

HOOFSTUK 3

TEORETIESE FUNDERING VIR DIE KWESBAARHEID VAN DIE AFRIKA-VROU VIR MIV, EN DIE MIV-GESIN

3.1 Inleiding

‘n Koerantberig met die opskrif *The terrible toll of Aids* (Pretoria News, 1999:1), het skokkende inligting weergegee aangaande die impak van MIV op die Suid-Afrikaanse populasie. Volgens die berig is die populasie van KwaZulu-Natal besig om stadig te sterf. Dit is klaarblyklik die eerste keer in gedokumenteerde geskiedenis dat die aantal sterftes as gevolg van Vigs, die geboortesifers oortref. Daar word voorspel dat hierdie tendens ook binne-kort in ander provinsies van Suid-Afrika gevind sal word, waar veral jong moeders deur MIV geaffekteer word. Volgens hierdie artikel het opnames van die *Human Development Report* in 1998 getoon dat dit hoofsaaklik mans tussen 20-40 jaar, en vroue tussen 15-35 jaar is wat baie ernstig deur MIV geaffekteer word. Aangesien laasgenoemde groepe in hul voortplantingsjare is, kan die afleiding gemaak word dat groot getalle kinders ook na aanleiding van Vigs sal sterf.

Met inagnome van die bogenoemde inligting en die ekonomiese en sosiale probleme wat MIV/Vigs reeds meegebring het, is dit nie verbasend dat diverse groepe in Suid-Afrika hul wend tot hierdie kwessie nie. Cosatu se leierskorps het byvoorbeeld MIV-toetsing ondergaan ten einde ‘n voorbeeld te stel vir ander landsburgers. Volgens laasgenoemde persone is MIV nie net ‘n gesondheidskwessie nie, maar ook ‘n ekonomiese vraagstuk (De Lange, 1999:1). Selfs in koerante soos *Personal Finance* word persone gewaarsku om die nodige finansiële voorsiening te maak indien hul enige risiko loop om MIV op te doen (De Kock, 1999:1).

Die wyses waarop die Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul gesinne benadeel word as gevolg van dié siekte, strek egter baie verder as ‘n ekonomiese vraagstuk. Waar die moeder en vader geaffekteer word, word ook die kinders, grootouers, familie en vriende

geaffekteer. MIV plaas verdere stremming op Afrika-gesinne wat alreeds deur armoede, malaria, cholera en ander siektes geteister word. Die meeste van hierdie gesinne ervaar stigmatisering en verwerping vanaf hulle eie familie, vriende en etniese groepe. Die erns van MIV in Suid-Afrika is van so aard dat dit nie net sosiale negatieweit veroorsaak nie, maar dat bevolkingsgroepe in geheel uitgewis kan word. Doktor Zola Skweyiya, Minister van Sosiale Ontwikkeling in Suid-Afrika, waarsku dat die swart bevolkingsgroep 'n minderheid in hul eie land kan word as gevolg van MIV/Vigs(Hawthorne, 2001:21). Ten spyte van die sigbaarheid van die vernietigende effek van MIV/Vigs in Suid-Afrika, wil dit voorkom asof MIV steeds teen 'n baie vinnige tempo versprei, veral onder swart Afrikane. Wanneer daar dan na die Afrika-vrou en MIV gekyk word, behoort sosiale, kulturele, biologiese en ekonomiese determinante in ag geneem te word, aangesien hierdie determinante moontlik verband kan hou met die vinnige verspreiding van MIV. Daar word in hierdie hoofstuk gepoog om na aanleiding van 'n volledige literatuur studie, te kyk na die kwesbaarheid van die swart Afrika-vrou vir MIV, asook die MIV-gesin as verskynsel wat veral in ontwikkelende lande gevind word.

3.2 MIV/Vigs in Afrika en Suid-Afrika

In verskeie bronne word die aandag gevestig op 'n spesifieke geografiese gebied in Afrika wat baie ernstig deur MIV/Vigs geaffekteer word. Van Niekerk (1991:11) verwys na 'n wye gordel oor Afrika wat strek vanaf Zaïre tot Rwanda, Burundi, Uganda, Tanzanië, Kenia, Zambië, Malawi en Zimbabwe tot by Namibië en Suid-Afrika. Hierdie gordel wat oor Afrika strek is ongeveer 6000 kilometer lank en 'n 1000 kilometer breed met 'n populasie van 'n 100 miljoen mense(Caldwell, 1995:299). Gedurende 'n opname gemaak deur *The World's Women* soos saamgevat in die artikel *Women, Children and Aids* (Population Today, 1995:3) meer as vyf jaar gelede is daar verder bevind dat daar 110 geïnfekteerde vroue in Afrika vir elke 100 geïnfekteerde mans was, in vergelyking met die VSA en Kanada waar daar slegs 17 geïnfekteerde vroue vir elke 100 geïnfekteerde mans was. Daar word dus in Afrika nie net 'n groot gebied nie, maar ook groot getalle persone, en spesifiek vroue geraak deur MIV/Vigs. 'n Verdere aanduiding

van die erns van MIV in Afrika-lande, is die hoeveelheid hospitalisasies wat MIV-verbandhoudend is. Volgens Evian (1998:1) is ongeveer 40% hospitalisasies in Kwa-Zulu Natal MIV-verbandhoudend, en in lande soos Zimbabwe wat Suid-Afrika ongeveer drie jaar vooruit is wat MIV/Vigs aanbetref, word 80% hospitaal beddens geokkupeer deur persone met MIV/Vigs. Laasgenoemde studie is gedurende 1998 onderneem en die getalle behoort huidiglik veel hoër te wees. Suid-Afrikaanse hospitale poog daarom om tuistegebaseerde versorging te integreer met die dienste wat deur hospitale en klinieke gelewer word, ten einde hierdie probleem finansieel aan te spreek (Vanmali, 1997:16).

In Suid-Afrika is daar tot op hede geen werklike getalle oor die hoeveelheid persone met MIV/Vigs beskikbaar nie. Statistiek wat hospitaal opnames en sterftes aanbetref, dui egter daarop dat ernstige probleme ervaar word. Whiteside en Sunter (2000:49) gee die volgende inligting deur:

- 30% van alle pediatriese opnames en 50% van alle volwasse opnames in Gautengse hospitale was MIV-verbandhoudend gedurende 1998
- Die 40% toename in sterftes by die Natalspruit Hospitaal en die Oos Rand word toegeskryf aan Vigs
- 'n Totaal van 405 babas het in 1998 in die Kaapstad munisipale gebied gesterf voor hul eerste verjaarsdag. Laasgenoemde het dus met 23% toegeneem vanaf die vorige jaar en word beskou as Vigs-verbandhoudende sterftes.
- 'n Hospitaal in Port Elizabeth stuur Vigs-babas huistoe om plek te maak vir kinders met siektes wat wel genees kan word. By hierdie Port Elizabeth hospitaal word daar daaglik ten minste 2 babas met MIV gediagnoseer.
- Die aantal begrafnisse en verassings in Durban het toegeneem vanaf 2 592 persone gedurende 1993-94 tot 8 983 persone gedurende 1997-98 wat as Vigs-verbandhoudend beskou word
- In Johannesburg is 15 000 persone gedurende 1994 begrawe, terwyl dit toegeneem het tot 70 000 persone gedurende 1999. Laasgenoemde word in konteks gebring met sterftes na aanleiding van Vigs.

Dit blyk verder uit studies wat in die verskillende provinsies in Suid-Afrika onderneem is, dat ongeveer 2.4 miljoen mense aan die einde van 1996 MIV-positief was (Evian,

1998:1). Whiteside en Sunter (2000:53) se navorsing dui daarop dat daar ongeveer 3,3 miljoen MIV-geïnfekteerde persone in Suid-Afrika was gedurende 1998, en 4,2 miljoen gedurende 2000. Hierdie outeurs het 'n verdere skatting gemaak wat dui daarop dat Suid-Afrika gedurende 2008 ongeveer 6.2 miljoen MIV-geïnfekteerde persone sal hê. Boulogne (1995:40) meen egter dat enige statistiek wat MIV/Vigs aanbetref misleidend kan wees aangesien die venster periode van die virus wat tot ses maande kan duur, dit onmoontlik sou maak om te bepaal hoeveel persone in 'n populasie geïnfekteer is. Van Niekerk (1991:13) konstateer egter dat daar met redelike sekerheid gesê kan word dat die getalle van persone met Vigs, elke 8,5 maande verdubbel het gedurende die eerste fase van MIV in Suid-Afrika, en dit ook duidelik is dat meer Afrika-vroue deur MIV/Vigs geïnfekteer word as mans. Voorkomende programme het tot op hede ook geen waarneembare effek in Afrika gehad het nie (Termmerman en Marres, 1995:62). Die bepaling van die redes waarom meer Afrika-vroue as mans deur MIV geïnfekteer word, kan moontlik bydra tot die implimentering van meer effektiewe voorkomende programme. Moontlike redes vir laasgenoemde word dan ondersoek ten einde meer duidelikheid oor hierdie verskynsel te bekom.

3.3 Die Afrika-vrou se kwesbaarheid vir MIV/Vigs

Aggleton en Hamans (1988:16) was meer as 'n dekade gelede oortuig dat MIV nie beperk is tot 'n spesifieke tipe persoon, geslag, ras of ouderdomsgroep nie. Hoewel MIV persone van enige geslag, ras of ouderdomsgroep kan affekteer na aanleiding van die wyses waarop dit oorgedra word, dui resente navorsing daarop dat meer vroue as mans daardeur geïnfekteer word. Daar is bevind dat MIV in 80% van alle gevalle in Afrika na aanleiding van heteroseksuele kontak oorgedra word (Ulin, 1992:63). Verder blyk dit dat die proporsionele toename van MIV vanaf 1992 ook in ander lande baie groter was onder nie-blanke vroue as mans (Goméz en Marín, 1996:355). Laasgenoemde stem ook ooreen met Suid-Afrikaanse navorsing wat daarop dui dat die aantal heteroseksuele persone met MIV die aantal homoseksuele persone met MIV gedurende Julie 1991 begin verbysteek het (Whiteside en Sunter, 2000:47). Shayne en Kaplan (1991:22) het in hul navorsing bevind dat die meeste Vigs diagnoses in die VSA (alle etniese groepe ingesluit), die van

vroue tussen 30-34 was. Van hierdie vroue was ongeveer 73% nie-blank, waarvan 51% swart was.

Hoewel van die bogenoemde outeurs hul navorsing in die VSA onderneem het, word hierdie bronne benut om die karaktertrekke van vroue met MIV uit te lig, en word daar gepoog om dit met soortgelyke navorsing in Suid-Afrika op die Afrika-vrou toe te pas. Marcenko en Samost (1999:37) beskryf vroue wat deur MIV geaffekteer word as 'n geïsoleerde, magtelose en deursigtige groep, wat min ondersteuning ontvang aangesien die meerderheid van hierdie vroue arm, nie-blanke vroue is. Dit wil voorkom asof die meeste vroue met Vigs van minderheidsgroepe afkomstig is en dikwels enkel-ouers is (Macklin, 1991:99). Semple, Patterson, Temoshok, McCutchan, Straits-Tröster, Chandler en Grant (1993:17) meen dat vroue met Vigs meermale van lae-inkomste-groepe afkomstig is en verder minder geïntegreer binne die gemeenskap en ander ondersteuningsisteme leef. Anderson en Wilkie (1992:190) sluit hierby aan deur te noem dat vroue met MIV/Vigs vervreem is van hul gesinne en families, terwyl Van Niekerk (1991:12) beweer dat so te sê die helfte van alle Vigs gevalle in Afrika, vroue in hul voortplantingsjare is. Verder blyk dit dat veral Suid-Afrikaanse vroue wat een van vele seksmaats van 'n enkele man is (poligamie) ook meer kwesbaar is om MIV op te doen. (Vergelyk Whiteside en Sunter, 2000:60 en Caldwell, 1995:299.)

Dit wil dus voorkom asof daar 'n spesifieke tipering gemaak kan word wat die vrou met MIV/Vigs aanbetref. Indien al die bogenoemde faktore saamgevoeg word, kan daar moontlik gesê word dat die volgende vroue meer kwesbaar is vir MIV:

- Afkomstig van nie-blanke minderheidsgroepe en dus magteloos
- Wat enkellopend of enkel-ouers is
- Met 'n lae inkomste en wat in armoede leef
- Wat swak verhoudings binne die gemeenskap en met hul gesinne en families handhaaf, en dus in isolasie leef en min ondersteuning ontvang
- Wat in hul voortplantingsjare is
- Wat in poligamiese verhoudings is.

