

HOOFSTUK 4

DIE ROL VAN DIE MIV-BERADER IN DIE AANSPREEK VAN DIE BEHOEFTE VAN DIE AFRIKA-VROU MET MIV/VIGS EN HAAR GESIN

4.1 Inleiding

Hoewel MIV/Vigs 'n voorkombare siekte is, word duisende mense in Suid-Afrika daaglik geïnfekteer. Voorkomingsprogramme is nie altyd suksesvol nie, en tot op hede was daar nog net twee ontwikkelende lande in die wêreld waar daar 'n waarneembare afname in MIV voorgekom het. Hierdie twee lande is Uganda en Thailand. Volgens die *United Nations Programme on HIV/Aids* (Trends in HIV Incidence and Prevalence, 1999:3) blyk dit dat daar 'n afname in die MIV-infeksiestoere onder jong mans en vroue in Uganda is. In Thailand wil dit voorkom of die infeksiestoere onder 21 jarige dienspligtige mans afgeneem het. Waar sulke afnames voorkom is dit nodig om te gaan kyk na moontlike redes vir hierdie afnames. Dit kan 'n reflektoring van die natuurlike gang van die epidemie wees. Dit kan as gevolg van gedragsverandering voorkom. Dit kan ook die produk van suksesvolle intervensie wees. Tot op hede was daar nog geen werklike afnames wat MIV/Vigs in Suid-Afrika aanbetref nie, en dit bly een van die land se ernstige probleme. Aangesien daar nog geen genesing vir MIV/Vigs bestaan nie, lê daar 'n pynvolle pad voor vir elke persoon met MIV/Vigs en haar gesinslede en betekenisvolle ander. Dit is juis hier waar die maatskaplike werker 'n belangrike rol kan vervul nie net as MIV-berader nie, maar ook in navorsing, opvoeding, voorkoming en beleidsvorming ten opsigte van MIV/Vigs (Mapatane en Molosankwe, 1997:16). Dit is egter nie alleenlik die maatskaplike werker wat 'n bydra kan lewer nie, maar ook ander professionele persone en vrywilligers kan betrek word wat veral versorging en emosionele bystand aanbetref. Daar bestaan dus 'n behoefte na die opleiding van vrywilligers, hetsy professioneel of nie-professioneel ten einde 'n ondersteuningsnetwerk te vorm vir persone met MIV/Vigs. Daar sal in hierdie hoofstuk gelet word op die rol van die berader wat gedragsverandering, die fases van berading, en berading met verskillende kliënte aanbetref. Die navorser poog ook in hierdie hoofstuk om die belang

van opleiding van vrywilligers as leke beraders na vore te bring as ‘n belangrike toekomstige hulpbron in die ondersteuning en versorging van persone met MIV/Vigs.

4.2 Definisies van Hoofkonsepte

4.2.1 Afrika-kultuur

Afrika-kultuur dui op die spesifieke kultuur wat deur Afrikane onderhou word. In hierdie geval sal die Afrikaan ‘n persoon wees wat oorspronklik afkomstig is vanuit Afrika en dus gekenmerk word aan ‘n donker vel en ander samehangende karaktertrekke wat duidelik verskil van ander rasse. Daar kan verder gekyk word na die term *etniese groep* wat volgens Schaefer (1989:266) verband hou met die spesifieke kultuur patrone wat van etniese groep tot groep verskil. In Suid-Afrika kan daar dus gekyk word na kulturele patrone tipies aan Afrikane wat die spesifieke gedrag wat aangeleer en sosiaal oorgedra word sal omvat. Kultuur sluit dus idees, waardes en gebruike van ‘n spesifieke groep mense in.

4.2.2 Assessering

Gedurede MIV-berading speel assessering ‘n belangrike rol in die bepaling van die kliënt se funksionering en dus gepaardgaande probleme en die identifisering van hulpbronne ten einde hierdie probleme aan te spreek. Assessering impliseer die doelbewuste inwin van feite waaruit afleidings gemaak word oor die aard van ‘n gegewe probleem en oor die beste moontlike aksie-inisiatiewe om dit te hanteer. Assessering lei tot beplanning, strukturering, besluitneming, mobilisering, implementering en evaluering (Lombard, 1993:13). Hoffman (1996:25) is van mening dat assessering van groot waarde is in die bepaling van omgewings-, interpersoonlike- en persoonlike hulpbronne wat deur die kliënt met MIV/Vigs benut sal word ten einde die psigologiese aspekte wat met die siekte verband hou te konfronteer. Die navorser wil hierby aansluit deur te noem dat assessering eerder gesien behoort te word as ‘n dinamiese en aaneenlopende proses en nie ‘n eenmalige gebeurtenis is nie. Assessering is dus ‘n belangrike instrument wat

deurlopend gedurende berading benut kan word en ook 'n aanduiding kan gee van die kliënt se vordering of verandering.

4.2.3 Berading

MIV/Vigs-berading kan gesien word as 'n deurlopende dialoog en verhouding tussen die kliënt en die berader wat daarop gemik is om die verspreiding van MIV te voorkom en psigososiale ondersteuning te bied aan die geaffekteerde persoon. Ten einde laasgenoemde doelwitte te bereik word daar deur middel van berading gepoog om die kliënt by te staan waar daar besluite oor haar lewe geneem word, om die kliënt se selfwaarde te help bou en om gesins- en gemeenskapsverhoudings asook die kwaliteit van lewe te probeer verbeter. MIV-berading bied verder ondersteuning aan die gesinne en betekenisvolle ander van die persoon met MIV/Vigs sodat hierdie persone ook die kliënt kan aanmoedig en versorg. Die meerderheid persone met MIV/Vigs benodig deurlopende ondersteuning en hulp wat veral probleemoplossing aanbetref, wat ook 'n kern aspek in meeste beradingsverhoudings sal wees (WHO, 1994:10).

4.2.4 Gedragsverandering

Gedragsverandering dui ingeval van hierdie studie op die uitskakeling van gedrag wat 'n negatiewe uitwerking mag hê op die persoon met MIV/Vigs se maatskaplike funksionering en gesondheid, maar die navorser wil ook by gedragsverandering enige negatiewe gedrag van die kliënt wat ander persone mag affekteer, insluit. Van Rooyen en Combrink (1990:167-168) is van mening dat daar besluit moet word watter gedrag problematies is en daardie gedrag dan afgeleer behoort te word. Laasgenoemde outeurs is van mening dat gedragsverandering ook reeds vanaf die eerste onderhoud aangespreek kan word en die navorser steun laasgenoemde wanneer daar gekyk word na die belang van die voorkoming van verspreiding van MIV na aanleiding van sekere gedrag wat deur die kliënt onderhou mag word. Dit is dus verstaanbaar dat gedragverandering soms plaasvind nog voordat die kliënt tot insig gekom het van die onderliggende dinamiek, aangesien enige gedrag wat aanleiding mag gee tot die verspreiding van MIV of ander samehangende probleme daadwerklik aangespreek behoort te word as gevolg van die

risiko van hierdie gedrag. Die berader het dus nie altyd die nodige tyd om insig by die kliënt te ontwikkel nie en daarom kan insigontwikkeling ook geskied tydens of na gedragsverandering.

4.3 Benaderings tot Gedragsverandering

In die Afrika-kultuur word daar sekere oortuigings, houdings en waardes gevind wat uniek is aan Afrikane. Daar kan byvoorbeeld gekyk word na die belang van vrugbaarheid en groot gesinne, asook gevaarlike seksuele gebruike soos “droë seks” en die Afrika-man wat die vrou as sy mindere beskou. Die Afrika-kultuur en samehangende politiese, ekonomiese en maatskaplike faktore veroorsaak dus ‘n situasie waaronder veral Afrika-vroue ly en skep verder vrugbare grond vir die vinnige verspreiding van MIV. Whiteside en Sunter (2000:59) sluit by laasgenoemde aan deur te verduidelik dat die vinnige verspreiding van MIV onder Afrikane ook verband hou met die vlak van seksuele aktiwiteit, die tipe geslagsomgang en die verskeidenheid van seksmaats. Die navorser is van mening dat laasgenoemde drie faktore sterk geïntegreer kan word met die Afrika-kultuur aangesien al hierdie faktore direk terug gevoer kan word na die oortuigings, houdings en waardes wat huidiglik onder Afrikane gevind word.

Elke individu en instansie wat betrokke is by die MIV-kwessie in Afrika en Suid-Afrika het na aanleiding van bogenoemde hoofsaaklik een doel voor die oë, naamlik die voorkoming van die verspreiding van MIV. Die algemene benadering wat gevolg word is om te poog om gedragsverandering mee te bring, veral waar ‘n persoon reeds MIV-positief is en dus die virus verder kan versprei. In die Afrika-kultuur wat oor die afgelope dekades min verandering ondergaan het wat sekere oortuigings, houdings en waardes aanbetref, is dit egter baie moeilik om sekere gedrag wat voorheen aanvaarbaar was op te gee of te verander. Hierdie gedrag maak so sterk deel uit van die daaglikse lewens en aktiwiteite van Afrikane dat dit soms onmoontlik lyk om te verander. Die navorser wil hier verwys na die voorbeeld van Afrika-vroue wat dikwels verduidelik dat hulle “mal” sal word as hulle minder as een maal per week seksuele omgang het. ‘n Samehangende probleem is dat die Afrika-man van mening is dat die vrou hom nie

vertrou wanneer sy vra dat hy gebruik maak van kondome nie. Dié situasie gee dus aanleiding tot onveilige seksuele omgang wat gepaard gaan met kulturele oortuigings en mites en tot groot frustrasie kan lei vir die MIV-berader. In hierdie geval sou dit nodig wees om te bepaal waarom sekere gedrag wat nie gesondheidsbevorderend is nie, onderhou word, soos reeds in hoofstuk 3 bespreek. Daar sal nou kortliks gekyk word na drie belangrike faktore wat 'n rol speel in gedragsverandering.

4.3.1 Oortuigings

Coulson, Goldstein en Ntuli (1998:55) verduidelik dat daar 'n groot verskil tussen die gesondheidsoortuigings van ontwikkelende lande en Westerse lande bestaan. Opvoeders poog ook om siekte in terme van Westerse medisyne en gebruike te verduidelik, terwyl die voorkoms van siekte 'n ander betekenis dra vir Afrikane. Die navorser wil hier verwys na 'n kliënt met MIV wat geweier het om enige Westerse medikasie te gebruik. Die kliënt was self 'n tradisionele geneser en was oortuig dat haar siekte met tradisionele medisynes en spirituele insette genees sou word. Die navorser het dit baie moeilik gevind om aan haar te probeer verduidelik watter voordele Westerse medikasie inhou aangesien haar eie oortuigings baie sterk was.

4.3.2 Houding

Houding kan gesien word as 'n stel van redelike stabiele “gevoelens” oor sekere sake (Coulson, *et al.* 1998:55). Die houding van 'n individu of gemeenskap hou verder verband met kognitiewe en affektiewe aspekte. Kognitief dui op kennis en inligting, terwyl die affektiewe dui op 'n persoon se kragte en gevoelens. Ten einde gedragsverandering te inisieer sou dit nodig wees om inligting deur te gee wat 'n individu of gemeenskap se gevoelens oor 'n saak kan verander. Wanneer daar gekyk word na die mites en misinformasie oor MIV/Vigs onder Afrikane is dit nie verbasend dat MIV so vinnig versprei nie. Veral Afrika-mans het 'n negatiewe houding teenoor MIV ingeneem deur daarna te verwys as “*die siekte van die vrou*”.

4.3.3 Waardes

Coulson *et al.*(1998:55) beskou waardes as konsepte wat hoë agting ontvang en gewoonlik 'n sterk invloed uitoefen op 'n individu se gevoelens, houding en gedrag oor 'n lang tydperk. Waardes affekteer byvoorbeeld gevoelens teenoor familie, werk, die huwelik en vriendskap. Een van die waardes van Afrikane naamlik dat die man die meerdere is en die vrou sy mindere, veroorsaak dat talle vroue in Afrika nie bemaagtig kan word om na hulself en hul gesondheid om te sien nie. Daar kan ook gekyk word na poligamie waar 'n Afrika-man meer as een vrou mag hê wat aanleiding mag gee tot die verspreiding van MIV na meer as een vrou en dus ook aanleiding kan gee tot die geboorte van babas met MIV.

