULLEY, L. 1998. Questions about life and morality. Pretoria : JL van Schaik. 270 p.

LABUSCHAGNE, F.J. & EKSTEEN, L.C. 1992. Verklarende Afrikaanse Woordeboek. 8ste uitgawe. Pretoria : Van Schaik. 1117p.

LE ROUX, J.P. 1995. Aborsie in Suid-Afrika: 'n Maatskaplike werk perspektief. Bloemfontein : UOVS. (Proefskrif – Ph.D.) 321 p.

LE ROUX, J.P. & BOTHA, D. 1997. Aborsieberading deur die maatskaplike werker vir swanger tienerjarige en ouer vroue. *Die Maatskaplikewerk-navorser-praktisyn*, 10(2):169–188, Nov.

LOUW, A.S. 2004. Adoption Rights of natural fathers T v C 2003 2 SA 298 (W). *Tydskrif vir hedendaagse Romeins-Hollandse Reg*, 67(1):102–114, Feb.

MANXAILE, A. 1998. Xhosa per-urban women's views on abortion as a human right: implications for a pro-impilo theological discourse on the choice of termination of pregnancy Act, no 92 of 1996, South Africa. Pietermaritzburg : University of Natal. (Dissertation – M.Th.) 205 p.

Mc CULLOCH, U.R. 1996. Women's experiences of abortion in South Africa: an exploratory study. Cape Town : University of Cape Town. (Dissertation - M.A.) 90 p.

MILLNER, V.S. & HANKS, R.B. 2002. Induced abortion: An ethical conundrum for counselors. *Journal of counseling & development*, 80(1):57.

MKHIZE, B.A. 2000. The termination of pregnancy Act of 1996: A theological ethical evaluation of abortion on demand. Pretoria : University of Pretoria. (Dissertation – M.Th.) 128 p.

MOGANO, M.S. 1999. Factors influencing the decision of teenagers to terminate their pregnancies. Johannesburg : Rand Afrikaans University. (Mini-dissertation - M. Soc.Sc.(Social Work)) 59 p.

MOJAPELO, P.M. 2004. In the matter between the Christian Lawyers' Association and National Minister of Health. Pretoria : High court of South Africa. Case number: 7728/2000. Currently not reported case – marked reportable. 37 p.

MOJAPELO-BATKA, E.M. 2000. Voluntary termination of pregnancy: Meanings and coping with emotional impact of perceived or anticipated social sanctions. Hammanskraal : Medunsa (Dissertation – M.Sc.). 124p.

NAIDOO, T.D. & MOODLEY, J. 2002. Termination of pregnancy: do women change their decision following counseling? *The South African Journal of Epidemiology and Infection*, 17(1,2):29-33.

NDHLOVU, M.P. 1999. Nurses' experiences of abortion: an exploratory study of nurses experiences in assisting with termination of pregnancy in South Africa and Zambia. Western Cape : University of Cape Town. (Thesis – M.Cur.) 146 p.

NEUMAN, W.L. 2000. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. 4th ed. Boston : Allyn and Bacon. 558 p.

NEUMAN, W.L. 2003. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. 5th ed. Boston : Allyn and Bacon. 584 p.

NORTHEN. H. 1995. Clinical Social Work/ Knowledge and Skills. New York : Columbia University Press. 423 p.

PARRY, G. 1990. Coping with crises. Great Britain, Exeter : The British Psychological Society and Routledge Ltd. (PBS Books). 116 p.

PERSPEKTIEFOPLEIDING. 2004. Selfpersepsieskaal (SPS2):Feb, 21: 7 p.

POLK-WALKER, G.C. 1993. Counseling implications in a client's choice of anesthesia during a first or repeat abortion. *Nursing Forum*, 28(1):22, Jan-Mar.

PRICE, H. 1983. Psycho-social adjustment of pregnant adolescents who seek legal abortion. Johannesburg : University of the Witwatersrand. (Dissertation - MA (Social Work)) 426 p.

RAU, L. 1996. The constitutionality of abortion limiting legislation in South Africa. Pretoria : University of South Africa. (Dissertation – Master of Law) 28 p.

REISSER, P.C. & REISSER, T.K. 1992. Responding to a woman with a crisis pregnancy. Colorado Springs : Focus on the family. 15 p.

ROYSE, D. 2004. Research methods in social work. 4th ed. Canada : Thomson Brooks/Cole. 359 p.

RUBIN, A. & BABBIE, E. 1997. Research methods for social work. Pacific Grove. Calif : Brooks/Cole Publishing. 501 p.

RUBIN, A. & BABBIE, E. 2001. Research methods for social work. 4th ed. Australia : Wadsworth/Thompson. 693 p.

RULASHE, L. 1999. The psychosocial dimensions of abortion amongst Xhosa speaking women. Port Elizabeth : University of Port Elizabeth. (Dissertation – M.A.) 129 p.

SA *kyk* SUID-AFRIKA.

SAS Institute Inc., 1999. SAS Institute Inc., SAS OnlineDocR, Version 8, Cary, NC.

SCHLOSSBERG, T. & ACHTEMEIER, E. 1995. Not my own. Michigan : William E, Eerdmans Publishing Company. 137 p.

SCWINDACK, R.M. 1995. The abortion debate revisited in South African context: editorial. *Geneeskunde*, 37(5): 5-10, Sep/Oct.

SEKUDU, J. 2001. Abortion: a social work study. Pretoria : University of Pretoria. (Thesis – D. Phil.) 250 p.

SHEAFER, B.W., HOREJSI, C.R. & HOREJSI, G.A. 1997. Techniques and guidelines for social work practice. 4th ed. Boston : Allyn and Bacon. 635 p.

SMITH, E.M. 1972. Counseling for women who seek abortion. *Social Work*, 7(2):62–68.

STRYDOM, H. 1999. Maatskaplikewerk-navorsing. Potchefstroom : PU vir CHO. 268 p.

SUID-AFRIKA. 1975. Wet op vrugafdrywing en sterilisasie, no 2 van 1975. Pretoria : Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA. 1983. Wet op kindersorg. No 74 van 1983. Pretoria : Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA. 1996(a). Grondwet van die Republiek van Suid-Afrika. No 108 van 1996. Pretoria : Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA. 1996(b). Wetsontwerp op die beëindiging van swangerskap, (WB80-96). Pretoria : Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA. 1996(c). Wet op keuse oor die beëindiging van swangerskap. No 92 van 1996. Pretoria : Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA. 1998. Wysigingswet op Aannemingsaangeleenthede. No 56 van 1998. Pretoria : Staatsdrukker.

TAYLOR, G.L. 1997. Women's experience of abortion – a qualitative study. East London : Rhodes University. (Thesis – M.Soc.Sc. (Social Work).) 143 p.

VAKTAALKOMITEE VIR MAATSKAPLIKE WERK. 1995. Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk. Kaapstad : CTP Book Printers. 140 p.

VAN DER BERG, R. 1997. Called to care: A Christian counseling perspective on abortion. Sinoville : Group 7 Printers & Publishers. 105 p.

VAN ROOYEN, C.A.J. 1998. Abortion: a study of final-year social work students' responses to abortion-related issues. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 34(3):295-306, Aug.

VOSLOO, S.C. 1991. Die taak van die geneeskundige maatskaplike werker met die chronies siek pasiënt in 'n provinsiale hospitaal. Potchefstroom : PU vir CHO. (Verhandeling – MA.(Maatskaplike Werk)) 290 p.

ZIMMERMAN, M. 1997. Should I keep my baby? Minnesota : Bethany House Publishers. 91 p.



Hand van fetus 12 weke

---oOo---