Bogenoemde is egter geen deterministiese stelling nie, maar slegs 'n voorstel van die moontlike profiel van vroue wat meer kwesbaar mag wees vir MIV. Daar behoort volgens die navorser ook in ag geneem te word dat vroue se situasie soos bogenoem moontlik die gevolg van MIV kan wees en nie noodwendig die oorsaak van MIV is nie, aangesien bogenoemde outeurs se gevolgtrekkings gemaak is waar dié vroue reeds MIV-geïnfekteer was.

Na aanleiding van bogenoemde moontlike profiel ontstaan die vraag steeds waarom die vrou meer kwesbaar is vir MIV. Verskeie outeurs gee diverse redes vir laasgenoemde, en daar word nou gekyk na die moontlike oorsake van die voorkoms van MIV by die Afrika-vrou.

3.4 Redes vir die Afrika-vrou se kwesbaarheid vir MIV/Vigs

Caldwell (1995:299) meen dat daar drie belangrike redes is wat bydra tot die verspreiding van Vigs in Afrika naamlik:

- Die meerderheid mans in Afrika onderhou seksuele verhoudings met verskeie persone
- 'n Groot aantal mans maak op gereelde basis gebruik van die dienste van kommersiële sekswerkers
- Seksueel oordraagbare siektes asook Vigs word selde behandel aangesien Afrika die laagste vlak van gesondheidsdienste het.

Bogenoemde verduidelik egter nie die snelle verspreiding van MIV spesifiek by die vrou nie, aangesien die man se kans om die virus op te doen na aanleiding van bogenoemde net so goed is. Daar behoort dus gefokus te word op aspekte wat die Afrika-vrou van die man onderskei en daar sal nou kortliks gepoog word om hierdie aspekte uit te lig.

3.4.1 Die vrou se biologiese kwesbaarheid

Volgens Temmerman en Marres (1995:69) is die vrou biologies meer kwesbaar vir MIV as die man. Die rede hiervoor is dat daar 'n groter hoeveelheid van die virus in die seropositiewe man se semen aanwesig is as wat daar in die seropositiewe vrou se

vaginale afskeiding aanwesig is. Lamond (1996:18) sluit hierby aan deur te noem dat die vroulike anatomie en fisiologie van so aard is dat die vrou se liggaam semen baie langer en dieper behou na aanleiding van seksuele kontak. Die vrou word dus oor 'n langer tydperk blootgestel aan geïnfekteerde vloeistof, en die risiko vir infektering is dus baie groter as by die man.

'n Ander aspek wat die vrou se biologiese kwesbaarheid versterk is die voorkoms van seksueel oordraagbare siektes. Anders as by die man is sere as gevolg van seksueel oordraagbare siektes meer versteek by die vrou, en kan sy dus onbewus wees daarvan. Die voorkoms van hierdie versteekte sere verhoog die vrou se kans op infektering (Lamond, 1996:18). Talle tradisionele gebruike wat die Afrika-vrou meer kwesbaar maak vir MIV, kan as 'n verdere rede aangevoer word. 'n Enkele voorbeeld hiervan is "*droë seks*" wat 'n algemene gebruik is vir vroue in baie Afrika-stamme. Droë seks word in Afrika beskou as 'n teken van die vrou se getrouheid aan haar eggenoot, want indien die vrou te veel vaginale afskeiding het, dui dit daarop dat sy geïnteresseerd is in seksuele omgang met 'n ander man. Droë seks impliseer dat die vrou haar vagina uitdroog deur van waspoeiers en ander oplossings gebruik te maak wat vaginale afskeiding verminder. Die gevolge van droë seks is dat die vaginale wande uitgedroog en sensitief is, en seksuele omgang aanleiding kan gee tot skeuring van die vaginale wande, wat weereens die vrou se kans op infektering verhoog (Vergelyk Temmerman en Marres, 1995:62-69 en Van Dyk, 2001:144.)

Na aanleiding van bogenoemde is dit duidelik dat nie net die vrou se anatomie en fisiologie, wat haar meer kwesbaar maak vir MIV, haar van die man onderskei nie, maar dat tradisionele gebruike wat die kwesbaarheid vir MIV verhoog, ook 'n belangrike rol speel. Dit blyk dat tradisionele gebruike waaraan die man nie blootgestel word nie, moontlik een van die belangrike veranderlikes kan wees wat die vrou van die man onderskei, veral wanneer daar gefokus sou word op die verskeidenheid van tradisionele gebruike wat onder verskillende Afrika-stamme voorkom.

3.4.2 Die gebruik van kondome

Volgens Shayne en Kaplan (1991:27) tref min vroue wat kwesbaar is vir MIV, die nodige voorsorg om hulself daarteen te beskerm. Baie vroue vrees dat hul seksmaat sal verloor wanneer hul aandring op veilige seks. Om aan te dring op veilige seks sou ook impliseer dat vroue 'n meer dominante posisie moet inneem, wat in meeste Afrika-kulture as nie-tradisionele gedrag beskou word. Dit blyk dat die effektiwiteit van kondoomgebruik dus grootliks bepaal word deur die gedrag van die manlike seksmaat. Campbell (1995:197) is oortuig dat vroue wel ingelig mag word oor die voordele van kondoomgebruik, maar nie in die posisie staan om van kondome gebruik te maak wanneer hul manlike seksmaat dit weier nie. Daar word dus gefokus op individuele gedragsverandering by die vrou, maar selde gelet op die invloed wat die manlike seksmaat se houding op die vrou se gedrag uitoefen.

Volgens Lamond (1996:18) kan bogenoemde gesien word as 'n psigologiese agterstand van die vrou. Dit is dan ook verstaanbaar dat navorsers in die sosiale wetenskappe en gesondheidsdiens-opset meen dat vroue regoor die wêreld nie in 'n posisie staan om vir veiliger seks te onderhandel nie (Ulin, 1992:63). Baie vroue word ook mishandel en kan in lewensgevaar verkeer wanneer hul aandring op veilige seks (Gómez en Marín, 1996:356). Om by laasgenoemde aan te sluit kan daar veral gelet word op die negatiewe houding van die Afrika-man teenoor die gebruik van kondome en die vrou in die algemeen. Beer, Rose en Tout (1989:189) noem dat die Afrika-man voel hy nie vertrou word indien hy gevra word om 'n kondoom te gebruik nie, en ook van vroue verwag om onderdanig te wees. Hierdie houding van die man gee dikwels aanleiding tot geforseerde seksuele omgang sonder die gebruik van 'n voorbehoedmiddel soos 'n kondoom.

Navorsing toon dat blanke vroue meer dikwels gebruik sal maak van voorbehoedmiddels as swart vroue en ook meer kennis dra van MIV en aspekte wat daarmee verband hou (Gómez en Marín, 1996:356). Die realiteit dat swart vroue baie selde van voorbehoedmiddels soos kondome gebruik maak, kan dus in verband gebring word met die magswanbalans wat daar tussen Afrika-mans en -vroue bestaan. Volgens Ulin (1992:64) het die meeste vroue in ontwikkelende lande nie toegang tot dieselfde

hulpbronne vir ontwikkeling as die man nie, en dus nie dieselfde status as die man nie. Ulin (1996:65) is van mening dat die verlies aan die Afrika-vrou se status ook toegeskryf kan word aan koloniale heerskappy wat in baie Afrika-lande voorgekom het. Terwyl mans aangemoedig is om plase te bestuur en hul inkomste te verhoog, was vroue hoofsaaklik plaaswerkers. Daar bestaan steeds ongelyke toegang tot skoolopleiding, en daar word van die vrou verwag om van jongs af reeds op plase te werk, wat die Afrika-vrou se status negatief beïnvloed. Besluitneming, selfs wat seksuele omgang aanbetref word dus deur die man onderneem.

Evian (1998:9) noem dat studies in Suid-Afrika toon dat kondome, in teenstelling met bogenoemde inligting, wel in aanvraag is. Die *Lovers Plus* projek in Suid-Afrika, het 'n studie onderneem en bevind dat kondome wat verniet beskikbaar gestel word, dikwels nie gebruik word nie. Daar is besluit om kondome dus teen lae koste beskikbaar te stel, veral by winkels wat 24 uur oop is. Die *Lovers Plus* projek was in so mate suksesvol dat daar nou besluit is om hierdie projek ook na armoedige plattelandse gebiede te verskuif waar *Lovers Plus* teen geen kostes beskikbaar gestel sal word. Die navorser is van mening dat hierdie studie nie veralgemeen kan word nie, aangesien daar geen aanduiding is van watter etniese groepe wel kondome gekoop het nie, en daar dus geen bewyse is dat Suid-Afrika se swart bevolkingsgroep bygedra het tot die sukses van die *Lovers Plus* projek nie. Verder verstaan die navorser ook nie waarom kondome kosteloos in plattelandse gebiede beskikbaar gestel sal word indien daar bewys is dat hierdie produkte nie gebruik word waar dit kosteloos beskikbaar gestel word nie. Die navorser sou aanbeveel dat kondome dan eerder teen slegs 'n paar sent per kondoom verkoop word om daardie stigma wat gepaard gaan met kostelose produkte, te vermy.

3.4.3 Kulturele determinante

In Afrika en ook ander tradisionele samelewings, word dit as disrespekvol en promisku beskou om oor seks te praat. Vroue is tipies verantwoordelik vir die voorkoming van swangerskap, terwyl die man alle seksuele gedrag bepaal. Vroue aanvaar ook dat die man sterk, onbeheerbare seksuele behoeftes het, en dat dit die vrou se plig is om hierdie

behoefte te vervul. Indien die vrou na die sluiting van die huwelik nie haar seksuele aantreklikheid behou nie, is dit die man se reg om sy behoeftes elders as tuis te vervul (Gómez en Marín, 1996:356). Elke samelewing het dus sy unieke benadering tot seksualiteit, en ook 'n unieke verklaring rondom siekte. Volgens Temmerman en Marres (1995:63) het baie Afrikane aan die begin van die epidemie sekere bygelowe rondom MIV/Vigs onderhou, wat 'n spesifieke betekenis aan die siekte toegeken het. Van hierdie bygelowe was byvoorbeeld:

- Dat God die mens straf vir sy promiskuiteit en voorhuwelikse seks
- Dat MIV/Vigs deur Westerse lande ingevoer is om Afrika se bevolkingsgroei te beperk
- Dat 'n man net MIV/Vigs opdoen wanneer hy omgang het met 'n ander man se vrou
- Dat 'n man MIV/Vigs opdoen na aanleiding van seksuele omgang met 'n vrou wat 'n miskraam gehad het
- Dat 'n man MIV/Vigs opdoen wanneer hy vee steel
- Dat die vrou verantwoordelik is vir die verspreiding van die virus en daarom daar ook in Oos-Afrika verwys word na MIV/Vigs as *die siekte van die vrou*.

Bogenoemde hou moontlik verband met die snelle verspreiding van MIV na die Afrika-vrou, aangesien inligting rondom die siekte beperk was tot bygelowe en die vrou dus nie oor die nodige kennis beskik het om haarself teen MIV te beskerm nie. In hierdie geval behoort daar volgens die navorser gekyk te word na die verskil in werksomstandighede vir die man en vrou. Waar die man moontlik verstedelik het en vir 'n groot organisasie of instelling kon gaan werk in byvoorbeeld die mynboubedryf, is daar aandag geskenk daaraan om werknemers in te lig oor die gevare van MIV, hoe dit opgedoen word en hoe dit voorkom kan word. Mans is dus die kans gegun om bygelowe te vervang met feite, terwyl vroue wat hoofsaaklik op die platteland agtergebly het en as domestiese werkers en plaaswerkers geld moes verdien en die gesin moes versorg, min geleentheid gebied is om inligting te bekom ten opsigte van MIV/Vigs. Die aspekte van verstedeliking en werkseleenthede sal egter later meer volledig bespreek word.