Oortuigings, houdings en waardes is egter nie die enigste faktore wat 'n invloed uitoefen op gedrag nie. Daar kan ook gekyk word na groepsdruk en subjektiewe norme. 'n Jong meisie mag voel dat sy nodig het om seksuele ervaring op te doen aangesien al haar vriendinne seksueel aktief is. Die meisie wil nie as onervare beskou word nie en haar keuse om seksueel aktief te raak hou dus verband met subjektiewe norme, naamlik wat ander "belangrike" persone van haar sal dink. Selfbeeld speel verder 'n belangrike rol in gedragsverandering. 'n Persoon wat glo dat sy verandering in haar lewe kan aanbring sal dit makliker vind om haar gedrag te verander as 'n persoon wat glo dat sy nie oor die kragte en vermoëns beskik om verandering aan te bring nie. Beheer in 'n persoon se lewe gaan ook gepaard met laasgenoemde. Indien 'n persoon glo dat sy verantwoordelik is vir haar eie gesondheid sal gedragsverandering makliker geskied as by 'n persoon wat ander verantwoordelik hou vir haar gesondheid. Coulson *et al.*(1998:62) noem laastens dat rolmodelle ook 'n groot invloed op gedragverandering kan hê waar 'n persoon positiewe gedrag toon en hierdie gedrag uitgewys kan word as voorbeeld aan ander. Daar sal nou ook kortliks gekyk word na die Gesondheidsoortuigings model.

4.4 Die Gesondheidsoortuigings Model

Die Gesondheidsoortuigings model (Health Belief Model) is gedurende die middel 1960's ontwikkel en word vandag steeds benut. Coulson *et al.*(1998:62) verduidelik dat hierdie model hoofsaaklik die voordele van gesondheidbevorderende gedrag opweeg teenoor die nadele van enige ander gedrag wat nie gesondheidsbevorderend is nie. Daar is vier sleutel faktore in hierdie model wat direk verband hou met die individu se oortuigings ten opsigte van gesondheid naamlik:

- Die waarneembare vatbaarheid om 'n siekte op te doen
- Die waarneembare erns van die siekte
- Die waarneembare voordele van voorkomende gedrag
- Die waarneembare struikelblokke vir voorkomende gedrag.

Waar bogenoemde in die geval van die Afrika-vrou met MIV toegepas word kan dit soos volg voorgestel word:

- Hoe vatbaar dink die Afrika-vrou is sy om MIV op te doen
- Hoe ernstig dink die Afrika-vrou is MIV as 'n siekte
- Wend die Afrika-vrou enige pogings aan om infektering met MIV te voorkom
- Wat weerhou die Afrika-vrou daarvan om voorkomend op te tree.

Dennill, King en Swanepoel (1999:156) sluit by bogenoemde aan deur te noem dat hierdie vier sleutel faktore die berader sal voorsien van 'n raamwerk wat verduidelik waarom sekere persone gedrag openbaar om siekte te voorkom, terwyl ander persone geen voorkomende gedrag toon nie. Die Gesondheidsoortuigings model word verder in drie hoofkomponente verdeel:

- Individuele persepsies
- Veranderlikes wat demografiese-, sosiopsigologiese- en strukturele aspekte insluit
- Veranderlikes wat die moontlikheid tot die inisiëring van gedrag affekteer.

Hierdie model sal die berader dus van 'n baie duidelik beeld voorsien van waarom sekere probleme ervaar word. Waar 'n berader by 'n kliniek byvoorbeeld bewus is daarvan dat groot getalle Afrika-vroue in daardie gemeenskap deur MIV geaffekteer word, maar dat baie min Afrika-vroue die kliniek besoek vir behandeling en berading, kan die model gebruik word om te bepaal waarom die dienste van die kliniek nie deur vroue benut word

nie. Daar word dan gekyk na die vroue se persepsies rondom die benutting van klinieke, hul kennis rondom MIV en verbandhoudende medikasies en hul sienings van die voor- en nadele van die benutting van klinieke en Westerse medikasie. Die volgende fiktiewe voorbeeld van die benutting van die model sou die berader bewus kon maak daarvan dat:

- Klinieke nie benut word nie want personeel word as onvriendelik beskou en daar is 'n tekort aan konfidensialiteit
- MIV word beskou as iets wat met ander mense gebeur en simptome word geïgnoreer of met tradisionele medisyne behandel
- Afrika-vroue koppel meer nadele as voordele aan die benutting van kliniekdienste, waar hul byvoorbeeld bang is dat 'n egmaat, seksmaat of betekenisvolle ander sal wil weet waarom hulle die kliniek besoek en na aanleiding van die bekendmaking van hul serostatus verwerp sal word.

Waar die berader bogenoemde inligting bekom het, sal dit moontlik wees om 'n program saam te stel waardeur vroue gemotiveer kan word tot gedragsverandering en dus betrek kan word by MIV-verbandhoudende dienste wat 'n groot verskil kan maak aan hul lewenskwaliteit.

Hierdie model is 'n redelike eenvoudige model wat maklik benut kan word en van groot waarde sal wees vir die MIV-berader. MIV-beraders het egter steeds spesifieke kennis en insig nodig om hulpverlening te kan bied en daarom is die keuring en opleiding van beraders van groot belang. Daar sal nou gelet word op die MIV-berader in terme van persoonlikheid, vaardighede, opleiding en beskikbaarheid.

4.5 Die MIV-Berader

'n Berader kan gesien word as 'n persoon wat oor sekere vaardighede en tegnieke, en dus die nodige opleiding beskik ten einde 'n onderhoud te voer wat daarop gemik is om die kliënt tot beter begrip van sy probleme te bring, met die oog op die oplossing en bevordering van die kliënt se maatskaplike funksionering (Tweetalige Afrikaanse Woordeboek vir Maatskaplike Werk, 1997:6). In geval van MIV-berading ervaar die

kliënt MIV-verbandhoudende probleme en word berading gebied deur 'n persoon wat insig en kennis dra van die tipe probleme wat die kliënt ervaar, en hoe hierdie probleme suksesvol aangespreek kan word. Hierdie definisie van MIV-berading impliseer sekere vaardighede en persoonlikheidstreke waarvoor die berader behoort te beskik ten einde suksesvol te wees in die beradingsproses. Van Dyk (2001:210) is van mening dat die volgende vaardighede van belang is by die MIV-berader:

- Die MIV-berader behoort goeie kennis te dra van MIV/Vigs en oor die vermoë en belangstelling te beskik om op hoogte te bly van ontwikkelings in 'n vinnig veranderende veld
- Die MIV-berader behoort oor die vermoë te beskik om inligting op 'n akkurate, konsekwente en objektiewe wyse te kommunikeer
- Die MIV-berader behoort gemaklik te voel wanneer daar met ander gesels word oor seksualiteit en seks.

Daar sal nou kortliks gekyk word na watter persone algemeen in die praktyk in kontak kom met persone met MIV/Vigs en dus moontlik opgelei kan word as MIV-beraders.

4.5.1 Maatskaplike werkers as MIV-beraders

Maatskaplike werkers staan in die ideale posisie om op te tree as MIV-beraders en opleiers van MIV-beraders. Mapatane en Molosankwe (1997:16) is van mening dat 'n maatskaplikewerk benadering effektiewe reaksies aanmoedig waar MIV/Vigs struikelblokke veroorsaak in die geaffekteerde persoon se lewe. Die maatskaplikewerk benadering help ook met die identifisering van sosiale strukture wat gebruik kan word ten einde geleentheid optimaal te benut ten spyte van die voorkoms van MIV/Vigs. Maatskaplike werkers word ook gesien as pioniers in die ontwikkeling van psigososiale dienste vir persone wat geaffekteer word deur MIV/Vigs, of MIV-geïnfekteer is. Die kort riglyn wat dan na aanleiding van hierdie studie saamgestel is, sou veral die maatskaplike werker van die basiese aspekte van MIV-berading kan voorsien.

4.5.2 Professionele beraders uit ander dissiplines

Volgens die *United Nations Programme on HIV/Aids* (Counselling and HIV/Aids, 1997:3) kan kliniekgebaseerde berading voorsien word in 'n formele opset soos 'n hospitaal, gesondheidsentrum of kliniek. Hier word beradingsdienste voorsien deur ander professionele persone soos mediese dokters, verpleegkundiges en sielkundiges. Wat opleiding van professionele persone aanbetref behoort dit van so aard te wees dat mediese kennis aanvullend sal wees vir daardie professies wat reeds beskik oor die vaardighede om as beraders op te tree, byvoorbeeld maatskaplike werkers, sielkundiges en geestelike beraders. Aan die ander sy behoort opleiding van so aard te wees dat terapeutiese kennis aanvullend sal wees vir daardie professies wat reeds beskik oor die nodige mediese kennis en ervaring, byvoorbeeld medici, aptekers, fisioterapeute, dieetkundiges en tradisionele genesers, aangesien hierdie beroepe nie direk verband hou met die maatskaplike, emosionele en geestelike behoeftebevrediging van MIV/Vigs pasiënte nie.

4.5.3 Afrika-vrou as leke beraders

In Suid-Afrika is dit nie moontlik om 'n professionele versorger, berader of multi-profesionele span vir elke geïnfecteerde persoon te voorsien nie. Lamond (1996:19) sien juis in hierdie tekortkominge 'n uitweg wat tot voordeel van miljoene mense in Suid-Afrika kan strek. Daar word verwys na die Afrika-vrou as nie-profesionele versorger en leke berader. Hierdie idee stem volgens die navorser baie goed ooreen met die Afrika-kultuur waar die vrou meestal optree as versorger van siek gesinslede en dus ook met die samehangende emosionele behoeftes gekonfronteer sal word. Gemeenskapgebaseerde berading kan dus gebied word in 'n nie-formele omgewing soos plattelandse gemeenskappe of stedelike buurte. Die berader is gewoonlik een van die gemeenskapslede wat opgelei is om beradingsdienste aan ander gemeenskapslede te verskaf (Counselling and HIV/Aids, 1997:3). Die kort riglyn vir MIV-berading wat na aanleiding van hierdie studie saamgestel is, word egter aanbeveel vir benutting deur veral maatskaplike werkers, aangesien die maatskaplike werker oor 'n professionele agtergrond

beskik wat belangrike aspekte van berading reeds insluit, maar die maatskaplike werker dikwels min kennis dra van MIV/Vigs en dus MIV-berading.

Lamond (1996:19) is van mening dat veral tuisversorging van persone met MIV/Vigs suksesvol aangespreek kan word deur Afrika-vroue wat opleiding en emosionele ondersteuning ontvang ten einde bogenoemde te onderneem. Die navorser is uit eie ervaring bewus daarvan dat ook jong MIV-geïnfekteerde Afrika-mans dikwels betrokke raak by versorging van en leke berading vir ander geïnfekteerde pasiënte. Vanmali (1997:16) verwys na tuisgebaseerde programme in KwaZulu-Natal wat geïntegreer word met dienste wat deur hospitale en klinieke gelewer word. Daar word gebruik gemaak van professionele dienste wat bekostigbaar is, maar ook van vrywilligers en gemeenskapslede. Juis as gevolg van die betrokkenheid van vrywilligers, met inagnome van die waardevolle dienste wat deur hierdie persone gelewer kan word, word die volgende behoeftes deur Vanmali (1997:16) geïdentifiseer:

- Opleiding van MIV-beraders
- Daarstelling van literatuur wat fokus op die vrou met MIV
- Uitbreiding van programme na plattelandse gebiede
- Ondersteuning vanaf die Staat.

Deur die behoeftes wat in Suid-Afrikaanse gemeenskappe bestaan in verband te bring met beskikbare hulpbronne naamlik Afrika-vroue (en mans), glo die navorser dat daar 'n groot verskil gemaak kan word aan die lewenskwaliteit van groot getalle MIV-geïnfekteerde persone. Dit sou moontlik wees dat persone wat voorheen geen hulp ontvang het nie, nou ten minste van die dienste van leke beraders en versorgers gebruik kan maak.

Wanneer daar na die opleiding van gemeenskapslede gekyk word, behoort mediese en terapeutiese kennis verstaanbaar en volledig oorgedra te word. Daar moet in ag geneem word dat baie van hierdie vroue nooit hul skoolopleiding voltooi het nie, maar met basiese kennis 'n groot verskil kan maak as hulpverleners. Die opleiding van MIV-beraders word soos volg omvat in die dokument *Counselling and HIV/Aids*(1997:6) wat deel uitmaak van die *United Nations Programme on HIV/Aids*:

- Die potensiele berader behoort 'n ooreenstemmende professionele agtergrond te hê byvoorbeeld 'n maatskaplike werker, gesondheidswerker, gemeenskapswerker, 'n onderwyser of 'n *vrywilliger vanuit 'n groep mense met MIV/Vigs*
- die potensiele berader behoort ook 'n pos/beroep te hê waar daar *daagliks met persone met MIV/Vigs in kontak gekom word*
- die potensiele berader behoort goeie *insig van die kulturele konteks* waarbinne hulpverlening gebied sal word, te hê.

Bogenoemde kriteria hou direk verband met die keuse van Afrika-vroue as hulpverleners. Die navorser se ervaring stem ook ooreen daarmee dat die meerderheid Afrika-vroue en mans wat hul dienste aanbied as hulpverleners of leke beraders:

- vrywilligers vanuit 'n groep mense met MIV/Vigs is/ dikwels self MIV-positief is
- daagliks in kontak kom met persone met MIV/Vigs/ dikwels in dieselfde gemeenskap as die geaffekteerde persone woonagtig is
- goeie insig het van die kulturele konteks waarbinne hulpverlening gebied sal word/ afkomstig is vanaf dieselfde kultuur as die geaffekteerde persone.

Deur die opleiding van hierdie mans en vroue as hulpverleners en versorgers sou die druk wat daar op ander professies geplaas word in terme van versorging en berading van persone met MIV/Vigs verlig kon word, en baie meer geaffekteerde persone sou hulp kon ontvang.

4.5.4 Opleiding van MIV-beraders

Daar bestaan regoor die wêreld en ook in Suid-Afrika die tendens om 2-3 dag kursusse aan te bied wat geen praktiese ervaring insluit nie, maar betrokke persone daarna verklaar as opgeleide MIV-beraders(Counselling and HIV/Aids, 1997:5). Die navorser is egter oortuig in watter opset beradingsdienste ookal gelewer word, dat alle beraders oor sekere eienskappe moet beskik en daar dus 'n mate van keuring behoort te geskied. Laasgenoemde sou insluit dat die berader 'n goeie luisteraar is, 'n warm persoonlikheid het, gerespekteer word deur ander en buigbaar sal wees wat die verskeidenheid van situasies en persoonlikhede waarmee sy gekonfronteer sal word, aanbetref. Hierdie eienskappe is veral belangrik wanneer daar gekyk word na die kliënte-groep waarmee

die berader in kontak kom. Volgens Burnard (1992:5) is hierdie groep geensins homogeen nie en sluit dit die volgende in:

- kliënte wat ongeag hul sero-status, kommer of vrae het oor MIV/Vigs
- kliënte wat verwys word vir MIV-toetsing
- kliënte wat MIV-negatief is maar steeds kommer en vrese het ten opsigte van MIV/Vigs
- kliënte wat MIV-positief is maar nog geen simptome ervaar nie
- kliënte wat MIV-positief is en simptome begin toon
- kliënte wat reeds Vigs ontwikkel het
- kliënte wat moontlik anti-retrovirale behandeling gaan ontvang
- enige van die bogenoemde kliënte se seksmaats, betekenisvolle ander en gesinslede indien die kliënt toestemming gee
- die betekenisvolle ander wat tydens of na afsterwe van die kliënt begeleiding benodig
- personeel uit werksomgewings waar hul deurentyd blootgestel word aan MIV/Vigs.

Indien 'n persoon nie oor die regte kwaliteite beskik om as berader op te tree nie, sou daar moontlik negatiewe gevoelens voorkom wat ook baie nadelig sal wees vir die kliënt. Die berader se houding en oortuigings is dus van belang en behoort deeglik ondersoek te word tydens keuring as MIV-berader. Verdere probleme soos uitbranding kan ook ondervind word indien die berader nie oor die regte kwaliteite beskik nie. In die *United Nations Programme on HIV/Aids* se dokument, *Counselling and HIV/Aids*(1997:5) word daar genoem dat uitbranding van die berader kan lei tot irritasie en woede wat dikwels gerig word op die medewerkers en kliënte.

In die bogenoemde dokument word daar ook aanbeveel dat potensieële beraders 'n bewuswordingswerkswinkel bywoon waar hulle blootgestel word aan situasies waar hul houdings, reaksies en interpersoonlike interaksie vaardighede waargeneem kan word. Hierna word 'n eerste werkswinkel bygewoon waarna die berader onder supervisie geplaas word om beradingswerk te doen. 'n Latere werkswinkel behoort ook bygewoon te word nadat die berader die nodige praktiese ervaring opgedoen het. Dit is belangrik om in ag te neem dat die riglyn wat na aanleiding van hierdie studie saamgestel is, nie verband hou met die opleiding van professionele of nie-professionele persone as MIV-

beraders nie, maar slegs ‘n kort riglyn is waardeur belangrike aspekte van MIV-berading uitgelig word.

4.5.5 Beskikbaarheid van MIV-beraders

Wat professionele beroepe en ook die multi-dissiplinêre span aanbetref kan daar gekyk word na die rol van verpleegkundiges, sielkundiges en geestelike beraders as MIV-beraders wat daagliks in kontak kom met MIV/Vigs pasiënte. Hierdie persone bevind hulself ook meestal in ‘n formele opset en word oorlaai in ‘n poging om hulp te probeer verleen aan groot getalle persone wat MIV-verbandhoudende dienste benodig. Dit is juis hier waar die benutting van Afrika-vroue tot voordeel sal strek. Die navorser is bewus van talle werklose vroue in MIV-geteisterde gemeenskappe. Hierdie vroue kan gesien word as een van die grootste hulpbronne in gemeenskappe en behoort dus opgelei en benut te word. Uit praktykervaring is die navorser ook bewus van hierdie vroue se bereidwilligheid om opgelei te word ten einde hulpverlening te kan bied. Vroue in die Atteridgeville gemeenskap het al aan die navorser genoem dat hul gewillig is om opgelei te word as tuisversorgers en nie-professionele beraders en in ruil vir hierdie dienste bereid is om kospakkies te ontvang en sodoende ten minste hul eie gesinne sal kan versorg.

4.6 MIV-Berading

Daar word vervolgens gekyk na die prosesse van MIV-berading en die moontlike fases waarvolgens dit verloop. MIV-berading kan volgens die *United Nations Programme on HIV/Aids* gesien word as ‘n konfidensiële dialoog tussen ‘n kliënt en die berader wat gerig is daarop om die kliënt instaat te stel om stres te hanteer en ook persoonlike besluite te kan neem ten opsigte van MIV/Vigs (Counselling and HIV/Aids, 1997:3). Volgens Van Dyk (2001:200) kan MIV-berading ook gesien word as ‘n gestruktureerde gesprek wat daarop gerig is om die kliënt se lewenskwaliteit te fasiliteer waar die kliënt teëspoed of ongeluk in die gesig staar. MIV-berading is soos enige ander vorm van intervensie ‘n proses wat gekenmerk kan word aan verskeie fases en veranderings. Laasgenoemde

outeur is van mening dat die doel van MIV-berading tweeledig van aard is en die volgende insluit:

- Om die kliënt te help om probleme meer effektief te hanteer en onderbenutte geleenthede te gebruik om beter te funksioneer
- Om die kliënt te help en te bemagtig om 'n meer effektiewe self-helper te word in die toekoms.

Daar sal nou kortliks gekyk word na die fases waardeur die berader en die kliënt sal werk. Dit sluit voortoets-berading, natoets-berading, 'n tussen-fase en sterwensbegeleiding in.

4.6.1 Voortoets-berading

MIV-berading word meestal gebied waar vrywillige MIV-toetsing ondergaan word. Die navorser is bewus daarvan dat daar veral in Afrika nie altyd opgeleide beraders beskikbaar is waar toetsing ondergaan word nie, maar glo waar opgeleide beraders nie beskikbaar is nie of persone nie voortoets-berading wil ontvang nie, hulle nie verhoed behoort te word om vrywillige MIV-toetsing te ondergaan nie. Ingeligte toestemming word egter altyd benodig voordat 'n MIV-toets ondergaan mag word.

Sims and Moss (1995:94) meen dat sommige persone voortoets-berading met vrees en onsekerheid betree, aangesien 'n positiewe toets uitslag vir hulle so goed soos 'n doodsvonnis sal wees. Ander persone betree voortoets-berading weer met die oortuiging dat dit beter is om te weet wat hul serostatus is, as om vir 'n lang tydperk in onsekerheid te leef. Sommige kliënte vertel gedurende voortoets-berading van meer as 'n jaar se spanning en angs, terwyl ander die "*morning after*" reeds hul opwagting by die berader sal maak (Bisset en Gray, 1992:125). Die voor- en nadele van MIV-toetsing kan dus vooraf met die kliënt bespreek word ten einde meer duidelikheid en insig by die kliënt te help ontwikkel ten opsigte van MIV-toetsing. Volgens Van Dyk (2001:241-242) hou MIV-toetsing die volgende voor- en nadele in:

Voordele

- Bekendmaking van die toets uitslag mag help om spanning wat met onsekerheid geassosieer word te verminder
- Rationele beplanning vir emosionele en spirituele voorbereiding om met MIV te leef, kan onderneem word
- Mediese simptome kan bevestig, verlig of behandel word
- Voorkomende behandeling kan in aanmerking geneem word
- Anti-retrovirale behandeling kan in aanmerking geneem word
- Aanpassings in lewenstyl en seksuele verhoudings kan die kliënt en seksmaat(s) beskerm teen moontlike MIV-infektering
- Besluite ten opsigte van gesinsbeplanning en nuwe seksuele verhoudings kan geneem word
- Beplanning ten opsigte van die kliënt se toekoms en haar kinders kan onderneem word.

Nadele

- Moontlike beperkings ten opsigte van lewensversekering en verbande mag voorkom
- Sosiale stigma wat geassosieer word met MIV/Vigs, mag voorkom
- Probleme om verhoudings te onderhou en nuwe vriende te maak, mag ervaar word
- Weiering deur oningeligte mediese en tandheelkundige personeel om die kliënt te behandel, mag voorkom (hoewel laasgenoemde teen die voorsienings wat deur die Suid-Afrikaanse Grondwet gemaak word, gaan)
- Moontlike afdanking van werk (hoewel dit onwettig is om 'n persoon af te dank as gevolg van die voorkoms van MIV/Vigs)
- Moontlike verwerping en diskriminasie vanaf vriende, familie en medewerkers
- Emosionele probleme en disintegrasie van die kliënt se lewe
- Verhoogde spanning en onsekerheid oor die toekoms
- Spanning en die negatiewe effekte waar daar geheimhouding voorkom indien die kliënt besluit om nie haar serostatus bekend te maak nie.

Na aanleiding van bogenoemde nadele is die navorser oortuig dat daar aan die kliënt verduidelik moet word dat nadele moontlik ervaar sal word, maar dat hulpverlening en dienste beskikbaar is om hierdie nadele suksesvol deur te werk, of selfs te voorkom waar vroegtydig aangespreek word. Die beeld wat die berader dus aan die kliënt oordra behoort nie die kliënt te laat met 'n gevoel van hopeloosheid nie, maar behoort eerder die kliënt voor te berei op probleme wat moontlik ervaar mag word.

Die doel van voortoets-berading is dan:

- Om die kliënt voor te berei op die MIV-toets (toetsprosedure en terugvoer) en dus ook die betroubaarheid van die MIV-toets prosedures aan die klient te verduidelik
- Om te verduidelik wat die betekenis, maar ook die implikasies van 'n positiewe of negatiewe MIV-toets resultaat mag wees
- Om te verduidelik wat die venster periode is en dat hertoetsing nodig mag wees
- Die fasilitering en bespreking van hanteringsmeganismes vir wanneer toets resultate bekend gemaak word aan die kliënt (Vergelyk Van Dyk, 2001:240 en die *United Nations Programme on HIV/Aids* se dokument *Counselling and HIV/Aids*, 1997:3.)

Die navorser is bewus dat spanning asook die kliënt se vermoede dat sy MIV-positief mag wees, soms die kliënt sal dryf om risiko gedrag wat moontlik die oorsaak van infektering kon wees, weer op te neem. Daar kan byvoorbeeld gelet word op dwelm- en alkoholgebruik om spanning te verlig en aanleiding mag gee tot seksuele risiko gedrag. Juis as gevolg van die voorkoms van hierdie probleme, behoort die berader se assessering van die kliënt se persoonlikheid, moontlike versteurings en demografiese faktore, aanvang te neem gedurende voortoets-berading. Van Dyk (2001:239) verwys na laasgenoemde as die assessering van risikos waardeur die berader kan bepaal hoeveel kere en hoe gereeld die kliënt blootgestel is om MIV op te doen. Die navorser sou laasgenoemde ook in konteks bring met die kliënt se moontlike rede(s) om MIV-toetsing te ondergaan, wat een van die aspekte is wat in hierdie studie ondersoek sal word. Hierdie assessering is 'n goeie begin, selfs waar die kliënt se toets uitslag negatief is sal dit van groot waarde wees waar die berader steeds die kliënt se gedrag sal aanspreek. Die bespreking van die volgende aspekte maak die belangrikste deel van voortoets-berading uit:

- Gesondheid
- Seksualiteit
- Verhoudings
- Moontlike dwelm- en seksverbandhoudende risiko gedrag
- Hoe om oordraging van MIV na ander te voorkom (Vergelyk Bisset en Gray, 1992:125 en die *United Nations Programme on HIV/Aids* se dokument *Counselling and HIV/Aids*, 1997:3.)
- Die aanspreek van mites en misinformasie ten opsigte van MIV/Vigs.