Die Afrika-vrou word verder benadeel na aanleiding van verskeie risiko-faktore wat selfs in haar daaglikse bestaan voorkom. Baie vroue is ondervoed en word geteister deur

siektes wat nie behandel word nie. Vroue is ook oorwerk en uitgeput as gevolg van opeenvolgende swangerskappe (Ulin, 1992:65). Die belang van vrugbaarheid is 'n aspek wat deur verskeie outeurs aangeraak word. Temmerman en Marres (1995:64) noem dat die samelewingsmodel van Afrikaanse gerig is op voortplanting, en die huwelik dan ook gesien word as 'n ooreenkoms waarbinne kinders voortgebring sal word. Huwelike word dikwels deur ouers gereël, en in Afrika is dit ondenkbaar dat 'n vrou nie kinders wil hê nie. Indien dit vir 'n vrou onmoontlik is om kinders te hê sal sy haar toevlug tot tradisionele genesers neem, en selfs omgang hê met 'n verskeidenheid mans in die poging om swanger te raak. Wat MIV/Vigs aanbetref poog die Afrika-vrou om soveel moontlik kinders te hê voordat die siekte sy tol eis. Ulin (1992:65) sluit hierby aan deur te noem dat die algemene gebruik van bloedoortappings gedurende swangerskap, baie Afrika-vroue in die verlede onder risiko plaas om met geïnfecteerde bloed in aanraking te kom. Verder is die Afrika-vrou se situasie van so aard dat sy min tyd tot haar beskikking het om na haarself en haar eie gesondheid om te sien en baie selde van mediese dienste gebruik maak, selfs nie waar ernstige siekte soos MIV voorkom nie.

Vanmali (1997:17) sluit aan by bogenoemde deur te noem dat daar wel 'n verskeidenheid organisasies en individue in Suid-Afrika is wat dienste lewer aan plattelandse gemeenskappe, maar dat daar voorheen geen gekoördineerde programme bestaan het om die behoeftes van plattelandse gemeenskappe aan te spreek nie. Daar is aanbeveel dat die Staat formeel 'n onafhanklike Vigs eenheid daarstel wat vanuit plattelandse hospitale kan werk. Die volgende is hierby ingesluit:

- Die bestuur van bogenoemde eenhede deur een liggaam binne die provinsiale gesondheidsdienste
- Befondsing van bogenoemde provinsiale bestuursliggaam deur die Staat
- Die daarstelling van gemeenskap ondersteuningsprogramme
- Ondersteuning van plattelandse MIV-beraders
- Die benutting van voltydse gesondheidswerkers
- Opleiding van godsdienstige leiers as beraders
- Samewerking met tradisionele genesers.

Daar word oor die afgelope twee jaar gepoog om bogenoemde aspekte aan te spreek, maar aangesien Suid-Afrika soveel ander probleme ondervind wat misdad, korrupsie en 'n swak ekonomie insluit, vorder hierdie tipe programme baie stadig en kan die effektiwiteit daarvan eers oor 'n lang tydperk waargeneem word.

3.4.4 Aanpassing by swak ekonomiese toestande

Dit blyk dat verstedeliking in Afrika die gevolg van swak ekonomiese toestande, en dus die gevolg van armoede is. Vir die Afrika-man as broodwinner is dit normale prosedure om sy gesin agter te laat ten einde werk te vind in stedelike gebiede (Temmerman en Marres, 1995:63). Ulin (1992:64) meen dat die impak van verstedeliking van mans in Afrika waargeneem kan word aan die groot getalle gesinne waar die vrou as hoof van die gesin optree. Hierdie gesinne word verder gekenmerk aan armoede en isolasie, en hul inkomste is baie laer as dié van gesinne waar die man as hoof van die gesin optree. Dit is egter nie net Afrika-mans wat verstedelik nie, maar ook groot getalle Afrika-vroue.

Temmerman en Marres (1995:63) is van mening dat die meeste Afrika-vroue finansiëel afhanklik is van die man, en as gevolg van onderontwikkeling en 'n lae vlak van skoolopleiding, daar min aan die situasie verander kan word. Wanneer hierdie vroue dan na hulself en hul kinders moet omsien is dit nie verbasend dat sommige vroue hul wend tot sekswerk nie. Selfs in die VSA dui navorsing daarop dat sekswerk 'n wyse is waardeur arm vroue eiendom kan bekom en hul gesinne kan onderhou (Shayne en Kaplan, 1991:27). Die Afrika-vrou verstedelik egter nie met die spesifieke doel om as sekswerker op te tree nie, maar het min, en in baie gevalle geen skoolopleiding ondergaan nie en het dus geen ander keuse nie. Vir Suid-Afrikaanse vroue wat hulself tot sekswerk wend, blyk dit dat die onlangse dekriminalisasie van sekswerk in Gauteng groot voordeel kon inhou indien gesondheidsintervensie 'n meer integrale deel uitgemaak het van die dekriminalisasie proses. Evian (1998:12) noem dat daar veral op twee gebiede meer aandag geskenk kon word, naamlik:

- Die aanmoediging en bevordering van metodes vir die voorkoming van seksueel oordraagbare siektes en die behandeling daarvan by sekswerkers

- Wetstoepassing waar die gebruik van kondome in bordele verpligtend is.

Aangesien die dekriminalisasie van sekswerk in Suid-Afrika klaarblyklik nie goed deurdenk was nie, maak bogenoemde ongelukkig nie deel uit daarvan nie en word sekswerk tans in Suid-Afrika as 'n oortreding beskou.

Van die vroue wat wel kan werk vind in stede en hulself nie tot sekswerk hoef te wend nie, word daar steeds verwag om gereeld seksuele gunste toe te staan ten einde hul werk te behou en hul inkomste aan te vul. Ulin (1992:66) verduidelik verder dat hierdie vroue wat verstedelik in elk geval gestigmatiseer word aangesien hul sosiale gebruike daardeur oortree, en dikwels ook deur hul plattelandse families en vriende verwerp word.

Na aanleiding van bogenoemde agtergrond is dit nodig om aandag te skenk aan hoe verstedeliking as gevolg van swak ekonomiese toestande die Afrika-vrou meer kwesbaar maak vir MIV. Soos reeds genoem wend meeste arm vroue in stedelike gebiede hul tot sekswerk ten einde 'n inkomste te verdien. Volgens Ulin (1992:66) lê die kern van hierdie vroue se kwesbaarheid in die tekort aan enige seksuele norme in stedelike gebiede in Afrika. Hierdie tekort aan seksuele norme gee dikwels aanleiding tot seksuele promiskuiteit wat gepaard gaan met die verlies aan sosiale kontrole en tradisionele waardes (Temmerman en Marres, 1995:64). Ulin (1992:66) meen dat baie vroue dan betrokke raak by aktiwiteite wat die risiko vir MIV-infektering verhoog. Temmerman en Marres (1995:64) sluit hierby aan deur te noem dat dit moeilik is om die verspreiding van die virus te bekamp, aangesien die Afrika-man dikwels ook weier om van kondome gebruik te maak wanneer daar van die dienste van kommersiële sekswerkers gebruik gemaak word. Laasgenoemde dui vir die navorser op die belang van die bemarking en beskikbaarstelling van veral vroulike kondome.

Dit is egter nie net verstedeliking wat aanleiding gee tot bogenoemde situasie nie, maar volgens Sloten (1995:278) het sosiale oproer of oorlog dieselfde effek. Sosiale oproer vernietig plattelandse ekonomieë en talle mense word onderwerp aan fisiese en psigologiese geweld. Terwyl lewenskoste styg neem werkloosheid toe en Afrika-mans verstedelik om werk te vind terwyl vroue 'n inkomste as sekswerkers probeer verdien.

Betreffende verstedeliking en sosiale oproer kan die afleiding dus gemaak word dat die verplasing van groot getalle mense, die geleentheid vir die verspreiding van MIV na gebiede wat voorheen nie daardeur geaffekteer is nie, verhoog. Laasgenoemde kan verduidelik word aan die hand van die volgende voorbeeld wat deur die navorser uit bogenoemde inligting saamgestel is. Indien die man verstedelik, en gedurende sy verblyf in stedelike gebiede gereeld van die dienste van sekswerkers gebruik maak sonder die gebruik van kondome, kan die aanname gemaak word dat wanneer hy weer sy vrou in die platteland besoek en sy seksuele verhouding met haar hervat, die vrou 'n groot kans staan om met MIV geïnfecteerd te word. Hierdie vrou wat moontlik swanger raak na aanleiding van seksuele kontak, kan geboorte skenk aan 'n baba wat ook MIV-positief is. Sodoende dra verstedeliking by tot die verspreiding van die virus na gebiede wat voorheen nie so ernstig deur MIV geaffekteer is nie.

3.4.5 Misdad in Suid-Afrika

Aangesien Suid-Afrika die land is met die hoogste misdaadsyfers ter wêreld, is dit nie verbasend dat misdaad bydra tot die verspreiding van MIV nie. Daar kan veral gekyk word na misdaad wat spesifiek gerig is op vroue byvoorbeeld verkragting, bloedskande en ander geweldsmisdade waar bloeditruiling wel kan voorkom. Gedurende 1998 is daar 49 280 verkragtings insluitende volwassenes en kinders in Suid-Afrika aangemeld. Whiteside en Sunter (2000:66) meen egter dat slegs een uit 20 verkragtings aangemeld word, terwyl soveel as 41% vroue nooit vertel van geweldsmisdade wat teen hul gepleeg is nie. Aangesien die vrou tydens verkragting geforseer word, is die voorkoms van bloeding en skeuring van weefsel baie groter as by normale seks en sal MIV dus makliker oorgedra kan word aan die vrou. Verder meen Whiteside en Sunter(2000:66) dat verkragters wat gewoonlik jong mans is, meer roekeloos raak in hul seksuele gedrag aangesien hul probeer kompenseer vir die kort tydperk wat hul oor het om te leef as gevolg van MIV. Die verdere tendens onder Afrikane om jong meisies en selfs babas te verkrag spruit uit die mite dat omgang met 'n maagd 'n persoon kan genees van MIV/Vigs.

Wat bloedskande aanbetref is daar gedurende 1998 slegs 179 gevalle gerapporteer (Green, 2002:2), maar die navorser is bewus daarvan dat bloedskande selde aangemeld word en hoofsaaklik teen meisies gepleeg word. Laasgenoemde veroorsaak nie alleenlik ernstige emosionele en psigologiese trauma nie, maar gee ook aanleiding tot seksueel oordraagbare siektes. (Sien figuur 10). Bloedskande kom dikwels voor onder die swart bevolking van Suid-Afrika, en die navorser se ervaring in die Hammanskraal gemeenskap het daarop gedui dat bloedskande ook verband hou met swak ekonomiese toestande wat die gesin opbreek. In Suid-Afrika is dit dikwels die swart moeder wat gedurende die week in stedelike gebiede werk en slegs naweke of een maal per maand sal huis toe gaan. In hierdie situasie sal veral die oudste dogter die take van die moeder oorneem, soos byvoorbeeld om kos te maak en jonger kinders te versorg. Die vader sal hierdie dogter se rol as “moeder” dikwels ‘n stap verder neem en ook verwag dat die dogter sy seksuele behoeftes vervul. Hierdie is slegs een voorbeeld van bloedskande onder Afrikane, en die navorser is oortuig dat dit ook gepaard gaan met die Afrika-man se houding teenoor kinders, waar die kinders beskou word as die eiendom van die vader en die vader dus met sy kinders mag handel soos hy wil.

Figuur 10: Die voorkoms van vratte wat dui op seksuele molestering



(Friedman-Kien en Cockerell, 1996:177).

Daar word nou kortliks gekyk na die impak wat MIV op die verskillende individuele lede van die gesin uitoefen, waar MIV-infektering by 'n spesifieke gesinslid voorkom.

3.5 Die impak van MIV/Vigs op geïnfekteerde, individuele lede van die gesin

Elke individu ervaar die voorkoms van MIV/Vigs op 'n unieke wyse. Waar 'n persoon met MIV geïnfekteer is sal verskeie veranderlikes soos ras, geslag, ouderdom, kultuur, geloof ensameer die wyse waarop die siekte benader word, bepaal. In Afrika word negatiewe houdings, -opinies en -gevolge aan MIV gekoppel wat aanleiding gee tot groot lyding van geïnfekteerde persone. Daar word nou kortliks gekyk na individuele geïnfekteerde persone in die Afrika-gesin.