‘n Ander belangrike aspek van voortoets-berading sou wees dat die berader bepaal hoe die kliënt moontlik sal reageer op ‘n positiewe MIV-toets uitslag. Van Dyk (2001:242) is oortuig dat die kliënt voorberei kan word op die toets uitslag deurdat die berader die volgende vrae aan die kliënt stel:

- Hoe sou jy voel as jou toets uitslag negatief is maar jy hertoetsing moet ondergaan aangesien jy in die venster periode mag verkeer?
- Wat sal jou reaksie en gevoelens wees oor ‘n positiewe toets uitslag? Sal ‘n positiewe toets uitslag jou lewe negatief verander en hoe?
- Is jy van plan om ander te vertel indien jy MIV-positief is? Wie sal jy vertel? Hoe sal jy dit vertel en waarom sal jy dit vertel?
- Hoe sal jy jou seksmaat vertel en sou die seksmaat ook MIV-toetsing moet ondergaan?
- Hoe sal ‘n positiewe toets uitslag jou werk, familie en verhoudings verander? Watter reaksies verwag jy van persone aan wie jou serostatus bekend gemaak sal word?
- Waar sal jy mediese behandeling ontvang en is lewenstyl veranderinge moontlik waar jy gereeld behandeling sal moet ontvang en medikasie sal moet neem?
- Wie sal emosionele en sosiale ondersteuning aan jou bied? Is daar familie en vriende wat jou sal ondersteun?

Deur bogenoemde is dit vir die navorser duidelik dat nie slegs die kliënt voorberei word op die toets uitslag nie, maar dat die berader ook ‘n duidelike idee sal kry van moontlike reaksies en gevoelens van die kliënt gedurende bekendmaking van die toets uitslag, en die berader dus ‘n geleentheid gegun word vir voorbereiding ten einde die kliënt suksesvol by te staan.

Sims en Moss (1995:94) noem dat die dienste van gekwalifiseerde sielkundiges en beraders nie altyd beskikbaar sal wees nie. Hierby kan die navorser voeg dat hierdie dienste ook nie altyd bekostigbaar sal wees nie. Die navorser is egter oortuig dat die kliënt wat wag op die uitslag van die MIV-toets ondersteuning behoort te ontvang. Indien ondersteuning nie vanaf die gesin kan kom nie (as gevolg van geheimhouding) behoort daar volgens die *United Nations Programme on HIV/Aids* van 'n ingeligte gemeenskapswerker gebruik gemaak te word om hierdie spanning te help verlig (Counselling and HIV/Aids, 1997:3).

Vertroulikheid is volgens die navorser van groot belang by voortoets-berading en MIV-berading in die algemeen. Die kliënt sal moontlik baie persoonlike inligting met die berader deel en dit is die berader se taak om daardie inligting sowel as enige ander besonderhede van die kliënt konfidensieel te hou. Konfidensialiteit behoort beklemtoon te word as een van die aspekte waarom die sukses van MIV-berading draai. Vertroulikheid impliseer vir die navorser ook meer as om inligting konfidensieel te hou en die kliënt te verseker daarvan. Die berader behoort te besef dat baie kliënte voel dat hulle op een of ander manier misluk of gefaal het, en dat die berader nodig het om die kliënt se vertroue te wen voordat die kliënt openlik sal wees oor probleme wat ervaar word en redes waarom probleme ervaar word. Die berader behoort dus oor die vermoë te beskik om 'n atmosfeer of omgewing van vertroulikheid te skep waarin die kliënt gemaklik voel om sensitiewe inligting aan die berader oor te dra. Vertroulikheid en vertroue is dan aspekte wat hand aan hand gaan en reeds tydens voortoets-berading aangespreek sal word deur die berader, aangesien die kliënt en berader, veral waar die toets uitslag positief is, moontlik 'n lang proses saam sal deurgaen.

4.6.2 Natoets-berading

Volgens Van Dyk (2001:246) is voor- en na-toets berading direk verbind ten spyte daarvan dat dit verloop in verskillende onderhoude. Die voor-toets onderhoud is veronderstel om die kliënt 'n idee te gee van wat verwag kan word gedurende die na-toets

onderhoud. Bogenoemde outeur is ook van mening dat voor- en na-toets berading verkieslik deur dieselfde berader onderneem moet word aangesien daar reeds 'n verhouding tussen die kliënt en berader voorkom en dit help om 'n gevoel van kontinuïteit vir die kliënt te skep.

Natoets-berading help die kliënt om die MIV-toets resultate te verstaan en te hanteer. Die taak van die MIV-berader in natoets-berading is volgens die *United Nations Programme on HIV/Aids* (Counselling and HIV/Aids, 1997:3):

- Om die kliënt voor te berei op die moontlike uitslag van die toets
- Om die toets resultate oor te dra
- Om die kliënt te voorsien van enige ander inligting wat benodig mag word na aanleiding van die toets uitslag
- Om die kliënt te verwys wanneer ander dienste benodig mag word.

Dit is belangrik dat die uitslag van die MIV-toets altyd gepaard gaan met berading aangesien die berader oor kennis en insig beskik van hoe hierdie aspek hanteer behoort te word waar veral sensitiwiteit en empatie van groot belang is. Die risiko van MIV-infektering word ook *weer* gedurende natoets-berading bespreek. Die inhoud van natoets-berading word opgedeel in die positiewe of negatiewe toets uitslag, afhangende van die kliënt se MIV-toets resultaat. Bogenoemde word vervolgens bespreek.

4.6.2.1 Die Positiewe toets uitslag

Volgens Van Dyk (2001:247) behoort die toets uitslag hetsy positief of negatief, altyd persoonlik aan die kliënt oorgedra te word. Terugvoer behoort in 'n stil en privaat omgewing te geskied en genoeg tyd behoort gegun te word vir bespreking. Laasgenoemde outeur is van mening dat die toets uitslag openlik, eerlik en sonder ophef aan die kliënt oorgedra moet word. Die navorser kan byvoeg dat waar die MIV-toets positief is die berader die toets resultaat ook duidelik en so sensitief en menslik moontlik moet oordra. Bogenoemde outeur meen dat neutrale woorde gebruik behoort te word, terwyl woorde wat 'n negatiewe waarde aan die bekendmaking koppel, vermy behoort te word. Daar word dus aanbeveel om die toets uitslag op die volgende wyse oor te dra: "*Mevrou u toets uitslag het terug gekom en u is MIV-positief*". Die navorser is oortuig

dat die berader se persoonlikheid, stemtoon en liggaamstaal hier van belang is en die kliënt nie hierdie bekendmaking behoort te sien as 'n doodsvonnis nie. Bekendmaking behoort dan gepaard te gaan met:

- Emosionele ondersteuning vir die kliënt
- Inligting en relevante verwysingsdienste
- Bespreking van die beste hanteringsmeganismes.

Van Dyk (2001:247) het ook die volgende lys opgestel wat die berader kan voorsien van 'n praktiese riglyn tydens bekendmaking van die toets uitslag:

- Moenie leuens vertel of die kwessie probeer ontwyk nie
- Moenie uitstel nie, maar kom eerder tot die punt
- Moenie die uitslag op enige publieke plek bekend maak nie
- Moenie die indruk van gejaagdheid, verwarring of distansiëring skep nie
- Moenie die kliënt in die rede val of argumenteer nie
- Moenie sê dat niks gedoen kan word nie, aangesien daar altyd iets gedoen kan word om lyding te verlig
- Moenie op die kliënt se woede reageer met woede nie
- Moenie sê dat jy weet hoe die kliënt voel nie
- Moenie bang wees om onkunde te erken indien jy nie iets verstaan nie.

Waar sommige kliënte met skok, huilery, geïrriteerdheid, spanning, skuldgevoelens, ontrekking en woede mag reageer, kan ander kliënte weer met verligting reageer op die nuus. Elke kliënt sal dus op 'n unieke wyse reageer en die berader behoort die kliënt toe te laat om gevoelens te uiter (Van Dyk, 2001:248). Die navorser is van mening dat die kliënt se reaksies van belang is in die bepaling van die tipe hanteringsmeganise(s) wat mag voorkom en veral in opvolgende sessies bepaal kan word. Die berader behoort egter reeds te let op moontlike ekstreme reaksies wat die kliënt se lewe in gevaar mag stel soos selfmoord gedagtes. Van Dyk (2001:250) is van mening dat kliënte wat selfmoord tendense toon gehospitaliseer kan word indien vriende of familie nie beskikbaar is nie. Die kliënt behoort dus ondersteuning gebied te word in die eerste paar dae na diagnosering en 'n toets uitslag behoort nooit op 'n Vrydag gegee te word waar ondersteuningsisteme nie oor naweke beskikbaar is nie.

Wat hanteringsmeganismes aanbetref meen Sims en Moss (1997:94) dat die kliënt altyd hartseer en pyn sal ervaar ten spyte van watter tipe hanteringsmeganismes voorkom. Wanneer die navorser verwys na die bespreking van hanteringsmeganismes is dit belangrik om te noem dat laasgenoemde volgens die navorser nie tydens die bekendmaking van die toets resultaat bespreek sal word nie, maar moontlik eers later. By die bekendmaking van positiewe toets resultate ervaar baie kliënte 'n krisis en is dit nodig om die kliënt toe te laat om uit te reageer. Tydens hierdie proses tree die berader op as ondersteuner en vertrooster, en behoort die berader te beseef dat die oordra van inligting nie suksesvol sal wees waar die kliënt in 'n toestand van skok, woede en hartseer verkeer nie. Van Dyk (2001:251) meen dat dit wel van belang is om die kliënt in te lig van die voordele van gereelde mediese ondersoeke ten einde oppertunistiese siektes en infeksies te voorkom indien dit vroegtydig behandel word.

4.6.2.2 Die Negatiewe toets uitslag

Berading is ook belangrik na 'n negatiewe toets uitslag. Hoewel die kliënt verlig mag voel behoort die berader sekere aspekte uit te lig. Eerstens mag 'n negatiewe toets uitslag beteken dat die kliënt in die venster periode verkeer, en dus nie noodwendig die afwesigheid van die virus impliseer nie. Die kliënt behoort dus later hertoetsing te ondergaan. Tweedens behoort die berader MIV-voorkoming met die kliënt te bespreek wat sal lei tot insigontwikkeling om veilige gedrag by die kliënt te bewerkstellig en sodoende moontlike infektering van die kliënt te voorkom. Laasgenoemde is veral van belang wanneer daar gekyk word na Van Dyk (2001:246) se bevinding dat persone wat uit 'n hoë-risiko groep afkomstig is en negatief toets, soms oortuig is dat hul immuun is teen MIV en dus nie voorsorg hoef te tref nie. Die berader behoort dus aan die kliënt te verduidelik dat niemand immuun is teen MIV nie, en dat onveilige seksuele omgang die kliënt se kans verhoog om MIV op te doen.

Die kliënt met 'n negatiewe toets uitslag het egter ook spanning ervaar en benodig ondersteuning, vertroosting en veral inligting. Inligting kan gebied word oor waar kondome, en in geval van 'n vroulike kliënt, oor waar vroulike kondome bekom kan

word. Berading by die negatiewe toets uitslag bied die berader dus die geleentheid om alle belangrike aspekte en risikos te bespreek, en moontlik te voorkom dat MIV ooit opgedoen sal word deur die spesifieke kliënt. Indien die kliënt nie seker is van die tydperk waar moontlike infektering plaasgevind het nie en dus hertoetsing moet ondergaan sal verdere spanning ondervind word en behoort die berader deurentyd ondersteuning te bied. Waar die kliënt steeds in die venster periode verkeer en wag op hertoetsing behoort verspreiding van MIV na ander weer aangespreek te word soos by 'n positiewe toets uitslag.

4.6.3 Berading gedurende die Tussen-fase

Nadat die kliënt 'n positiewe toets uitslag ontvang het, begin die grootste taak van die berader. Hierdie tussen-fase kan oor 'n aantal jare strek waar die kliënt dikwels berading sal benodig ten einde sekere struikelblokke wat deur MIV veroorsaak word, te oorkom. Die berader sal nodig hê om verskeie aspekte van die kliënt se lewe te assesseer. Daar behoort gelet te word op die manier waarop die kliënt die siekte hanteer ten einde hulp te bied om beter hanteringsmeganismes aan te leer. Laasgenoemde sou ook gepaard gaan met gedragsverandering en die proses van bekendmaking van die kliënt se serostatus aan ander. Hierdie aspekte behoort nie afsonderlik benader te word nie aangesien dit gelyktydig mag deel uit maak van die kliënt se lewe, en nie altyd opgedeel of onderskei kan word van mekaar nie.

Die navorser wil ook hier aandag fokus daarop dat die MIV-berader nie noodwendig die kliënt tydens voortoets berading vir die eerste keer sal sien nie. In die verlede het dit dikwels gebeur dat MIV-toetsing ondergaan is sonder dat daar enige beradingsdienste beskikbaar was. Uit praktykervaring weet die navorser ook dat veral vroue eers na die geboorte van 'n kind wat gesondheidsprobleme ervaar, uitvind dat hul self MIV-positief is. Hierdie aspekte is egter aangespreek deur die *Aids Law Project* soos bespreek in hoofstuk drie, en voor- en natoets-berading maak nou integraal deel uit van MIV-toetsing. Sekere kliënte kon ook voor- en natoets-berading geweier het om verskeie redes, en die berader sal die kliënt dan die eerste keer sien waar probleme en onsekerhede

ontstaan en die kliënt besef dat sy hulp benodig. Die navorser sal vervolgens die tussen-fase bespreek deur veral te let op bekendmaking van die kliënt se serostatus, assessering van die kliënt, hanteringsmeganismes en gedragsverandering wat aspekte is waarop die berader sal fokus tydens hierdie fase, maar wat ook reeds gedurende voor- en na-toets berading die berader se aandag mag vereis.

4.6.3.1 Bekendmaking

Deurlopende berading sal kliënt help om haar MIV-status te aanvaar en 'n positiewe houding in haar lewe in te neem. Deur middel van deurlopende berading kan die kliënt 'n betroubare gesinslid nooi om deel te wees van die beradingsproses en die vertroulikheid wat daarmee gepaard gaan. Laasgenoemde stel die berader in staat om met gesins- of egpaarberading te begin. Gesins- en egpaarberading kan eers werklik aanvang neem wanneer die kliënt bereid is om haar serostatus aan betekenisvolle ander bekend te maak. Volgens Francis (2000:7) sal die kliënt haar status hoofsaaklik bekend maak aan persone wat dit makliker sal aanvaar. Francis (2000:7) verwys na die proses wat volg voor bekendmaking van die kliënt se serostatus aan ander as "*preparing the ground for the seed*". Hiermee word bedoel dat betekenisvolle ander, maar ook die kliënt self voorberei moet word vir die bekendmaking en dit wat sal volg daarop. Die volgende vlakke word deur laasgenoemde kenner gesien as die vlakke van bekendmaking vanaf toetsing tot by betekenisvolle ander en volg gewoonlik in hierdie spesifieke orde:

1. Gesondheidswerker maak diagnose bekend
2. Nabye vriende word soms ingelig voordat die MIV-berader besoek word
3. Die MIV-berader word besoek
4. Eggenoot of maat word ingelig
5. Broers/Susters/Ouers en soms Uitgebreide familie
6. Kinders
7. Direkte gemeenskap
8. Werksomgewing
9. Publiek.

Deur die "*preparing of the ground for the seed*" meen Francis (2000:7) dat betekenisvolle ander voorsien word van relevante inligting en opvoeding voordat die

kliënt haar serostatus bekend maak sodat betekenisvolle ander ook weet wat om te verwag. Volgens Van Dyk (2001:270) behoort die kliënt te besluit of sy 'n volle bekendmaking wil onderneem waar sy haar serostatus ook aan die publiek sal bekend maak, of 'n gedeeltelike bekendmaking waar slegs sekere pesone uitgesonder sal word vir bekendmaking. Francis (2000:7) verduidelik dat meeste kliënte slegs tot op die vierde vlak van bekendmaking beweeg soos bo aangedui, maar dat dit reeds 'n belangrike stap in hulpverlening aan betekenisvolle ander is. Probleme kan egter ontwikkel wanneer die kliënt waarneembaar siek word en uitgebreide familie, kinders en medewerkers bewus word van die moontlike rede daarvoor, maar nie voorbereid was daarop nie.

Die berader kan volgens Van Dyk (2001:270) die volgende voordele van bekendmaking aan die kliënt uitwys:

- Bekendmaking sal die kliënt help om haar MIV-status te aanvaar en die spanning waar die kliënt die siekte op haar eie moet hanteer, help verlig
- Bekendmaking sal die kliënt help om toegang te hê tot mediese dienste, ondersteuning en versorging wat benodig mag word
- Bekendmaking sal die kliënt help om haarself en ander te beskerm deurdat daar vir veiliger seksuele omgang onderhandel kan word
- Bekendmaking mag help om stigmatisering, diskriminasie en ontkenning te verminder
- Bekendmaking bevorder verantwoordelikheid en mag betekenisvolle ander aanmoedig om toekomsbeplanning te onderneem.

Die kliënt behoort alle voor- en nadele te deurdink en vooruit te beplan voordat bekendmaking enigsins onderneem word. Die kliënt behoort gehelp te word om bekendmaking te sien as 'n proses en nie 'n gebeurtenis nie. 'n Praktiese plan vir bekendmaking kan dus deur die kliënt en berader ontwikkel word deur te let op wie ingelig sal word van die kliënt se serostatus, waar dit gedoen sal word en hoe dit gedoen sal word. Deur middel van rollespel kan die berader help om die kliënt voor te berei op bekendmaking en verwagte negatiewe reaksies. Beplanning van bekendmaking help dus nie alleenlik om die kliënt te bemagtig om negatiewe reaksies te verwerk nie, maar ook

om praktiese raad aan die kliënt oor te dra soos watter persone moontlik eerste ingelig kan word. Die kliënt mag soms vra dat die berader teenwoordig moet wees tydens bekendmaking of dat die berader die nuus aan betekenisvolle ander moet oordra (Van Dyk, 2001:272). Beplanning van bekendmaking behoort dus 'n volledige proses te wees waardeur die berader die kliënt deurentyd sal bystaan totdat die kliënt gereed is om hierdie stap te onderneem.

4.6.3.2 Assessering van die kliënt

Assessering van die kliënt met MIV is van groot belang en behoort reeds tydens die eerste ontmoeting met die kliënt aanvang te neem. Assessering kan die berader help om hulpbronne in die kliënt se omgewing en self te identifiseer wat benut sal word om die psigososiale en ander aspekte wat met MIV verband hou te konfronteer. Waar die kliënt positief toets meen Hoffman (1996:68) dat dit eerstens van belang is om te let op:

- persoonlike karaktertrekke soos hanteringsmeganismes en selfbeeld
- versteurings soos substansgebruik of –afhanklikheid wat moontlik gedurende die verloop van die siekte verandering sal ondergaan
- die navorser wil hier ook noem dat daar veral gelet behoort te word op seksuele risiko gedrag.

Hoewel demografiese faktore soos ras en geslag nie verander kan word nie is die assessering daarvan ook van belang aangesien dit 'n rol speel in die betekenis wat daar aan die siekte toegeken word en ook die moontlike bronne van ondersteuning sal bepaal. Die volgende aspekte is belangrik in die assessering van bogenoemde:

- Hoe hanteer die kliënt die feit dat sy met MIV/Vigs leef
- Kom daar enige tekens van aanpassings-, gemoeds- of substansgebruik versteuring voor
- Het die kliënt MIV opgedoen as gevolg van die voorkoms van enige tipe versteuring of lewenswyse
- Hoe identifiseer die kliënt haarself in terme van demografiese faktore.

Deur bogenoemde te eksploreer kan die berader spesifieke aspekte uitsonder wat aandag mag vereis gedurende die terapeutiese proses. Daar is ook ander belangrike aspekte wat

hiermee gepaard gaan byvoorbeeld assessering van die sosiale ondersteuning van die kliënt, want waar daar gedragsverandering voorkom sal ondersteuning altyd nodig wees.

Sosiale ondersteuning is dikwels 'n buffer vir die persoon wat spanning ervaar, en het 'n definitiewe invloed op die psigososiale aanpassing en welstand in die algemeen. Die gesinsisteem word ook dikwels deur die individu beskou as haar belangrikste ondersteuningsnetwerk en Hoffman (1996:52) is daarom van mening dat die berader gedurende assessering van die persoon met MIV se ondersteuningsnetwerk, op die volgende kan let:

- Wat was die kliënt se ondersteuningsnetwerk voordat sy geïnfekteer is
- Hoe lyk die ondersteuningsnetwerk nou
- Indien die kliënt se ondersteuningsnetwerk verander het, wat is die redes vir hierdie verandering
- Hoe het die kliënt in die verlede na sosiale ondersteuning gesoek, en is dit 'n effektiewe wyse om na ondersteuning te soek
- Dra die kliënt kennis van bronne in die gemeenskap wat ondersteuning kan bied.

Waar die kliënt gehelp word om positiewe bronne van ondersteuning te vind, is dit dus van belang om haar unieke situasie te eksploreer. Wanneer die berader 'n volledige assessering van die kliënt onderneem het, sal dit vir die berader moontlik wees om 'n profiel van die kliënt saam te stel waar die meeste struikelblokke en probleme asook hulpbronne tot die kliënt se beskikking duidelik na vore sal kom, en die berader en die kliënt kan met meer duidelikheid daarna kyk ten einde die situasie aan te spreek.

4.6.3.3 Hanteringsmeganismes

Commerford, Gular, Orr, Reznikoff en O'Dowd (1994:225-229) is van mening dat waar spanning voorkom as gevolg van MIV, die individu outomaties 'n spesifieke hanteringsmeganisme daarvoor ontwikkel. Dit is nodig dat die berader kennis dra van hierdie hanteringsmeganismes aangesien dit ook nadelig kan wees vir die kliënt en dit die berader se pogings om gesondheidsbevorderende gedrag by die kliënt te bewerkstellig, kan belemmer. Angsversteuring kom voor by kliënte met MIV/Vigs, veral gedurende die eerste paar maande na diagnoseer en wanneer simptome van MIV begin aanvang neem.

Die voorkoms van depressie is ook baie hoog onder persone met terminale siektes in vergelyking met ander groepe. Ontkenning is verder 'n emosionele reaksie wat baie dikwels by kliënte met MIV gevind word. Die berader het dus 'n belangrike terapeutiese taak waar hierdie aspekte geïdentifiseer en aangespreek moet word. Daar word nou kortliks na drie vorme van hantering gekyk soos deur laasgenoemde outeurs bevind.

4.6.3.3.1 Probleem-gefokuseerde hantering

Probleem-gefokuseerde hantering sluit aggressiewe, interpersoonlike pogings in om die situasie te oorkom, terwyl dit ook kalm, rasionele en intensionele pogings insluit om die probleem te probeer oplos. Probleem-gefokuseerde hantering hou veral verband met die vermindering van psigologiese spanning en volwassenes met terminale siektes trek meer voordeel uit hierdie vorm van hantering. Waar hierdie vorm van hantering voorkom, weier die individu soms om te fokus op gedagtes rondom die siekte. Daar word 'n bewustelike besluit geneem om spanningvolle gedagtes opsy te skuif. Die minimalisering van die bedreiging is simptome vir die individu se psigologiese spanning. Die weiering om die siekte te erken distansieer ook die individu van ander. Die weiering om met ander oor die siekte te praat mag dui op 'n onvermoë om die realiteit te erken. Hierdie vorm van hantering het dikwels verminderde sosiale ondersteuning tot gevolg, wat ook deur navorsing uitgewys word as 'n belangrike veranderlike in beide die fisiese en psigologiese welsyn van die persoon met MIV/Vigs.

Die navorser wil hier verwys na een van haar MIV-geïnfekteer kliënte met 'n driejarige dogtertjie wat ook MIV-positief is. Hierdie vrou het 'n aggressiewe poging aangewend om haar kind in 'n kleuterskool te probeer hou waar al die ander ouers daarteen gekant was. Sy het ook die situasie rationeel en kalm benader om 'n uitweg te vind wat almal sou tevrede stel, maar uiteindelik is die kind uit die kleuterskool onttrek. Die navorser kon deurentyd waarneem hoe die kliënt die probleem-gefokuseerde hantering benut om haar situasie aan te spreek. Die feit dat sy so baie op haar kind gefokus het, het weer vermindering van psigologiese spanning ten opsigte van haar eie siekte tot gevolg gehad. Die kliënt het nie haar siekte ontken nie, maar het nie meer gefokus op haar siekte nie, wat definitiewe aanleiding gegee het daartoe dat sy nie meer die nodige sosiale

ondersteuning vir haarself ontvang het nie, aangesien sy altyd aandag na haar dogterjê verskuif het.

4.6.3.3.2 Emosie-gefokusseeerde hantering

Hierdie vorm van hantering sluit selfblamering, emosionele uitdrukking en wensdenkery in wat veral verband hou met vermeerderde angs en depressie. Selfblamering, emosionele uitdrukking en wensdenkery hou verder verband met met ontkenning van die siekte en die vermyding daarvan, wat ook tot verdere spanning lei. Selfblamering dui daarop dat die individu haarself blameer vir die siekte in 'n poging om die situasie te vertroebel ten einde die aanvaarding daarvan vry te spring. Selfblamering impliseer dan juis dat die individu eintlik oortuig is dat sy verantwoordelikheid dra vir die voorkoms van die siekte, veral aangesien die oordrag van MIV met spesifieke gedrag vereenselwig word.