3.5.1 Die Vrou

3.5.1.1 Stigmatisering van die vrou

Green en Bobele (1994:352) konstateer dat MIV teen 'n baie hoë tempo versprei onder marginale groepe soos vroue. Aangesien dié siekte dan ook dikwels met hierdie marginale groepe vereenselwig word, wat gepaard gaan met die samelewing se negatiewe houding teenoor dié groepe, kom daar reeds 'n voorafbestaande stigma voor. Volgens Wilton (1997:55) het stigmatisering van die vrou as marginale of minderheidsgroep reeds 3 000 vC al voorgekom, waar groot getalle vroue vermoor is aangesien hulle beskou is as die bron van infeksie waar gonorrhoeë by mans voorgekom het. Met die voorkoms van sifilis gedurende die middel eeue is vroue weereens geblameer, en dit was ondenkbaar dat 'n man verantwoordelik kon wees vir die verspreiding daarvan. Gedurende die Eerste Wêreld oorlog is ongeveer 15,000 vroue in kampe aangehou in die VSA ten einde die verspreiding van seksueel oordraagbare siektes te voorkom. Daar is ook gesê dat sekswerkers die vriende van die vyand was. Gedurende die Tweede Wêreld oorlog het daar nog min aan hierdie situasie verander. Die idee dat sekswerkers en maklike meisies gevaarlik en die bron van alle seksueel oordraagbare siektes was, is openlik in die vorm

van plakate uitgebeeld. Voorbeelde hiervan was plakate waarop vroue uitgebeeld word met onderskrifte soos “*She may look clean but pick-up girls and prostitutes spread syphilis and gonorrhoea*” en “*The easy girlfriend spreads syphilis and gonorrhoea, which unless properly treated may result in blindness, insanity, paralysis and premature death*”. Hierdie beeld wat daar van die vrou geskep is, het veroorsaak dat die vrou, siekte en die dood sinoniem geword het met mekaar. Die idee dat enige man seksueel oordraagbare siektes kon versprei was steeds verregaande.

Gedurende die laat 1980's het dit duidelik geword dat MIV meer vroue as mans affekteer (Lamond, 1996:18). Wilton (1997:68) meen dat daar na aanleiding van laasgenoemde weer terug gekeer is na die eeue ou cliché van die vrou as bron van siekte en infeksie. Inligting wat in die vorm van boekies en pamflette uitgegee is, het opmerkings soos “*The Nairobi hooker emerges after dark to preen and stalk her prey*” bevat, wat weereens die vrou uitgewys het as die draer van die virus en dus die skuldige geslag. Dit is ook opvallend dat selfs in Westerse lande die Afrika-vrou uitgebeeld word as draer van MIV. Die vrou is verder geoordeel in terme van hoe sy die virus opgedoen het, en sy was slegs onskuldig wanneer sy die virus opgedoen het as gevolg van 'n bloedoortapping aan haar of haar man toegedien. Die vrou se situasie het dus oor die eeue baie min verander, en indien verandering wel voorkom sal dit moontlik oor 'n aantal jare en selfs geslagte geskied in 'n poging om die Afrika-vrou te bemagtig en houdingsverandering by die Afrika-man mee te bring.

3.5.1.2 Gesondheids- en welsynsdienste vir die vrou met MIV in Suid-Afrika

Vroue vanuit minderheidsgroepe ervaar probleme wat toegang tot kliniese dienste aanbetref, en dié situasie word verder bemoeilik as gevolg van hierdie vroue se minderheidstatus in verskillende samelewings (Green en Bobele, 1994:352). Waar kliniese dienste wel tot hul beskikking gestel word, is personeel al deur hierdie vroue beskryf as disrespekvol, onsensitief en onbepaald (Marcenko en Samost, 1999:41). Semple *et al.* (1993:33) meen dat belangrike aspekte wat verband hou met die welsyn en gesondheid van vroue en ook kinders met MIV, baie verbeter kan word waar hierdie

aspekte die nodige aandag geniet. In Suid-Afrika is daar onlangs 'n *Nasionale Vigs Program* opgestel waar verskeie belangrike aspekte aangeraak is. Hoewel daar vordering gemaak word met die formulering van riglyne vir verskeie projekte in die verskillende provinsies, is daar steeds belangrike aspekte wat aangespreek behoort te word. Een van hierdie aspekte is hoe die lewensduur van geïnfekteerde moeders verleng kan word (Smart, 1997:11).

Die missie-verklaring van die *Nasionale Vigs Program* is egter baie volledig en sluit die toewyding tot versorging, behandeling en ondersteuning vir persone met MIV in. Versorging en ondersteuning impliseer die prioritisering vir die voorsiening van gekoördineerde beradings-, versorgings- en ondersteuningsdienste. Laasgenoemde sal realiseer deur die daarstelling van doelwitte wat verband hou met beide ondersteuning en versorging naamlik:

- Om die behoeftes, kapasiteit en opleidingsvereistes binne elke provinsie in Suid-Afrika te assesser deur middel van situasie-analise
- Om tuistegebaseerde versorgingsdienste met bestaande gesondheidsdienste te integreer
- Om samewerking tot die bestuur van die behandeling en versorging van persone met MIV uit te brei en 'n nasionale medikasie lys saam te stel
- Om die voldoende versorging en ondersteuning van gesinne en gemeenskappe te inisieer en te versterk
- Om dienste en ondersteuning vir geïnfekteerde moeders en kinders tot stand te bring
- Om 'n nasionale MIV-toetsingsbeleid met gepaardgaande riglyne daar te stel
- Om 'n nasionale beradingsbeleid met sekere standaarde vir opleiding daar te stel
- Om toegang tot vrywillige berading en toetsing uit te brei en te versterk
- Om 'n nasionale welsynsbeleid ten opsigte van MIV te ontwikkel
- Om samewerking tussen die departemente van welsyn en gesondheid te fasiliteer
- Om welsynsdienste ten opsigte van MIV te versterk
- Om beradingsprojekte waar toetsing plaasvind te befonds
- Die ontwikkeling van strategieë om die oordra van die virus vanaf die moeder na die fetus te verlaag

- Intervensie-gebaseerde navorsing waar verskeie modelle van versorging en ondersteuning getoets kan word (Smart, 1997:11).

Hoewel bogenoemde doelwitte definitief begedra het tot die verbetering van die lewenskwaliteit van persone met MIV in Suid-Afrika, het van hierdie doelwitte nog nie gerealiseer nie. Een van die aspekte wat suksesvol aangespreek is, is die daarstelling van strategieë ten einde die verspreiding van die virus vanaf die moeder na die fetus/baba te voorkom. Tallis (1997:4) wys op die volgende riglyne wat wel in Suid-Afrika gevolg word ten einde oordraging vanaf moeder na kind te voorkom naamlik:

- Die vermyding van borsvoeding
- 'n Verkorte geboorteproses deur byvoorbeeld 'n Keisersnee te ondergaan
- Die vermyding van skeuring van enige membrane tydens die geboorteproses
- Veilige seks gedurende swangerskap.

Wanneer daar na die ander doelwitte gekyk word, dra die media oor dat hierdie aspekte wel ondersoek word en dat MIV 'n belangrike kwessie vir die Staat is, en daar gepoog word om hierdie doelwitte te inisieer. Daar is egter opvallende leemtes wat die *Nasionale Vigs Program* aanbetref. Wanneer daar van MIV/Vigs en die vrou gepraat word, is dit onmoontlik om nie ook te dink aan die vrou se reproduksie-regte nie. Volgens Blamey (1997:20) word daar in die Suid-Afrikaanse konstitusie genoem dat die vrou die reg het om besluite te neem ten opsigte van reproduksie of voortplanting. Soos reeds bespreek is dit duidelik dat die Afrika-vrou hierdie reg nie altyd kan uitoefen nie. Verder maak MIV/Vigs nog nie eens deel uit van die stryd rondom vrou se reproduksie-regte nie, en word dit glad nie by die Suid-Afrikaanse konstitusie soos bogenoem ingesluit nie. Waar MIV die Afrika-vrou affekteer is die situasie dus meer gekompliseerd as wat dit aanvanklik voorkom, en 'n groot verskeidenheid van veranderlikes oefen 'n invloed op die Afrika-vrou se huidige situasie uit.

3.5.1.3 Die swanger vrou en reproduksie-regte

Uit bogenoemde ontstaan die vraag, waarom dit so belangrik is dat MIV/Vigs en reproduksie-regte van die vrou binne dieselfde konteks geplaas behoort te word.

Wanneer daar volgens Blamey (1997:20) na die mees relevante ontwikkeling in die Wet gekyk word, is dit gebaseer op beginsels soos die reg op privaatheid en vertroulikheid, wat in realiteit min betekenis inhou vir armoedige magtelose Afrika-vroue. Laasgenoemde moet veral gesien word binne die konteks van die hoeveelheid Afrika-vroue wat in hul voorplantingsjare deur MIV geaffekteer word. Terwyl vroue dan nog probleme ondervind om die mees basiese aspekte van reproduksie-regte te verstaan, soos die keuse om 'n ongewenste swangerskap te beëindig, kompliseer MIV die situasie verder. Campbell (1990:409) sluit hierby aan deur te noem dat MIV/Vigs 'n komplekse reprodktiewe besluit vir die vrou word, veral waar swangerskappe nie beplan is nie. Verder hou MIV/Vigs en reproduksie-regte ook verband met mekaar in terme van die MIV-positiewe vrou se reg om wel swanger te raak. Die Staat se ingryping om verpligte MIV-toetsing daar te stel ten einde swanger vroue of vroue wat swanger wil raak in te lig van hul sero-status, sal dus verstaanbaar wees en groot voordele inhou, maar kan ernstige probleme veroorsaak. Waar die Staat in die verlede in Suid-Afrika byvoorbeeld die vrou se reg tot privaatheid teen die toekomstige lewe van die fetus moes opweeg wat aborsie aanbetref, het ernstige konflik voorgekom. Volgens Tallis (1997:5) is daar teoreties baie voordele verbonde aan MIV-toetsing vir die vrou. Die navorser is egter van mening dat verpligte MIV-toetsing vir swanger vroue nie 'n effektiewe benadering sou wees nie, maar dat vroue wel ingelig kan word van die voordele van MIV-toetsing waar daar dan oorgegaan kan word tot voorkomende strategieë om die verspreiding van MIV na die fetus/baba te voorkom. Hierdie voordele behoort nie noodwendig as teoreties beskou te word soos deur bogenoemde outeur nie, maar dit is moontlik vir 'n ingeligte MIV-berader om die praktiese voordele van MIV-toetsing aan die swanger vrou uit te wys

Die *Aids Law Project* het onlangs 'n seminar in Suid-Afrika gehou ten einde die behoefte na 'n riglyn vir ingeligte reprodktiewe besluite deur die (swanger)vrou te ondersoek. Die basiese elemente vir so riglyn het volgens Blamey (1997:20) die volgende ingesluit:

- Erkennung van die vrou se reg tot 'n ingeligte reprodktiewe besluit binne die konteks van MIV
- Toegang tot vrywillige MIV-toetsing

- Erkenning van die vrou se reg tot vertroulikheid aangaande haar MIV-status
- Geen MIV-toetsing van 'n baba sonder die moeder se toestemming nie
- Voorsiening van voor- en natoets berading ten spyte van die toets-resultate
- Insluiting van die man by voor- en natoets berading
- Positiewe natoets berading vir vroue behoort klem te lê op die vrou se reg om die swangerskap voort te sit, inligting in te sluit oor MIV-toetsing van die baba en die moontlikheid dat die baba na 18 maande negatief kan toets
- Ondersteuning vir vroue waar psigososiale aspekte wat met MIV verband hou aangespreek sal word
- Toegang tot voldoende mediese dienste vir vroue
- Voldoende opleiding van gesondheidswerkers om hierdie riglyne na te volg
- Toegang tot dissiplinêre meganismes indien hierdie riglyne verbreek word.

Die Staat mag van mening wees dat hierdie riglyne nie uitvoerbaar is nie as gevolg van beperkte hulpbronne. Die finansiële en menslike kostes wanneer hierdie riglyne egter nie nagestreef word nie, is baie groter. Die Staat is ook verplig om bogenoemde riglyne as beleid aan te neem wanneer daar na die Staat se konstitusionele verantwoordelikheid gekyk word. Afdeling 27 van die konstitusie noem die volgende: *“om redelike en wetlike stappe te neem binne die bestaande hulpbronne, ten einde die reg van toegang tot reprodktiewe gesondheidsdienste progressief te laat realiseer”* (Blamey, 1997:21). Dit was dus tot 'n mate verstaanbaar waar die Staat voorheen van mening was dat dit te duur is om swanger vroue van AZT te voorsien, maar dit sou nie verstaanbaar wees indien vroue nie ingelig word oor die risiko van MIV-infektering en borsvoeding nie.