Emosionele uitdrukking dui op hantering van die siekte deur te huil of kwaad te word, en kan gesien word as die simptome van psigologiese spanning wat weer terug gevoer kan word na angs en depressie. Waar emosies uitermatig uitgedruk word het dit 'n negatiewe effek op verhoudings en kan dit aanleiding gee tot verminderde sosiale ondersteuning. Waar die geïnfekteerde persoon 'n sterk behoefte ondervind dat die siekte moet verdwyn, kom wensdenkery voor. Die individu probeer haarself oortuig dat die siekte mettertyd sal verdwyn. Hierdie vorm van hantering het natuurlik 'n baie negatiewe effek op die individu.

Die navorser wil hier na 'n jong MIV-geïnfekteerde vrou verwys. Hierdie kliënt was deurentyd depressief, het dikwels gehuil en soms geweier om met die navorser te praat. Dit was baie duidelik dat die kliënt angs ervaar het en haarself onnodiglik geblameer het vir die situasie waarin sy haarself bevind het. Die kliënt het later alle kontak met die navorser sowel as die ondersteuningsgroep verbreek. Dit was moeilik om haar tuis te besoek aangesien sy woonagtig was in 'n informele nedersetting wat gevaarlik was om te besoek en nie per voertuig bereik kon word nie. Die navorser sowel as ander lede van die ondersteuningsgroep het die kliënt nog 2-3 keer besoek, maar slegs negatiewe reaksie van

haar ontvang. Sy het later probeer selfmoord pleeg deur voor 'n aankomende voertuig op die snelweg in te loop. Die navorser het die kliënt later in die hospitaal besoek, maar sy wou geen samewerking bied of hulp ontvang nie. Hierdie tipe emosie-gefokusseeerde hantering hou dus duidelike negatiewe gevolge vir die kliënt in, veral waar die kliënt weier om hulp te ontvang en die emosionele gevolge van MIV nie bepaal kan word ten einde hulpverlening te bied nie.

Hoffman (1996:88) voer die volgende redes aan vir waarom dit soms moeilik is om emosionele gevolge van MIV by die kliënt te herken:

- Die vlak van emosionele funksionering voor die aanvang van die siekte is dikwels moeilik om te bepaal
- Geheueverlies kan voorkom as gevolg van die effek van MIV-verbandhoudende neurologiese probleme
- Medikasie wat gebruik word deur persone met MIV/Vigs het dikwels nadelige gevolge soos angstigheid en depressie
- Emosies van die kliënt met MIV/Vigs is dikwels wisselvallig en kan van week tot week verskil
- Die kliënt met MIV kan dikwels ook ander ernstige bekommernisse hê byvoorbeeld armoede, rasisme en homofobie.

Die navorser is van mening dat die emosionele gevolge van MIV vir die kliënt reeds vroeg in die proses aangespreek moet word ten einde te voorkom dat die kliënte vas gevang word in negatiewe gedrag soos by emosie-gefokkuseerde hantering. Die bogenoemde geval het egter assessering en intervensie bemoeilik aangesien die kliënt eers baie later na die navorser verwys is. Hierdie geval dui weereens daarop dat soveel aspekte van die kliënt se lewe gelyktydig benader behoort te word en nie afsondelik gesien kan word of van mekaar onderskei kan word nie.

4.6.3.3 Positiewe hantering

Positiewe hantering word nie geassosieer met spanning, angs of depressie nie, hoewel laasgenoemde nie die voorkoms daarvan by 'n MIV-geïnfekteerde individu onmoontlik maak nie. Positiewe hantering sluit positiewe aspekte van die ervaring van die siekte in,

en die siekte kan gesien word as 'n geleentheid om steeds te groei. Die soeke na meer inligting en advies oor die siekte maak ook deel uit van hierdie vorm van hantering.

Ten einde bogenoemde te bereik is Hoffman (1996:99) van mening dat die berader aanpassing by MIV behoort te fasiliteer. Berading help die kliënt met MIV om spanning te verminder en aanpassing in die situasie te vergemaklik deur van affektiewe-, kognitiewe- en gedragsmiddele gebruik te maak. 'n Verskeidenheid van modaliteite, insluitende die individu, groep en portuur is effektiewe bronne waardeur intervensie kan plaasvind. Hierdie modaliteite vir berading deel die spesifieke doel; om ondersteuning te bied aan die kliënt met MIV/Vigs. Laasgenoemde kan ook terug gevoer word na die verskillende aspekte soos bespreek by benaderings tot gedragsverandering aan die begin van hierdie hoofstuk. Binne hierdie ondersteuningsnetwerk kan die kliënt gehelp word om haarself te distansieer van isolasie en gevoelens van magteloosheid. Die kliënt kan binne hierdie netwerk van ondersteuning geïnspireer word tot nuwe hoop en voorsien word van geleenthede om by die siekte aan te pas en sodoende 'n beter lewenskwaliteit te hê.

Hoffman (1996:99) verduidelik dat sommige outeurs na hierdie positiewe hantering van die siekte verwys as die "*fighting spirit*" wat by persone met MIV/Vigs voorkom. Studies dui daarop dat hierdie persone se gedrag in so mate kan verander dat hulle 'n baie goeie lewenskwaliteit kan handhaaf. Hierdie tipe aanpassing sluit kognitiewe sowel as gedragskomponente in. Dit voorsien die kliënt met MIV/Vigs van die volgende:

- 'n Raamwerk wat emosionele beskerming bied
- 'n Gevoel van kontrole oor haar lewe
- 'n Struktuur wat geleentheid bied om met ander mense te kontak
- 'n Beter lewenskwaliteit.

Om aan te sluit by bogenoemde wil die navorser na nog 'n kliënt verwys wat ook 'n jong MIV-geïnfekteerde vrou is. Sy het haar siekte ervaar as 'n proses waardeur sy meer inligting en kennis kon bekom om later in die posisie te staan waar sy hulpverlening kon bied aan ander persone met MIV/Vigs. Die navorser het deurentyd positiewe groei by

haar waargeneem. Sy het ook haar verhoudings met haar gesinslede verbeter en versterk aangesien sy later haar serostatus aan hulle bekend sou maak.

4.6.3.4 Gedragsverandering

Die beskikbaarheid van MIV-berading, selfs sonder MIV-toetsing kan 'n privaat omgewing skep waar seksuele sake en persoonlike bekommernisse bespreek kan word. Volgens die *United Nations Programme on HIV/Aids* bevorder berading MIV-voorkoming en -opvoeding deur MIV verbandhoudende inligting persoonlik relevant te maak (Counselling and HIV/Aids, 1997:3). Die MIV-berader speel dus 'n groot rol deur kognitiewe- en gedragsaanpassing by MIV te fasiliteer en gesondheidsbevorderende gedrag aan te moedig.

Hoffman (1996:112) is van mening dat gesondheidsbevorderende gedrag 'n beheerbare aspek van MIV is en verskeie voordele inhou soos om gesondheid te verbeter, spanning te verlig en te voorkom dat MIV aan ander oorgedra word. Die berader behoort egter in ag te neem dat dit baie moeilik is vir sommige kliënte met MIV om hierdie veranderinge in hul lewens aan te bring en daarby te hou, soos byvoorbeeld waar 'n vrou as sekswerker optree ten einde haar gesin te onderhou. Indien hierdie risiko gedrag gestaak word sal die vrou nie meer vir haar gesin kan sorg nie. Dit is dus belangrik om te eksploreer watter struikelblokke die kliënt verhoed om bogenoemde veranderinge aan te bring, en daar kan veral gelet word op die konteks waarin infektering van die kliënt plaasgevind het. Die berader se taak lê daarin om die kliënt te motiveer wanneer daar gefaal word ten einde positiewe gedrag te bewerkstellig en in stand te hou.

Hoewel bogenoemde aspekte van hulpverlening hoofsaaklik verband hou met die uitgangspunte van Gesondheidsoortuigings model, wil die navorser ook hier aandag skenk aan die Transteoretiese model. Hierdie model word hoofsaaklik benut om die fases van verandering tot gesondheidsbevorderende gedrag te verduidelik. Dennill *et al.* (1999:130) sien gedragsverandering as 'n proses van progressie deur 'n reeks van ses fases. Die moontlike fases wat 'n berader dan sal identifiseer soos wat die kliënt se gedrag verander kan soos volg lyk:

- **Fase 1- Voor-oorweging**

In hierdie fase het 'n persoon nog geen intensie om haar gedrag in die toekoms te verander nie, en word dit gekoppel aan die opvolgende ses maande van haar lewe. 'n Persoon mag in hierdie fase verkeer as gevolg van 'n tekort aan inligting, en dus geen kennis dra van die gevolge van haar gedrag nie. Om oor die risiko gedrag te praat, te lees of te dink word deur die persoon vermy.

- **Fase 2- Oorweging**

Hierdie is die fase waar 'n persoon voorneem om te verander in die volgende ses maande. Die individu word hier bewus van die voordele wat verandering sal inhou, maar is ook bewus van die nadele wat daarmee gepaard gaan.

- **Fase 3- Voorbereiding**

In hierdie fase neem die persoon voor om daadwerklik tot aksie oor te gaan in die nabye toekoms, wat gewoonlik dui op die volgende ses maande. Die individu het nou 'n plan van aksie en is bereid om betrokke te raak. Persone in hierdie fase is die regte kandidate vir aksie-georiënteerde programme.

- **Fase 4- Aksie**

In hierdie fase het die individu reeds spesifieke en openlike veranderinge oor die afgelope ses maande van haar lewe aangebring. Aangesien hierdie veranderinge waarneembaar is gaan gedragsverandering dus gepaard met aksie.

- **Fase 5- Instandhouding**

In hierdie fase werk die persoon daaraan om haar gedrag te onderhou en nie weer terug te val na een van die vorige fases nie.

- **Fase 6- Terminering**

Hierdie is 'n fase waarin die individu geen behoefte ervaar om terug te val nie en heeltemal effektief kan funksioneer. Waar die individu dalk depressie, hartseer of eensaamheid ervaar sal sy steeds nie terug val en ou gewoontes opneem nie. Dit sal voorkom asof hierdie persone nooit enige negatiewe gedrag gehad het nie.

Na aanleiding van bogenoemde fases waarvolgens gedragsverandering verloop is dit duidelik dat hierdie proses baie tyd en geduld van die MIV-berader sal vereis. Die

navorser verstaan dat bogenoemde model 'n realistiese beeld van verandering oordra, maar kan uit praktykervaring noem dat persone wat met MIV gediagnoseer word dikwels hul gedrag daadwerklik sal verander. Die navorser het al waargeneem hoe persone binne 'n kwessie van weke tot 'n paar maande alle negatiewe gedrag staak en oorgaan tot gesondheidsbevorderende gedrag. Hierdie tipe kliënt is gewoonlik 'n individu wat 'n gesin onderhou vir wie sy omgee en ook ander belangrike redes het om voor te leef. Aangesien gedragsverandering dan ook oor so 'n kort tydperk kan geskied sal dit nodig wees dat hierdie persone leiding en ondersteuning ontvang, veral aangesien die emosionele gereedheid vir verandering dalk nie so ondersteunend van die gedragsverandering self sal wees waar dit oor so kort tydperk aangebring word nie.

4.6.4 Sterwensbegeleiding

Die navorser beskou sterwensbegeleiding as die laaste fase in hierdie proses wat die kliënt met MIV/Vigs self aanbetref, en is verder van mening dat die MIV-berader oor die nodige kennis behoort te beskik ten einde hierdie fase aan te spreek. Hoewel sterwensbegeleiding dikwels deur geestelike beraders en maatskaplike werkers binne die hospitaal opset onderneem word, is die navorser oortuig dat die MIV-berader wat reeds vanaf die eerste fase betrokke was by die spesifieke kliënt en gesin veral in hierdie fase ondersteuning behoort te bied, aangesien die kliënt en gesin die berader goed ken en ook vertrou.