3.5.1.4 Die vrou se gevoelservaring rondom MIV

By die bespreking van die Afrika-vrou met MIV behoort daar veral aandag geskenk te word aan die gevoelens wat hierdie vroue na aanleiding van die siekte ervaar. Bisset en Gray (1992:131) het in hul studies gevind dat veral die volgende gevoelens by MIV-positiewe vroue voorkom:

- Geïnternaliseerde woede wat tot depressie kan lei
- Selfblaaam wat geassosieer word met 'n swak selfbeeld

- Isolasië vanaf die self - vroue noem dikwels dat hul liggame soos die van 'n vreemdeling voel
- Isolasië vanaf die gemeenskap
- Hulpeloosheid en magteloosheid
- Vrees om afhanklik te raak van ander se hulp
- Vrees vir verwerping, veral verwerping deur gesins- en familielede
- Woede teenoor die persoon wat die virus aan hul oorgedra het
- Woede teenoor die mediese professie, polisie, media en gemeenskap wat uit onkunde die siekte gestigmatiseer het.

Anderson en Wilkie (1992:150) noem dat selfmoord dikwels ook deur hierdie vroue as uitweg oorweeg word na aanleiding van die traumatiese veranderinge wat in hul lewens plaasgevind het. Dit blyk dat hierdie vroue glo dat hulle slagoffers is en geen beheer oor hul toekoms kan uitoefen nie. Bisset en Gray (1992:127) meen dat ten spyte van destruktiewe hanteringsmeganismes soos die gebruik van alkohol en dwelms, sommige vroue eerder van konstruktiewe hanteringsmeganismes in hul spesifieke situasie gebruik maak, soos hulp van eggenote, vriende, ondersteuningsgroepe en professionele dienste. Hierdie hanteringsmeganismes sal in hoofstuk vier meer volledig bespreek word.

3.5.2 Die man

3.5.2.1 Stigmatisering van die man

Wanneer daar histories na die man se rol in die verspreiding van seksueel oordraagbare siektes gekyk word, is die man beskou as die onskuldige slagoffer van die vrou as bron van siekte en infeksie. Die voorkoms van MIV/Vigs gedurende die 1980's veroorsaak egter per epidemiologiese ongeluk dat MIV/Vigs in die Weste aanvanklik vereenselwig word met die manlike liggaam. Waar vroue geïnfecteer word met MIV is dit as uitsondering beskou tot in die laat 1980's (Wilton, 1997:68). Dit wil dus voorkom asof die man hier die plek van die vrou ingeneem het wat deur die eeue skuld moes dra vir die verspreiding van seksueel oordraagbare siektes. Wilton (1997:68) is egter van mening

dat MIV veral met die homoseksuele man vereenselwig is. Ten spyte van laasgenoemde verwys Aggleton en Hamans (1988:67) na die houding van die media gedurende die 1980's, waar ook heteroseksuele mans wat aan Vigs gesterf het prominente media dekking gekry het. Joernaliste het egter gepoog om 'n verwronge beeld van bogenoemde persone te skep deur te fokus op huwelikstatus, byvoorbeeld *ongetroud of enkellopend*. Die publiek is dus gelaat met 'n suggestie dat laasgenoemde mans skuldig was. In teenstelling met hierdie mans, het die media heteroseksuele persone wat MIV opgedoen het na aanleiding van bloedoortappings, uitgebeeld as onskuldige slagoffers wat weer die publiek se simpatie gewen het.

Die ongetroude of enkellopende man het klaarblyklik gedurende 1980's net so groot kans gestaan om gestigmatiseer te word as skuldige draer en verspreider van MIV, as die homoseksuele man en later die vrou. Waar MIV op daardie stadium by vroue as uitsondering beskou is, is dit duidelik dat die media en publiek veral mans met MIV gestigmatiseer het, en laasgenoemde is moontlik die rede waarom talle oningeligte persone vandag nog oortuig is dat MIV 'n homoseksuele siekte is.

3.5.2.2 Diagnose, prognose en mediese behandeling van MIV by die man

Prognose en mediese behandeling van MIV by die man is baie beter as by die vrou aangesien die man selde laat gediagnoseer word met MIV, en ook makliker toegang het tot mediese dienste (Semple, *et al.* 1993:17). Laasgenoemde kan vergelyk word met Campbell (1990:411) se navorsing wat daarop dui dat mans met MIV finansiële beters daartoe af is as vroue met MIV. Hieruit kan die afleiding gemaak word dat mans met MIV dus in staat is om vir mediese dienste te betaal, wat nie altyd die vrou se geval is nie. Ten spyte van bogenoemde navorsing wat hoofsaaklik in Westerse lande onderneem is, wil dit volgens die *United Nations Programme on HIV/AIDS (Men and Aids- a Gendered Approach, 2000:9)* voorkom asof die Afrika-man se gesondheid nie die nodige aandag ontvang nie, en daar behoort dalk gekyk te word na die redes vir laasgenoemde. Die navorser het na bestudering van verskeie UNAids programme gevind dat waar Westerse intervensie in Afrika plaasvind daar veral op die vrou gefokus word. Hierdie

fokus op vroue is 'n logiese benadering aangesien vroue in Afrika dikwels geen regte het nie, en kinders wat gebore word met MIV beskou word as verbandhoudend met die vrou, haar regte, en ingeligte besluitneming. Laasgenoemde regte realiseer egter selde in Afrika. Die Afrika-man wat dikwels beskou word as die eerste draer van MIV in die gesin onderhou verwronge idees oor die gebruik van kondome en monogamiese verhoudings en hierdie idees gee dus aanleiding tot seksuele verhoudinge met 'n aantal vroue, sonder die gebruik van kondome. Dit wil voorkom asof hierdie houding van die Afrika-man veroorsaak het dat daar min op die man gefokus word, en inligting aangaande die verspreiding van MIV, ingeligte besluitneming en die benutting van mediese dienste oor die afgelope dekade sterk fokus op die vrou. Vroue het dus die teikengroep geword vir bogenoemde intervensie, terwyl die man as 'n "hopelose" geval beskou is wat geen samewerking wil bied nie. Meer onlangse programme het egter die bogenoemde probleem geïdentifiseer, en poog nou om die Afrika-man soveel te betrek as die Afrika-vrou.

Dit blyk volgens Hitchens (1992:25) dat binne-aarse dwelmgebruik en onveilige seksuele omgang by heteroseksuele mans, van die mees opvallende wyses is waardeur die virus opgedoen word. Laasgenoemde geld egter vir Westerse heteroseksuele mans en in Afrika is binne-aarse dwelmgebruik nie so 'n prominente rede vir die verspreiding van MIV nie. Die navorser is van mening dat Afrikane dikwels in armoede leef en nie binne-aarse dwelms kan bekostig nie. Daar word dus in Suid-Afrika gefokus op onveilige seksuele omgang as een van die belangrikste redes vir die verspreiding van MIV. Soos by die vrou, is MIV vir die man ook 'n komplekse ervaring, veral wat mediese behandeling aanbetref. In Hitchens (1992:96) omskryf 'n jong man sy ervaring van Vigs soos volg: *"I've just turned 34, and I've got things in my life that I never imagined I'd have. I have doctors -an internist, an infectious-disease gastroenterologist, a radiologist, oncologist/hematologist, a home health-care nurse, a Monday-afternoon supportgroup, a hospital I've spent too much time in, that I know which floor and wing to ask for. I have a basket of pills I keep at my bedside and take throughout the day, which includes medication that costs hundreds of dollars. I have a catheter that is inserted in the right side of my chest, through which I infuse a nutritional supplement*

for nine hours each night. To accompany the catheter and the infusion process, I have a cart full of medical supplies, tubing, syringes, needles, clamps, etc. If you haven't guessed by now, I have Aids.” Hierdie voorbeeld sou ook slegs geld vir Afrika-mans wat wel oor die finansiële vermoëns beskik om bogenoemde te kan bekostig, wat nie in die algemeen die geval is nie.

Die heteroseksuele man, en veral die Afrika-man wat as gevolg van sosiale en kulturele determinante volhou met risiko-gedrag, word in verskeie bronne uitgesonder. (Vergelyk Temmerman en Marres, 1995:62-69 en Campbell, 1995:197-204.) Dit is egter belangrik om nie die heteroseksuele man se ervaring en gevoelens rondom MIV mis te kyk nie, en daar word nou kortliks aandag geskenk aan hierdie aspekte.

3.5.2.3 Die heteroseksuele man se gevoelservaring rondom MIV

Hoewel die literatuur min aandag skenk aan die gevoelens van die heteroseksuele man met MIV//Vigs, kan daar gelet word op die volgende:

- As gevolg van liggaamlike agteruitgang word die selfbeeld negatief beïnvloed
- Verskeie mans voel dat hul eerder sal selfmoord pleeg as om te sien hoe hul liggaamlik agteruitgaan
- 'n Ernstige leemte word op seksuele vlak ervaar waar die meeste mans verkies om hulself te onttrek van seksuele verhoudings as gevolg van die vrees dat die virus aan hul eggenoot of maat oorgedra sal word
- Dit blyk dat ernstige skulgevoelens ervaar word waar die man die virus aan sy vrou en indirek aan die baba oorgedra het
- Veral heteroseksuele mans voel vuil, skaam en onbeskermd
- Baie mans wil nie getoets word nie, aangesien hul voel dat hulle nie die realiteit van 'n positiewe toets sal kan hanteer nie (Hitchens, 1992:25-153).

Laasgenoemde skrywer konstateer ook dat die meerderheid negatiewe gevoelens ervaar word na aanleiding van mense se reaksie op die bekendmaking van 'n persoon se positiewe serostatus. Anders as in homoseksuele gemeenskappe, blyk dit dat daar 'n groter neiging onder heteroseksuele vriende is om die heteroseksuele MIV-positiewe man

te verwerp. Om laasgenoemde rede meen Hitchens (1992:116) dat heteroseksuele mans dan meermale verkies om nie hul MIV-status bekend te maak nie.

3.5.3 Die Adollesent

Die hoeveelheid adolessente met Vigs maak 'n kleiner persentasie van die totale geïnfekteerde populasie uit. Klaarblyklik strek die venster periode van die virus oor 'n lang tydperk by die adolessent en gevolglik sal die adolessent dan eers in haar vroeë twintigs simptome van Vigs begin ontwikkel (Macklin, 1991:102). Wishon (1988:128) meen egter dat adolessente 'n groot risiko loop om MIV op te doen. Laasgenoemde afleiding word gemaak na aanleiding van inligting uit verskeie studies in die VSA onderneem. Uit hierdie studies is die volgende bevind:

- Gedurende 1981 het die helfte van alle adolessente in die VSA alreeds seksuele omgang gehad
- Gedurende 1987 is daar in die VSA bevind dat die tweede hoogste graad van geslagsiektes by 15-19 jarige adolessente voorgekom het.

Whiteside en Sunter (2000:45) se navorsing bevestig dat bogenoemde tendense ook in Afrika gevind word. Dit blyk dat 'n vyftienjarige adolessent in Zambië huidiglik 'n 60% kans het om met MIV geïnfekteer te word. Hierdie groeiende risiko onder adolessente word vereenselwig met die hoeveelheid jong persone wat seksuele verhoudings het, die ongereelde gebruik van voorbehoedmiddels asook adolessente se onwilligheid om van mediese dienste gebruik te maak, wat aanleiding gee tot laat diagnoses van MIV/Vigs. 'n Suid-Afrikaanse studie deur CIETAfrica onder 9 300 adolessente het ook die volgende bevind:

- 21% meisies was oortuig dat wanneer 'n vrou "nee" sê vir seks, sy eintlik "ja" bedoel
- 23% meisies en 26% seuns was oortuig dat kondoomgebruik nie MIV-oordraging kan voorkom nie
- 12% meisies en 14% seuns was oortuig dat seksuele omgang met 'n maagd MIV/Vigs kan voorkom
- 15% seuns en meisies het genoem dat hul steeds seks sal hê indien hul bewus was dat hul MIV-positief is, en dat hul MIV ook intensioneel sal versprei

- Meer meisies as seuns was oortuig dat 'n vrou wat verkrag word, daarvoor “gevra” het
- 20% meisies was oortuig dat hul nie hul seksmaats seksuele omgang kan weier nie (Pretoria News, 2002:3).