Wanneer die berader aandag skenk aan die sterwensproses, kan dit die kliënt in 'n groot mate help om voor te berei vir dit wat sy sal agterlaat, maar ook vir dit wat voorlê. Hoffman (1996:143) meen egter dat baie MIV-beraders hiervan wegstroom terwyl dit in hierdie fase van die beradingsproses juis nodig is dat die berader die kliënt help om op 'n konkrete en emosionele vlak voor te berei vir die dood. Die dood behoort dus gekonfronteer te word op 'n wyse wat betekenisvol sal wees vir die kliënt. Die kliënt behoort gehelp te word om spanning, onsekerheid, eensaamheid en ander gevoelens wat mag voorkom te verbaliseer ten einde berusting en aanvaarding te vind, en dus gehelp word om met waardigheid te sterf. Van Dyk (2001:293) is van mening dat Elizabeth

Kübler-Ross se bekende werk aangaande die dood en sterwensproses deur beraders vereenvoudig word tot so mate dat beraders oortuig is dat elk van die fases in 'n streng volgorde verloop. Die navorser wil dus voordat Kübler-Ross se fases in die sterwensproses bespreek word, verduidelik dat geen kliënt geforseer behoort te word om hierdie fases in 'n spesifieke volgorde deur te gaan nie en dat sommige kliënte sekere van die fases glad nie eens sal beleef nie. Daar behoort eerder gelet te word op individuele verskille en behoeftes wat by die sterwende persoon mag voorkom. Daar word vervolgens kortliks gelet op die fases in die sterwensproses ten einde meer insig te bekom oor hoe die kliënt moontlik die dood benader en die sterwensproses ervaar, soos saamgestel deur Kübler-Ross (1981:34-121). Hierdie fases bevat dan spesifieke take waardeur die sterwende gehelp word om die realiteit van verlies te aanvaar te einde die emosionele impak van verlies te prosesseer.

4.6.4.1 Eerste fase: Ontkenning en Isolاسie

Die kliënt se eerste reaksie op die bekendmaking van haar diagnose is 'n tydelike toestand van skok wat geleidelik sal begin verdwyn. Waar laasgenoemde begin verdwyn sal die kliënt reageer met: "Nee, dit kan nie waar wees nie/dit kan nie ek wees nie". Afhangende van hoe die kliënt se diagnose bekend gemaak is, hoeveel tyd tot die kliënt se beskikking is om gebeure te verwerk en hoe die kliënt deur haar lewe voorberei is om stresvolle situasies te hanteer, sal ontkenning stadig begin verdwyn en minder radikale beskermingsmeganismes gebruik word. Ontkenning is gewoonlik 'n tydelike fase wat gou vervang word deur gedeeltelike aanvaarding en selde intensief sal voorkom. Ontkenning gaan dikwels gepaard met dagdromery oor situasies wat hoogs onwaarskynlik is, en hierdie vorm van ontkenning kom meer dikwels voor aan die begin van 'n terminale siekte as aan die einde daarvan. Later in hierdie fase kom isolاسie meer voor as ontkenning. Die kliënt maak gebruik van isolاسie om oor haar siekte/gesondheid en sterflikheid/onsterflikheid te gesels terwyl die dood in die gesig gestaar word en hoop terselfdetyd onderhou word.

4.6.4.2 Tweede fase: Woede

Hierdie fase gaan gepaard met die kliënt se besef: “Ja dit is ek/dit was nie ‘n fout nie” aangesien die kliënt nie langer kan dagdroom dat sy gesond is en nie gaan sterf nie. Saam met bogenoemde besef kom gevoelens van woede, afguns en afsku. Die volgende logiese vraag deur die kliënt sou wees: “Waarom ek?”. Die kliënt sal haarself deurentyd afvra waarom dit nie eerder iemand anders is wat met ‘n terminale siekte gediagnoseer is nie, en deurentyd raaksien hoe mense se lewens onnodiglik verloor word waar geen siekte eens voorgekom het nie. Hierdie fase is ‘n baie moeilike fase vir familie en mediese personeel, aangesien die kliënt se woede in alle rigtings geprojekteer word. Die kliënt se woede hou ook verband met die opgee van beheer oor haar lewe en ander aspekte van haar lewe. Irritasie kom intens by die kliënt voor wat mag aanleiding gee daartoe dat familie die kliënt minder besoek wat weer die kliënt se ongemak en woede laat vermeerder. Dit is nodig dat die kliënt gerespekteer en verstaan word ten einde insig by die kliënt te ontwikkel dat sy ‘n waardige mens is vir wie daar omgee word en wat toegelaat behoort te word om positief te funksioneer vir so lank as moontlik. Die kliënt sal besef dat daar na haar geluister sal word sonder dat ‘n woede uitbarsting nodig is.

4.6.4.3 Derde fase: Onderhandeling

Soos wat ‘n kind met ‘n ouer onderhandel om die hele week skottelgoed te was ten einde die naweek iets spesifiek te mag doen, sal die kliënt met ‘n terminale siekte ook onderhandel vir byvoorbeeld tyd om langer te leef ten einde ‘n spesifieke taak te voltooi. In geval van die kliënt se onderhandeling kan dit gesien word as uitstelling waar “goeie gedrag” ‘n “prys” aan die kliënt impliseer. Laasgenoemde hou gewoonlik verband met ‘n spertyd waarna die kliënt belowe om nooit weer iets te vra indien hierdie “prys” toegeken word nie. Die meeste onderhandelings word gewoonlik in geheim deur die kliënt onderneem met God. Onderhandeling blyk dus ‘n sterk religieuse benadering te hê en die kliënt sal soms met ‘n geestelike berader gesels oor haar bereidheid om haar lewe indiens van God te gee indien sy meer tyd gebied word om te leef. Psigologies word onderhandeling veral met skuldgevoelens geassosieer en behoort hierdie onderhandeling nie ligtelik opgeneem te word deur die berader nie. Daar behoort dus gelet te word op waarom die kliënt skuldgevoelens ervaar oor byvoorbeeld haar religieuse lewe in die

verlede, en of daar dieper redes is vir hierdie skuldgevoelens. Skuldgevoelens behoort dus hanteer te word totdat die kliënt verlig is van onredelike vrese of die idee dat sy gestraf word binne konteks van haar skuldgevoelens.

4.6.4.4 Vierde fase: Depressie

Woede wat voorheen by die kliënt waargeneem is word in hierdie fase deur die gevoel van ernstige verlies vervang. Hierdie verlies mag verskeie vorme aanneem soos byvoorbeeld die verlies aan 'n liggaam soos wat dit voorheen gelyk het, verlies aan besittings wat verkoop moet word om mediese rekeninge te betaal, verlies aan tyd en aandag wat voorheen aan kinders gegee is. Daar kan ook onderskei word tussen twee vorme van depressie wat na aanleiding van verliese mag voorkom in hierdie fase. Daar kan eerstens gekyk word na reaktiewe depressie wat verband hou met die kliënt se onrealistiese gevoelens van skuld en skaamte. Laasgenoemde kom voor waar die kliënt nie meer sekere take en rolle kan vervul nie as gevolg van die siekte en dus skuldgevoelens en skaamte ervaar. Hierdie aspekte kan deur die berader aangespreek word deur te help met praktiese beplanning waardeur die kliënt kan sien dat daar geen rede is om skuldig te voel nie aangesien vorige rolle en take ten spyte van haar afwesigheid, steeds vervul word.

Die tweede vorm van depressie kan gesien word as voorbereidende depressie wat nie verband hou met verliese soos bo bespreek nie, maar eerder naderende of dreigende verliese in ag neem. Die berader se teenwoordigheid is hier van groter belang as woorde van vertroosting of opbeuring. Die kliënt begin dus dink aan dit wat voorlê en nie die verliese wat reeds voorgekom het nie. Besoeke deur familie en vriende om die kliënt op te beur mag hierdie emosionele voorbereiding eerder hinder as bevorder.

4.6.4.5 Vyfde fase: Aanvaarding

Indien 'n kliënt genoeg tyd gehad het en hulpverlening gebied is om deur die vorige fases te werk, sal 'n fase bereik word waar die kliënt nie meer depressief of kwaad is nie. Vorige gevoelens asook die kliënt se benydning van ander se gesondheid is uitgedruk. Die

kliënt sou alreeds die verlies aan betekenisvolle ander betreur het en haar eie dood met 'n mate van stil verwagting benader. Die kliënt sal meestal moeg en verswak wees en dus baie slaap benodig. Hierdie fase behoort egter nie gesien te word as 'n gelukkige fase nie aangesien so te sê geen gevoelens by die kliënt voorkom nie. Gesins- en familieledede het in hierdie fase gewoonlik meer hulp en ondersteuning nodig as die kliënt, aangesien die kliënt 'n mate van vrede en aanpassing bereik het en verkies om alleen gelaat te word. Kommunikasie sal ook meer nie-verbaal word waar die berader se teenwoordigheid genoeg sal wees om die kliënt te verseker dat daar iemand tot die einde toe teenwoordig sal wees.

Dorn, Henderson en South (1992:76) meen dat waar professionele beradingsdienste slegs op sekere tye van die dag beskikbaar is, en die kliënt en haar gesin/versorger(s) dus nie ten alle tye toegang het tot hierdie dienste nie, probleme mag voorkom gedurende 'n krisis situasie. Die navorser is ook van mening dat dit nie noodwendig aanvaarbaar sal wees vir die kliënt en haar gesin om deur 'n vreemdeling wat deur 'n hospitaal of ander organisasie aangestel is, bygestaan te word nie. Die MIV-berader kan bogenoemde aanspreek deur sterwensbegeleiding te inisieer wanneer die kliënt nog gesond genoeg is om belangrike sake af te handel. Sims en Moss (1995:99) is van mening dat hoe beter die kliënt en betekenisvolle ander voorberei word op wat sal volg, hoe makliker sal dit vir hulle wees om die proses te hanteer. Die navorser is oortuig dat die MIV-berader se kriteria vir wanneer sterwensbegeleiding begin behoort te word, gebaseer kan word op twee aspekte:

- assessering van die kliënt en betekenisvolle ander se gereedheid daarvoor
- die kliënt se gesondheid.

Die berader sal moontlik vroeg in die hulpverleningsproses al rou waarneem by betrokkenes, en deur rou aan te spreek wanneer dit voorkom word sterwensbegeleiding reeds geïnisieer. Dit sou verder van belang wees dat die berader en die kliënt se mediese praktisyn deurentyd kontak hou en die nodige inligting uitruil met die kliënt se wete en toestemming, veral waar die kliënt nie noodwendig baie tyd oor het nie en daar nog verskeie sake is wat aandag vereis. Volgens Dorn *et al.* (1992:83) behoort die berader in

ag te neem dat die kliënt verstandelik nog in staat moet wees om sake soos lewensversekering, polisse, testamente en begrafnis reëlings te kan hanteer.

Sims en Moss (1995:99) is van mening dat die waarde van ondersteuningsgroepe wat sterwensbegeleiding aanbetref nie onderskat moet word nie. Gesinne wat geaffekteer word deur MIV/Vigs leef dikwels in isolasie en ontvang nie noodwendig die nodige ondersteuning nie. Hoffman (1996:98) verduidelik dat rou ook kan veroorsaak dat die geaffekteerde gesin se ondersteuningsnetwerk krimp en dat dit belangrik is dat die gesin nuwe bronne van ondersteuning vind. Die navorser wat self betrokke was by 'n ondersteuningsgroep het waargeneem dat hierdie vorm van ondersteuning veral relevant is waar gesinne in die verskillende fases van die geïnfekteerde persoon se siekte ervaring opgedoen het wat met ander gedeel kan word. Die navorser sou dus aanbeveel dat gesinne nie net berading van die MIV-berader ontvang gedurende sterwensbegeleiding nie, maar ook betrokke raak by ondersteuningsgroepe waar soortgelyke ervarings en gevoelens van ander geaffekteerde gesinne gedeel kan word. Die navorser meen ook dat gesinne wat 'n geliefde aan die dood moes afstaan, maar steeds kon aanhou funksioneer as 'n gesin wat hierdie proses suksesvol kon aanspreek, as inspirasie sal dien vir gesinne wat nog deur die proses moet werk.

Die navorser wil laastens noem dat persone met MIV/Vigs en hul betekenisvolle ander nooit onderskat moet word in wat hul kan bereik nie. Hierdie persone toon dikwels ongelooflik krag en deursettingsvermoë in die moeilike en pynvolle proses wat hulle deurgaan. Die MIV-berader behoort haar werk met hierdie kliënte en hul gesinne te beskou as 'n voorreg en 'n inspirasie van wat moontlik is waar ondersteuning, aanvaarding en liefde voorkom.

4.7 Berading met spesifieke kliënte

Hoewel MIV-berading en gepaardgaande kennis, uitgangspunte, vaardighede en tegnieke in die algemeen benut word in die aanspreek van die behoeftes van alle kliënte met MIV, dit wil sê manlik, vroulik, oud, jonk en van enige ras, is daar tog gevalle waar spesifieke

kennis tot voordeel van die beradingsproses sal strek. Daar sal nou kortliks op spesifieke kliënte, en dus spesifieke behoeftes wat mag voorkom gelet word.

4.7.1 Berading vir Vroue en Swanger Vroue

Berading kan groot voordeel inhou vir swanger vroue en vroue wat graag wil swanger raak maar wat MIV-positief is of nie bewus is van hul MIV-status nie. Volgens die *United Nations Programme on HIV/Aids* se dokument *Counselling and HIV/Aids* (1997:4) fasiliteer berading vir bogenoemde groep die volgende:

- Ingeligte besluitneming om swanger te raak waar die vrou wel MIV-positief is
- MIV-toetsing voor swangerskap
- Waar die vrou reeds swanger is behoort terminering van die swangerskap oorweeg te word indien aborsie wettig is in daardie land/gebied
- Die bespreking van die gebruik van AZT vir swanger vroue om die risiko van oordraging van moeder na kind te verminder, asook die bespreking van borsvoeding en ander voedingsopsies.