Die navorser is van mening dat bogenoemde inligting daarop dui dat 'n Suid-Afrikaanse adolessent 'n groter kans staan om MIV op te doen as adolessente in ander lande. Laasgenoemde hou duidelik verband met misinformasie en mites wat voorkom in die swart Suid-Afrikaanse kultuur.

Evian (1998:8) verwys na die nasionale adolessente reprodktiewe gesondheidsprojek wat die afgelope aantal jare in Suid-Afrika werksaam is en deur die *Planned Parenthood Association of South Africa* (PPASA) geïnisieer is. Hierdie projek dra inligting aan adolessente oor wat verband hou met veilige seks (veral die gebruik van kondome) en die nodige vaardighede om veilige seks te beoefen. Internasionale navorsing toon ook dat adolessente wat ingelig is oor veilige seks nie so maklik by seksuele verhoudings betrokke sal raak op 'n vroeë ouderdom nie.

Laasgenoemde bevinding staan in direkte kontras met die algemene aanname dat seksuele opvoeding adolessente meer promisku maak. Evian (1998:8) is van mening dat die situasie soos volg opgesom kan word: adolessente uit konserwatiewe gemeenskappe in Suid-Afrika ervaar teenkanting vanaf ouers sowel as hul portuur waar daar oor seks gepraat word. Die PPASA fokus dus nie net op die oordra van inligting aan adolessente nie, maar ook op die oordra van inligting aan ouers. Dit blyk dat adolessente, onderwysers en ouers wat deelgeneem het aan PPASA werkswinkels met meer selfvertroue en openlikheid oor hierdie onderwerp kan gesels. Wishon (1988:128) meen egter dat daar steeds 'n groot aantal adolessente is wat nie bewus is van hul MIV-status nie en die virus dus verder versprei word. Dit blyk dan dat projekte soos PPASA in Suid-Afrika 'n groot rol kan speel in die voorkoming van laasgenoemde. Volgens die navorser kan sulke programme dan ook fokus op die belang van MIV-toetsing vir adolessente, in plaas daarvan om slegs te kyk na die belang van veilige seksuele omgang by adolessente.

3.5.4 Die MIV/Vigs-Baba

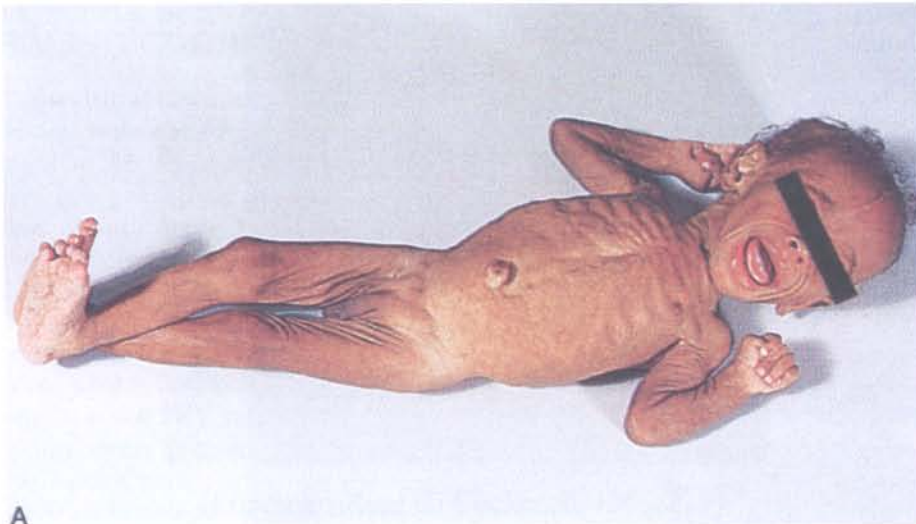
Hoewel die media nou nie meer besondere aandag skenk aan sterftes van Vigs-babas nie het laasgenoemde in die verlede groot opslae gemaak. Met die dood van die eerste Vigs-baba in Brittanje gedurende 1985, het die *Daily Mail* se hele voorblad prominente dekking gegee aan hierdie gebeurtenis. Al die ander nasionale blaaië in Brittanje het ook melding gemaak daarvan (Aggleton en Hamans, 1988:67). Die getalle MIV-positiewe babas en kinders word egter jaarliks groter (Lesar, *et al.* 1995:224). Laasgenoemde verduidelik dus waarom die dood van vigs-babas nie meer opslae maak in die media nie, veral nie in Suid-Afrika waar daar daagliks in 'n stad soos Pretoria ongeveer 15 MIV-positiewe babas gebore word nie (Govender, 2001:6). Volgens beraming van die *Wêreld Gesondheid Organisasie* was daar om en by 1 miljoen MIV-positiewe kinders regoor die wêreld gedurende 1995 (Temmerman en Marres, 1995:61). 'n Onlangse koerantberig dui op baie groter getalle van kinders wat met MIV geïnfecteer is. Na aanleiding van die beriggewer se gesprekvoering met professor Smith, hoof van die Virologie Departement by die Universiteit van Natal, asook Michaels, 'n navorser aan die Departement van Demografie by dieselfde Universiteit, blyk dit dat ongeveer 50% babas met MIV-positiewe moeders in Durban, MIV opdoen na aanleiding van borsvoeding. Laasgenoemde impliseer dat ongeveer 450 000 kinders binne die volgende 5 jaar in Durban en omringende gebiede sal sterf as gevolg van Vigs (Pretoria News, 1999:1).

Hoffman (1996:10) verduidelik dat MIV deur die moeder aan die baba *in utero* oorgedra word, asook deur borsmelk, maar daar bestaan geen duidelikheid oor wanneer dit presies oorgedra word nie. Dit kan moontlik deur die plasenta dring tydens swangerskap, of met bloeduitruiling van die moeder en baba tydens die geboorteproses plaasvind. Evian (1996:172) konstateer egter dat die virus self nie oorgedra word nie, maar dat die moeder MIV-teenliggaampies aan die fetus oordra, wat dan ook positief sal reageer op die *ELISA* of *Western Blot* toetse. Laasgenoemde beteken egter nie dat die baba MIV-positief is nie, en die MIV-teenliggaampies kan tussen die ouderdom van 12-18 maande by die baba begin verdwyn. Macklin (1991:102) noem dat ouers dus vir 'n lang periode geen sekerheid het oor hul baba se MIV-status nie.

Die volgende tekens kan moontlik 'n aanduiding wees dat die baba MIV-positief is. (Sien ook Figuur 11 en 12).

- Die baba tel nie gewig op nie
- Vergrote lewer en milt
- Ernstige en langdurige diarree
- Orale sproei
- Ernstige en gereelde infeksies soos longontsteking, vel- en blaasinfeksies
- Geswelde kliere
- Tuberkulose
- Neurologiese skade wat byvoorbeeld lei tot 'n vergrote kop by die baba (Evian, 1996:127).

Figuur 11: Baba (7 maande) met MIV



(Friedman-Kien en Cockerell, 1996:214).

Figuur 12: 'n Tweeling (4 ½ jaar) waar die suster MIV-positief is en die broer MIV-negatief is



(Friedman-Kien en Cockerell, 1996:215).

Lesar, *et al.* (1995:224) meen dat kinders met MIV/Vigs 'n duidelike agterstand in hul normale ontwikkeling toon as gevolg van die effek van MIV op die sentrale sensuweestelsel. Dit blyk dat 90% van alle Vigs-babas nie die ontwikkelingstake van hul ouderdomsgroep kan uitvoer na aanleiding van die neurologiese skade wat die virus aangerig het nie. Wat moontlik verder bydra tot bogenoemde agterstand is die tydperk

wat meeste Vigs-babas in hospitale deurbring. Sommige babas is so lank as twee jaar in hospitale. Die volgende redes word ter verduideliking aangevoer:

- Aangesien die gesin nie in 'n finansiële posisie staan om aan die kind se behoeftes te voorsien nie word die kind in die hospitaal gelaat(Macklin, 1991:102)
- Vir die behandeling van oppertunistiese infeksies (waar die tydperk van hospitalisasie ook 'n negatiewe invloed op die normale en interpersoonlike gesinsverhoudinge uitoefen)
- Omdat daar selde geskikte plasingfasiliteite buite die hospitaal beskikbaar is vir hierdie kinders (Wishon, 1988:131).

Uit 'n opname van *The World's Women* (Population Today, 1995:3) blyk dit dat MIV-positiewe babas selde langer as twee jaar leef. Evian (1996:127) se navorsing stem ooreen met laasgenoemde bevinding en verduidelik dat die simptome van Vigs gewoonlik al in die baba se eerste lewensjaar voorkom. Waar die baba nog gedurende sy eerste lewensjaar gesond is, sal simptome dan in die tweede en selfs derde jaar begin ontwikkel. Deur te kyk na 'n eenvoudige grafiese figuur van die verspreiding van MIV/Vigs rondom geslag en ouderdom in Suid-Afrika is dit ook duidelik dat daar tussen die ouderdomsgroepe van 5-9 jaar 'n baie klein populasie bestaan aangesien talle kinders MIV opdoen en dus sterf voordat hierdie ouderdomme bereik word. Volgens Whiteside en Sunter (2000:32) is hierdie grafiese figuur nie slegs van toepassing op Suid-Afrika nie, maar lyk die profiel van elke ander Afrika-land presies dieselfde.

Aangesien die Vigs-baba dan selde langer as 2-3 jaar leef, is dit ook verstaanbaar dat Beer, *et al.* (1988:180) van mening is dat die dood van 'n Vigs-baba minder direkte gevolge op die gesinsorganisasie uitoefen as die dood van 'n volwasse gesinslid. Daar behoort egter nie uit die oog verloor te word dat die baba se siekte en dood wel ernstige psigologiese en finansiële eise aan die gesin stel nie(Lesar, *et al.* 1995:225). Laasgenoemde outeurs konstateer dat spanning as gevolg van die baba se MIV-positiewe status, so negatief op die gesin kan inwerk dat die blote voortbestaan van die gesin in gevaar gestel word daardeur. Macklin (1991:102) meen dat verdere spanning ook veroorsaak word deur die ouers se hoop dat die baba sal oorleef.

Na aanleiding van die bespreking van individuele MIV-geïnfekteerde lede van die gesin, vind die navorser dit ook nodig om te let op die impak van MIV op nie-geïnfekteerde persone binne die siek persoon se gesins- en verhoudingswêreld. Ten einde na MIV binne die gesin te kyk sal daar kortliks gepoog word om die MIV/Vigs-gesin en samehangende aspekte te beskryf.

3.6 Die MIV/Vigs gesin

Die gesin, in watter vorm ookal, word volgens Beer, *et al.* (1988:301) as een van die mees basiese sosiale instellings in alle samelewings beskou, en niks affekteer die individu sonder dat dit die gesin raak nie. Laasgenoemde skrywers weergee die volgende eienskappe van die gesin:

- Die gesin is 'n instelling waardeur lede van die gesin leer wat as sosiaal aanvaarbare en sosiaal onaanvaarbare gedrag beskou word
- Rolgedrag wat binne die gesin aangeleer word, is ook gedrag wat in ander situasies na vore sal tree
- Die individu se gedrag, wat maklik sigbaar is binne die gesin, kan na aanleiding van druk wat die gesin uitoefen, versterk, aangepas of verander word
- Deur die gesin is dit vir die individu moontlik om haar nodige bydrae tot die samelewing te lewer
- Die gesin voorsien steeds in die mees basiese behoeftes van sy lede soos kos, klere, behuising en versorging van 'n siek gesinslid.

Wanneer daar na die MIV/Vigs-gesin gekyk word, hou dit steeds verband met die gesin soos bogenoemde skrywers dit omvat. Die MIV-gesin kan dan volgens Beer, *et al.* (1988:301) soos enige ander gesin in vyf verskillende vorme voorkom naamlik:

- Die alleenlopende volwasse persoon
- Die enkel-ouer gesin
- Die getroude paar sonder kinders
- Die kern gesin
- Die uitgebreide gesin.

Wat die MIV/Vigs-gesin egter onderskei van ander gesinne is dat een of meer van die gesinslede MIV-geïnfekteer is (Macklin, 1991:83). Lesar, *et al.* (1995:225) meen dat daar in ag geneem moet word dat vir elke MIV-geïnfekteerde baba daar 'n MIV-geïnfekteerde moeder is, wat moontlik die virus van haar man of seksuele maat gekry het. Beer, *et al.* (1988:171) sluit hierby aan deur die volgende voorbeeld van die MIV/Vigs-gesin te gee: Die vader wat die hoof van die gesin is, het die virus opgedoen na aanleiding van 'n terloopse of toevallige verhouding. Binne 'n kort tydperk word die moeder ook geïnfekteer, wat dan later geboorte skenk aan 'n MIV-positiewe baba.

Uit bogenoemde inligting kan daar afgelei word dat die voortbestaan van MIV-gesinne in gevaar gestel word. Hierdie MIV/Vigs-gesin kan vir 'n relatiewe tydperk voortbestaan totdat albei ouers en die baba sterf. By die enkel-ouer gesin beteken die dood van 'n ouer dat kinders wees gelaat word, en die gesin nie sal voortbestaan nie. In geval van 'n getroude egpaar sonder kinders beteken die dood van een van die eggenote dat die gesin ook nie sal voortbestaan nie, behalwe as die oorlewende eggenoot hertrou. Betreffende die kern gesin is daar 'n moontlikheid dat die gesin sal voortbestaan na die afsterf van 'n volwasse gesinslid, indien die oorlewende persoon die gesin as enkel-ouer kan onderhou.

Die vraag, waarom daar dan spesifiek aandag geskenk moet word aan die MIV/Vigs-gesin kan ontstaan, aangesien talle ander gesinne na aanleiding van terminale siektes en ongelukke dieselfde verliese ervaar. Daar kan egter gelet word op die psigologiese implikasies wat MIV/Vigs vir die gesin inhou. Makclin (1991:102) wys op die volgende probleme wat deur die MIV-gesin ervaar word:

- Geheimhouding as gevolg van vrees vir sosiale isolasie, stigmatisering en diskriminasie
- Probleme binne die eggenoot-sisteem as gevolg van vrees vir die oordrag van die virus
- Moontlike siekte en dood van albei ouers wat ernstige implikasies vir oorlewende gesinslede inhou
- Sake rondom die behandeling van die MIV-geïnfekteerde baba

- Kinders binne die gesin wat vrees en afsku mag ervaar teenoor die geïnfekteerde persoon
- Aanvaarding van die seksuele oriëntasie en/of seksuele voorkeure van sekere gesinslede
- Die hantering van konflik binne gesinsverband
- Die verskuiwing van gesinsrolle
- Druk wat geplaas word op die gesin om te herenig, aangesien daar rekening gehou moet word met 'n beperkte tyd.

Die navorser wil ten spyte van die psigologiese implikasies ook byvoeg dat die getalle van gesinne in Afrika wat deur MIV geïnfekteer word, baie groter is as by enige ander terminale siektes of ongelukke wat aanleiding gee daartoe dat een of meer gesinslede sterf.

'n Ander belangrike aspek wat nie uit die oog verloor behoort te word nie, is dat die MIV/Vigs-gesin nie noodwendig oor dieselfde steunstelsels as ander gesinne beskik nie. Macklin (1991:135) meen dat MIV/Vigs-gesinne gou agterkom dat hul vriendskapnetwerke en ander ondersteuningsisteme verdwyn sodra daar bekend gemaak word dat een of meer lede in die gesin MIV/Vigs het. Om hierdie rede het baie van hierdie gesinne geen idee aan wie hulle dié spesifieke situasie bekend kan maak nie, aangesien hulle nie weet hoe mense daarop sal reageer nie (Burnard, 1992:115). Lesar, *et al.* (1995:231) konstateer dat selfs kerke, kinderversorgingsinstansies en mediese personeel in die verlede al sulke gesinne verwerp het. Blechner (1993:62-63) het gevind dat die volgende twee redes as verduideliking vir bogenoemde gesien kan word:

- As gevolg van die stigma van homoseksualiteit en onsedelike gedrag wat aan MIV/Vigs gekoppel word, verkies mense om nie betrokke te raak by geïnfekteerde persone nie
- Ten spyte van die beperkte wyses waarop die virus oorgedra kan word, is mense steeds bevrees dat hul die virus deur normale kontak met 'n geïnfekteerde persoon kan opdoen.

MIV/Vigs is dus nie net nog 'n siekte nie, maar probleme word ook ervaar rondom die sosiale betekenis wat daarmee verband hou. Indien die MIV/Vigs-gesin so duidelik

onderskei kan word van ander gesinne, ontstaan die vraag waarom daar so min betroubare inligting rondom die MIV/Vigs-gesin beskikbaar is. Beer, *et al.* (1988:175) konstateer dat MIV/Vigs nog altyd as 'n individuele siekte beskou is wat nie werklik met die gesin in verband gebring kon word nie. Laasgenoemde skrywers meen dat daar om die volgende redes wel na MIV/Vigs binne die gesinskonteks gekyk behoort te word:

- MIV/Vigs word primêr oorgedra deur seksuele kontak, swangerskap en in 'n mindere mate borsvoeding, wat alles integraal deel uitmaak van normale gesinsfunksionering
- Versorging van die geïnfekteerde persoon berus hoofsaaklik by die gesin
- Waar die individu gestigmatiseer word dra die gesin ook die stigma en gevolge daarvan
- Die gesin is laastens, in so te sê alle samelewings die koppelvlak tussen die individu en die gemeenskap.

Greif en Porembski (1988:259) het gevind dat die geïnfekteerde persoon se seksuele maat, eggenoot, ouers, broers, susters en kinders dikwels die primêre bron van ondersteuning en versorging is. Hierdie betekenisvolle ander is ook die geïnfekteerde persoon se hoofbron van emosionele ondersteuning. Folkman, Chesney, Cooke, Boccellari en Colette (1994:746) sluit hierby aan deur te noem dat die meeste probleme wat die geïnfekteerde persoon ervaar tuis hanteer word, wat die fisiese sowel as die psigologiese welsyn van die siek persoon aanbetref. Evian (1998:5) verwys na ernstige probleme in die hantering van die siekte veral binne Afrika-gesinne waar siek persone deur die gesin afgesonder word ten einde aanraking met die siek persoon te vermy. Die betekenisvolle ander is dus nie altyd ondersteunend nie, en die wyse waarop die siekte hanteer word kan moontlik vernietigend wees vir die persoon met MIV, hetsy afsondering en geen ondersteuning aanleiding gee tot sterfte of emosionele afbreking. Die impak van MIV op nie-geïnfekteerde persone binne die siek persoon se gesins- en verhoudingswêreld, word vervolgens meer volledig bespreek.

3.6.1 Rolvervulling binne die MIV/Vigs-gesin

Hoffman (1996:56) meen dat elke persoon meervoudige rolle het om in sy/haar lewe te vervul. Met rolle soos die van seksuele maat, eggenoot, ouer, dogter of seun, vriend en werknemer is dit dikwels moeilik om aan al die vereistes van hierdie rolle te voldoen. Groot verandering in rolvervulling kom egter voor met 'n MIV-positiewe diagnose en daar kan beweeg word van werkende persoon na werklose persoon of van versorger na afhanklike. MIV/Vigs kan dus die wyses waarop die gesin tradisioneel voorsien tydens die versorging van 'n siek gesinslid, ontwig(Macklin, 1991:89). 'n Geïnfekteerde persoon sal byvoorbeeld eerder haar diagnose aan 'n broer of suster, as aan 'n ouer bekend maak. Die gevolg is dat die broer of suster wat die moeder se tradisionele rol as versorger oorneem, die normale gesinshierargie kan benadeel. Laasgenoemde sluit aan by Beer, *et al.* (1988:183) se bevinding dat MIV/Vigs 'n ontwrigtende effek op die gesin en veral hul probleemoplossende vermoëns uitoefen. Daar sal nou gelet word op die gevoelens en ervarings van die nie-geïnfekteerde persone binne die MIV/Vigs-gesin.

3.6.2 Die ouer en versorger

Beer, *et al.* (1988:180) is van mening dat die versorging van 'n gesinslid met MIV dikwels die grootmoeder se verantwoordelikheid word. Wanneer daar dus verwys word na die versorger, impliseer dit nie alleenlik die ouers nie, maar ook ander familieledes soos die grootouers, broers of susters. Beckerman (1994:210) meen dat een van die eerste take waarmee die ouer(s)/versorger van 'n MIV-geïnfekteerde kind gekonfronteer word, die aanvaarding van die diagnose is. Daar is egter 'n gaping tussen intellektuele en emosionele aanvaarding en ouers se eerste reaksie is ontkenning van die diagnose. 'n Ander taak waarmee ouers gekonfronteer word is bekendmaking van die diagnose. Hoewel bekendmaking van die diagnose isolasie van die gesin kan voorkom, het dit dikwels net soveel negatiewe gevolge. Beckerman (1994:112) noem dat reaksies van bejammering, nuuskierigheid, subtile blamering en verwerping algemeen voorkom waar die geïnfekteerde persoon se serostatus aan ander buite die gesin bekend gemaak word. Na aanleiding van hierdie reaksies beperk ouers dikwels hul interaksie met persone buite die gesin, en dus ook potensiële bronne van ondersteuning. Meeste ouers voer dan eerder

die take en eise wat versorging van 'n MIV-positiewe kind aanbetref, hetsy 'n volwasse of jong kind, alleen uit(Vergelyk Beckerman, 1994:215 en Lesar, *et al.* 1995:231.)

Ouers van die MIV-positiewe kind ervaar gevoelens van woede en skuld, veral in gevalle waar die ouer die virus aan die kind oorgedra het, tog word intense skuldgevoelens en woede dikwels ook deur die ouer op die kind geprojekteer. Ander gevoelens wat deur ouers ervaar word is angs, hulpeloosheid en vrees vir die onbekende, asook die wens dat hulle hul kind teen die siekte kon beskerm. Hierteen tree ander ouers weer aggressief op in 'n poging om sosiale veranderinge mee te bring ten einde meer ondersteuning vir die MIV/Vigs-gesin te wen(Vergelyk Lesar, *et al.* 1995:234, Beer, *et al.* 1998:180 en Beckerman, 1994:210.)

By die bespreking van die ouer(s)/versorger is dit ook nodig om laastens te let op spanning wat ervaar word. Wanneer daar gekyk word na die gevoelens en reaksies van ouers, soos reeds bespreek, is dit nie verbasend dat ouers van die MIV-geïnfekteerde kind intense spanning ervaar nie. Lesar, *et al.* (1995:229) meen dat die hoeveelheid spanning wat die ouer(s)/versorger ervaar veral met die volgende aspekte verband hou:

- Of beide ouer(s) en kind MIV-positief is
- Die uitsonderlike eise wat die versorging van die geïnfekteerde persoon aan die ouer(s)/versorger stel
- Die spesifieke ontwikkelingsfase van die geïnfekteerde(kind, adolessent, jong volwassene of volwassene)
- Of die ouer(s)/versorger enige sosiale ondersteuning ontvang.

Ouer(s)/versorgers van kinders met MIV, hetsy volwasse of jong kinders, neem dus 'n gekompliseerde taak op aangesien die voorkoms van MIV alle vlakke van hul bestaan beïnvloed en dikwels benadeel. Hierdie versorgers speel 'n belangrike rol in die kind se lewe aangesien die kind in die laaste fases van die siekte nie meer in staat sal wees om onafhanklik te funksioneer nie. Dit blyk dus nodig te wees om 'n ondersteuningsnetwerk aan sulke ouer(s)/versorgers beskikbaar te stel ten einde hul by te staan in die uitvoering van hul take.

3.6.3 Die kind

Chrissopoulos (1997:22) konstateer dat daar spanning binne die ouer-kind verhouding ontstaan waar die ouer MIV-positief is, aangesien die kind weier om sy eise aan die ouer te wysig. Soos wat die siektetoestand progressieer verminder kontak tussen die ouer en kind aangesien die ouer nie meer fisies in staat is om met die kind te speel nie. Die kind verstaan ook selde waarom die ouer toenemend afwesig is en onttrek, veral omdat die kind spel met die ouer as betekenisvol en bevredigend ervaar. 'n Aspek wat hierdie situasie van die kind verder bemoeilik is dat kinders dikwels oningelig en met baie vrae gelaat word aangesien ouers skaam is om met 'n jong kind oor die siekte te praat (Aronson, 1995:229). Waar die kind wel ingelig word dat hy 'n ouer aan die dood sal moet afstaan, blyk dit volgens Semple, *et al.* (1993:23) dat baie kinders regresseer tot baba taal, probleme by die skool ervaar, en gedurig aan die siek ouer klou. Laasgenoemde is ook verstaanbaar wanneer daar gekyk word na die gekompliseerde situasie waar die kind met haar daaglikse lewe moet voortgaan, ten spyte van die wete dat die ouer enige dag mag sterf. In geval van jonger kinders meen Aronson (1995:224) dat die kind die dood as omkeerbaar sien, en dus nog nie Piaget se vlakke van finaliteit en oorsaak en gevolg bereik het nie. Ook die kind se vermoë om te rou hang af van sy ontwikkelingsfase, en soos by die adolescent behoort inligting eers kognitief verwerk te word voordat die emosionele aspekte van verlies geprosesseer kan word.

Macklin (1991:86) meen dat dit vir die kind, na aanleiding van bogenoemde situasie belangrik is om te weet dat daar iemand is wat na haar sal omsien indien die ouer sterf. Dane en Levine (1994:53) sluit hierby aan deur te noem dat kinders dikwels baie konkrete en praktiese bekommernisse het wat die ouers se dood aanbetref, soos wie na hulle gaan omsien, wat met hul gaan gebeur, wie vir hulle kos sal maak en hul skool toe sal neem. Wanneer daar beplanning gedoen word rondom die versorging van die kind na die ouer se dood, is dit belangrik dat die kind verseker word dat hierdie stappe geneem sal word om in haar behoeftes te voorsien. Dit is verder belangrik om die kind te betrek by die beplanning van laasgenoemde en die besonderhede daarvan met die kind te deel ten einde die kind gerus te stel.

‘n Ernstige kommer wat ontstaan na aanleiding van die voorkoms van MIV in die gesin, is wat met hierdie kinders gebeur wanneer die ouers sterf. Vanmali (1997:16) noem dat die impak van MIV in Suid-Afrika sterk gevoel word deur welsynsorganisasies wat fokus op kinder- en gesinsorg, veral waar groot getalle familieledede aansoek doen vir pleegouer toelae. In Pietermaritzburg het aansoeke vir pleegouer toelae by welsynsorganisasies ‘n toename van 20% na 80% getoon gedurende 1997. Navorsing toon ook dat groot getalle gesinne in KwaZulu-Natal alreeds kinders versorg wat nie hul eie is nie en daar dus ‘n bereidheid in gemeenskappe bestaan om ouerlose kinders te versorg. Dit blyk egter dat hierdie bereidheid afhanklik is van eksterne ondersteuning soos pleegouer toelae, wat verstaanbaar is met inagnome van die groot armoede in Suid-Afrika. Whiteside en Sunter (2000:67) se navorsing dui daarop dat die R370 wat maandeliks aan pleegouers toegestaan word hoofsaaklik deur grootouers en ander familieledede ontvang word. Dit is duidelik dat grootouers ‘n belangrike rol speel in versorging, maar ‘n verdere vraag wat ontstaan is wat met die kinders gebeur wat geen grootouers of ander bereidwillige familieledede het by wie hul kan gaan woon nie(Whiteside en Sunter, 2000:96).

In ‘n koerant artikel deur Govender (2001:6) noem Van der Mescht, ‘n maatskaplike werker by die *Pretoria Child Welfare* dat bogenoemde situasie ernstige druk plaas op welsynsorganisasies om pleegsorg te vind vir Vigs-wesies. Daar word gepoog om kinders eerder by gesinne as in inrigtings te plaas, aangesien elke kind individuele aandag benodig wat dikwels onmoontlik is binne die inrigtingsopset. Die algemene publiek is egter nog nie bereid om hierdie stap te neem nie en pleegouers wat bereid is om ‘n Vigs-baba te versorg is moeilik om te bekom. Van der Mescht meen om laasgenoemde rede dat daar nie gediskrimineer behoort te word op grond van seksuele oriëntasie, geloof of huwelikstatus wat potensiële pleegouers aanbetref nie. Van groter belang is eerder die identifisering van ‘n ondersteuningsstelsel vir die kind, asook die bepaling van die potensiële pleegouers se motivering om ‘n Vigs-baba aan te neem of te versorg.

3.6.4 Die adolessent

Aronson (1995:225) konstateer dat die adolessent die onomkeerbaarheid van die dood en die verlies wat daarmee gepaard gaan, verstaan. Die adolessent met 'n MIV-geïnfekteerde ouer gaan deur groot veranderinge wat nie noodwendig deur die adolessent self verstaan word nie. Om die rede is die portuurgroep waar die adolessent inligting kan bekom, gevoelens kan uiter en in die algemeen ondersteun word, van groot belang. Laasgenoemde impliseer egter nie dat die adolessent nie 'n traumatiese tydperk in haar lewe beleef nie. Baie negatiewe gevoelens en ambivalensie kom voor teenoor die ouer. Semple, *et al.* (1993:23) wys op 'n voorbeeld van 'n jong seun wat vir vyf weke lank weggeloop het nadat sy moeder bekend gemaak het dat sy Vigs het. Ander gevoelens wat adolessente met MIV-positiewe ouers ervaar, is volgens Aronson (1995:228-231):

- Woede
- Magteloosheid
- Angstigheid
- Hulpeloosheid
- Frustrasie
- Hartseer omdat die ouers die adolessent nooit haar doelstellings in die lewe sal sien bereik nie.

Dit blyk verder dat adolessente aanvanklik protesteer teen die moontlike verlies aan 'n ouer, maar nodig het om inligting wat met siekte en die dood verband hou eers kognitief te verwerk voordat die emosionele aspekte gekonfronteer kan word. Ander ernstige gevolge van die ouer se siekte en dood op die adolessent word nou kortliks bespreek soos deur Dane en Levine (1994:67-68) bevind.

3.6.4.1 Depressie

Dit blyk dat depressie die mees algemene reaksie van die adolessent op die ouer met MIV/Vigs se dood is. Die adolessent ontrek van gesins- en familieledede, asook van sosiale interaksie. Adolessente ervaar hartseer, buierigheid, en toon 'n baie lae of baie hoë eetlus, slaapversteurings kom voor asook 'n onvermoë om te konsentreer. Ernstiger

forme van depressie manifesteer ook deur risiko gedrag byvoorbeeld deur gevaarlik of uitlokkend op te tree en alkohol en dwelms te gebruik.

3.6.4.2 Uit-reagering

Uit-reagering van die adolessent kan manifesteer in gedragsprobleme by die skool en ook tuis. Aan die een kant word uit-reagering deur onderwysers en beraders aanbeveel, maar aan die ander kant voel voogde (gewoonlik 'n tannie of grootmoeder) van hierdie adolessente, dat die adolessent ernstige probleme toon. Waar geweld en misdadige gedrag na aanleiding van 'n ouer se dood voorkom, is daadwerlike intervensie nodig ten einde die adolessent teen self-destruktiewe uit-reagering te beskerm.

3.6.4.3 Die Superkind

Sommige adolessente neem die rol van die superkind aan waar hul betrokke raak by die versorging van jonger broers en susters, besluite wat die gesin aanbetref neem, huishoudelike aktiwiteite oorneem en steeds skool gaan. Die superkind raak betrokke by hierdie aktiwiteite in 'n poging om die realiteit en pyn van die ouer se dood te probeer vermy. 'n Verdere rede vir hierdie gedrag is moontlik die soeke na die ouer se erkenning wat dalk nooit voorheen aan die adolessent toegeken is nie. Die gedrag van die superkind gaan ook gepaard met die adolessent se gereedheid om verskeie lewenstake in die afwesigheid van haar ouers oor te neem.

3.6.4.4 Ontrekking

Terwyl sommige adolessente oorbetrokke raak in hul rol as versorger van die gesin, distansieer ander adolessente hulle weer van die realiteit dat een of albei ouers MIV-positief is. Deur weg te loop, of slegs vir 'n lang tydperk gedurende die dag van die huis af weg te bly word as hanteringsmeganisme in hierdie omstandighede gebruik. Laasgenoemde distansiering voorsien die adolessent nie net van tyd en ruimte weg van die geïnfekteerde ouer(s) en 'n pynvolle situasie nie, maar bied die adolessent ook

geleentheid saam met persone wat nie geïnfekteer is nie. Laasgenoemde word beskou as “die aanneming van ‘n gesin” wat nie MIV-geïnfekteer is nie.

3.6.4.5 Misdaad

Shönteich in Whiteside en Sunter (2000:96) is van mening dat MIV/Vigs en ouderdom wat toename in misdaad in Suid-Afrika aanbetref, sinoniem sal word met mekaar. Kinders en adolessente wat hul ouers aan MIV afstaan en onder swak supervisie van familieledede en welsynsorganisasies grootword sal volgens bogenoemde kenner ‘n groter kans staan om by misdaad betrokke te raak as enige ander groep. Daar word spesifiek gekyk na die ouderdomsgroep van tussen 15-24 wat die ouderdomsgroep is waar daar ‘n groter neiging tot misdaad bestaan as in enige ander ouderdomsgroep. Verskeie faktore mag volgens Shönteich aanleiding gee tot misdaad by adolessente wat hul ouers as gevolg van MIV verloor het. Hierdie faktore sluit die volgende in:

- Tekort aan ondersteuning en supervisie
- Tekort aan leiding en hulp
- Tekort aan rolmodelle.

Die navorser wil by laasgenoemde aansluit deur ook armoede as ‘n moontlike rede aan te voer vir die voorkoms van misdaad by adolessente wat hul ouers as gevolg van MIV verloor het. Waar adolessente ‘n tekort mag hê aan kos, klere en ander behoeftes waarin daar nie finansiële voorsiening kan word nie, mag adolessente hul moontlik wend tot misdaad ten einde hierdie middele te bekom. Laasgenoemde mag veral die geval wees waar adolessente optree as versorger van ander oorblywende kinders waar albei ouers gesterf het na aanleiding van MIV/Vigs.

3.6.4.6 Onvoltooide skoolopleiding

Laastens is dit ook belangrik om te noem dat MIV/Vigs in Suid-Afrika veroorsaak dat verskeie adolessente en kinders hul skoolopleiding prys gee ten einde hul siek gesinslede te versorg. Mwase (2000:24) meen dat dit hoofsaaklik ekonomies aktiewe volwassenes is wat deur MIV/Vigs geïnfekteer word. MIV veroorsaak dat die gesin se finansiële

uitgawes verdubbel en gesinne gee dikwels hul tuistes op om in die goedkoper informele nedersettings te gaan woon. Kinders se skoolfondse kan nie meer bekostig word nie, en daar word van kinders verwag om te help met die versorging van siek gesinslede en ander huishoudelike take. Die voorkoms van MIV veroorsaak dus dat baie minder adolessente en kinders hul skoolopleiding voltooi en hierdie verskynsel hou dus ander toekomstige probleme vir Suid-Afrika in. Die navorser wil weereens hier verwys na adolessente wat nie hul skoolopleiding kan voltooi nie, waar die adolessent optree as versorger van die oorblywende gesinslede nadat een of albei ouers geterf het na aanleiding van MIV/Vigs.

3.7 Samevatting

Groot getalle vroue, mans en kinders in Afrika word deur MIV geaffekteer. Daar word verskeie redes aangevoer vir hierdie verskynsel, en dit blyk dikwels dat die gedrag van die Afrika-man, asook ekonomiese en kulturele faktore 'n rol speel in die verspreiding van MIV in Afrika. Die realiteit vereis egter dat daar daadwerlike stappe geneem sal word om die verspreiding van MIV te probeer verminder of voorkom. Laasgenoemde sou impliseer dat navorsing op grootskaal onderneem behoort te word, wat befonsing sou vereis wat nie altyd moontlik is nie. Ten einde die toekoms van gesinne en individue te verseker word daar egter nie alleenlik nuwe inligting en kennis benodig nie, maar ook die betrokkenheid van alle ander instansies wat 'n moontlike diens kan lewer in die ondersteuning van hierdie gesinne. Die voordeel van bestaande kennis ten opsigte van die MIV-gesin kan ook benut word om hulpverlening te bied aan die gesin asook individuele lede van die gesin. Hierdie inligting is van groot belang wanneer daar gekyk word na die diverse reaksies, probleme en behoeftes wat MIV in die gesin meebring. Waar die berader haarself dus vergewis van die konteks waarin die MIV-gesin homself bevind, en die spesifieke kennis en insig wat benodig word tydens hulpverlening aan die gesin, kan daar groot verskille aangebring word ten einde die gesin se lewenskwaliteit te verbeter.