Waar moontlik, en waar die vrou toestem sal dit tot haar voordeel wees om haar man of maat te betrek by die beradingsproses. Dit bly egter ideaal dat vroue berading ontvang voordat hulle besluit om swanger te raak. Soos reeds genoem vind meeste Afrika-vroue eers uit dat hul MIV-positief is nadat die baba gebore is. Nadele wat hiermee gepaard gaan is dat die vrou se liggaam na aanleiding van die swangerskap uitgeput en veswak is en dat sy nou verdere kommer het van hoe daar betaal sal word vir die nodige behandeling van haarself en die baba, toegang tot klinieke en hospitale, en wat met haar kinders sou gebeur indien sy sou sterf. Uit praktykervaring weet die navorser dat die meeste vroue hierdie kommer alleen dra, en die man wat dikwels in 'n ander stad of gebied werk/woon selde uitvind van die vrou en kind se situasie. Waar die man later uitvind blyk dit dat meeste mans hul vroue verwerp, en meeste vroue slegs die ondersteuning van ondersteuningsgroepe en sekere instansies ontvang. Die skuld vir waarom die vrou MIV opgedoen het en waarom die baba ook MIV-positief is word meestal deur die man op die vrou geprojekteer. Die berader wat dus beide eggenote kan betrek by egpaar berading behoort hierdie tipiese tendense wat aanleiding gee tot

blaming en skuld onder Afrikane met insig te benader en veral te fokus op die realiteit van beperkte kennis ten opsigte van MIV/Vigs onder Afrikane. Die berader word egter ook met baie moeilike situasies gekonfronteer waar die man of maat nie betrek kan word nie. Die navorser wil hier verwys na 'n kliënt wie se man in die tronk was reeds voor die geboorte van die baba. Beide die man en vrou asook die baba was MIV-positief en gevolglik moes die vrou hierdie proses wat gepaard gaan met spanning, depressie, skuldgevoelens en ook armoede alleen konfronteer aangesien daar geen ander vorm van bereidheid tot ondersteuning binne haar gesins-, familie- of vriendekring was nie.

Intervensie om aanpassing by veranderende lewensrolle en doelstellings te fasiliteer is vir die navorser van groot belang wat MIV-berading met die Afrika-vrou aanbetref, veral waar sy reeds kinders het of swanger is. Die navorser se motivering vir laasgenoemde is dat die Afrika-vrou meestal die belangrikste rolle in die Afrika-gesin vertolk byvoorbeeld as moeder, versorger, vertrooster, seksmaat en dikwels ook as broodwinner. Aangesien die voorkoms van MIV by die Afrika-vrou hierdie rolle sal verander is dit belangrik dat die MIV-berader rolverandering met die Afrika-vrou sal bespreek ten einde te verseker dat die gesin steeds kan funksioneer wanneer dit nie meer vir die vrou moontlik is om al hierdie rolle te vervul nie. Die doel van die aanspreek van rolvervulling kom dus weereens neer op die verbetering van die gesin se lewenskwaliteit en om die geïnfekteerde persoon te help om die proses van verandering deur te gaan sonder skuldgevoelens en met die wete dat die gesin steeds sal bly voortbestaan na daardie persoon se dood.

Hoffman (1996:120) meen dat wanneer 'n persoon MIV-positief gediagnoseer word dit nodig is om toekomstige doelstellings te herdefinieer om by die huidige situasie aan te pas. Toekomstige doelstellings sal die kliënt motiveer en sal rigting aandui in daardie persoon se lewe. Aangesien die kliënt wat MIV-positief is nog vir 'n aantal jare produktief kan leef is dit belangrik dat die berader aandag skenk aan hierdie aspek. Daar behoort verder ook gelet te word op die fase van MIV waar dit vir die kliënt onmoontlik sal wees om 'n produktiewe lewe te lei, en hoe dit haar selfwaarde sal affekteer.

4.7.2 Berading vir die Man

In die *United Nations Programme on HIV/Aids* se dokument *Men and Aids- a Gendered Approach* (2000:6) word daar genoem dat daar te veel vinger gewys word na mans wanneer dit kom by die voorkoming en verspreiding van MIV. Dit blyk dat daar aan die einde van 1999 10 miljoen MIV-positiewe mans in Afrika was, in vergelyking met die 7.5 miljoen geïnfecteerde mans in die res van die wêreld. Die vraag ontstaan waarom daar so dikwels vinger gewys word na Afrika-mans. Die navorser wil die volgende moontlike redes vir laasgenoemde aanvoer:

- Afrika-mans het met meer vroue omgang as wat Afrika-vroue met mans het aangesien dit kultureel aanvaarbaar is vir 'n man om meer as een vrou te hê, terwyl daar van vroue verwag word om getrou te wees aan een man
- Afrika-mans het 'n negatiewe houding teenoor die gebruik van kondome en ander wyses waarop die oordraging van MIV voorkom kan word
- Afrika-mans laat vroue dikwels sonder 'n keuse wat seksuele gedrag aanbetref aangesien Afrika-vroue as die mindere beskou word
- Afrika-mans weier dikwels om deel te neem aan voorkomende en ander MIV-programme na aanleiding van hul houdings en oortuigings
- Afrika-mans plaas dikwels alle verantwoordelikheid en skuld wat MIV aanbetref op die vrou, wat veroorsaak dat die Afrika-man se deelname in en versorging van die MIV-gesin minimaal is
- Die Afrika-man is dikwels die eerste draer van MIV in die gesin wat veroorsaak dat die vrou en moontlik ook van die kinders later geïnfecteer word.

Bogenoemde is volgens die navorser die redes waarom daar so dikwels vinger gewys word na Afrika-mans, maar Afrika-mans ervaar ook ernstige probleme en lyding as gevolg van MIV/Vigs. Soos by vroue word Afrika-mans ook beperk deur tradisionele oortuigings en verwagtinge wat dikwels misleidend is. Die realiteit dat mans wel 'n groot verskil kan maak deur middel van opvoeding en gedragsverandering kan egter nie opsy geskuif word nie. Hoffman (1996:59) meen net soos wat elke individu se lewenssituasie uniek is, die lewenssituasie van die kliënt met MIV/Vigs ook van persoon tot persoon sal verskil. Die Afrika-man behoort dus as individu benader te word met inagnome van sy oortuigings, houding en waardes wat van die van die vrou mag verskil

as gevolg van geslagsongelykheid. Die navorser is oortuig dat die assessering van die volgende aspekte soos deur bogenoemde outeur uitgelig, die berader sal help om ook die man as individu te benader:

- Is die kliënt ontsteld oor die wyse waarop sy MIV bekom het
- Hoe sien die kliënt die bepaalde tydsfase van MIV in sy lewe
- Watter rolverandering het voorgekom
- Hoe sien die kliënt die verloop van die siekte
- Waar verkeer die kliënt betreffende die aanvaarding van die siekte.

Deur assessering van bogenoemde sal die berader insig kan ontwikkel in die situasie waarin die Afrika-man homself bevind, en dus die individu binne sy kulturele, seksuele en sosiale oortuigings wat verskeie probleme en blamering meebring, kan verstaan. Die berader kan deur bogenoemde ook bepaal waar die meeste veranderinge in die kliënt se lewe voorgekom het en die kliënt help om weer verandering aan te bring wat sy lewenskwaliteit en die van sy gesin kan verbeter.

Aangesien meeste MIV-beraders se empatie by die geïnfekteerde vrou en kinders lê, en hierdie persone die sogenaamde “onskuldige slagoffers” is, meen die navorser dat die MIV-berader ‘n paradigma verskuiwing behoort te maak vanaf die “onskuldige slagoffer/skuldige draer” na die individu as unieke mens met sy eie kragte en swakhede ten spyte van geslag, ras of ouderdom. In die *United Nations Programme on HIV/Aids* se dokument *Men and Aids- a Gendered Approach* (2000:9) word die verdere redes aangevoer vir waarom daar meer gefokus behoort te word op mans:

- Die man se gesondheid is van groot belang tog ontvang mans onvoldoende aandag
- Mans se gedrag maak hul meer vatbaar om MIV op te doen (hoewel die vrou biologies meer kwesbaar is)
- Mans se gedrag plaas vroue onder risiko om MIV op te doen
- Onveilige seks tussen mans plaas vroue sowel as mans onder risiko om MIV op te doen
- Mans het nodig om meer aandag te skenk aan MIV/Vigs aangesien dit negatiewe gevolge inhou vir die gesin in geheel.

‘n Belangrike terapeutiese taak na aanleiding van bogenoemde sou wees om ook die man met MIV/Vigs te help om nie net ‘n beter lewenskwaliteit te onderhou nie, maar ook ‘n betekenisvolle lewenssituasie te ervaar. Afrika-mans met MIV asook nie-geïnfekteerde mans behoort aangemoedig te word om ‘n groter rol te speel in die versorging van kinders en siek gesinslede. Die man het soos die vrou ook belangrike rolle om te vervul as eggenoot, vader, seksmaat en broodwinner. Gedurende berading met die MIV-positiewe man behoort die volgende aspekte volgens die navorser aangespreek te word:

- Die stereotipe beeld van manlikheid onder Afrikane
- Die oordra van inligting aan die man ten einde die realiteite van MIV duidelik te maak
- Die impak van die man se gedrag, veral seksuele gedrag en die gevolge daarvan vir die gesin
- Die man se verhouding met en houding teenoor vroue
- Die voorkoming van die verspreiding van MIV
- Die Afrika-man en geweld, veral in die konteks van MIV/Vigs
- Gesondheidsbevorderende gedrag by Afrika-mans.

Uit bogenoemde samevatting is dit duidelik dat die benadering wat gevolg sal word deur die MIV-berader ten opsigte van mans in ‘n mate sal verskil van die benadering ten opsigte van vroue. Waar Afrika-vroue reeds ‘n stap geneem het in hul bereidwilligheid om mediese dienste, opvoeding en hulpverlening te ontvang waar dit wel beskikbaar is, het baie Afrika-mans steeds ‘n agterstand. Die MIV-berader wat suksesvol is in die betrekking van heteroseksuele Afrika-man by die beradingsproses behoort bogenoemde altyd in ag te neem, en dus te poog om die man eerder as individu binne sy kulturele konteks te beskou in plaas van die “draer van die virus” soos wat baie beraders dit sien in die Afrika-konteks.

4.7.3 Egpaar berading

In die *United Nations Programme on HIV/Aids* se dokument *Counselling and HIV/Aids* (1997:4) word daar genoem dat berading soms voorsien word aan seksmaats wat instem om sessies saam by te woon. Berading help hier om misverstande tussen twee persone op

te los, aangesien situasies waar een of albei van die maats MIV-positief getoets het soms kan aanleiding gee tot geweld, veral teen vroue. Berading kan ook in die vorm van voor- en natoets-berading aan pare voorsien word wanneer een of albei MIV-toetsing ondergaan. MIV-berading kan ook voorsien word as deel van voorhuwelikse berading.

Hoewel bogenoemde uitvoerbaar klink behoort geslagsverskille opgeweeg te word, veral in die Afrika-konteks. Volgens Williams (2000:124) is dit nodig om te let op strategieë wat die nodige vennootskap tussen mans en vroue sal versterk en vroue dus nie altyd deur hul seksmaats/eggenote beskuldig sal word waar MIV/Vigs in die gesin voorkom nie. Laasgenoemde outeur noem dat samewerking ten einde bogenoemde te bereik nodig is. Die navorser se ervaring hiervan is dat samewerking wel van Afrika-vroue ontvang word, maar dat Afrika-mans hulself dikwels onttrek. Die navorser is ook nie seker oor hoe die vennootskap tussen Afrika-mans en -vroue versterk kan word waar die man steeds glo dat die vrou minderwaardig is nie, selfs al sou daar gedurende berading gepoog word om die man tot ander insigte te bring. Die navorser is van mening dat hierdie vennootskap en samewerking tussen mans en vroue slegs kan begin by die opvoeding van adolessente en kinders wat die toekomstige egpare en seksmaats sal wees. Die huidige realiteit kan egter nie ontken word nie, en die MIV-berader word gekonfronteer met die moeilike taak om Afrika-mans en -vroue met MIV/Vigs by te staan deur middel van egpaar berading, self al kan daar net klein verskille aangebring word om die lewenskwaliteit van hierdie persone te verbeter.

4.7.4 Berading vir Kinders en Adolessente

Behalwe vir kinders wat self MIV-positief is, is daar ook die kinders met een of beide ouers wat MIV-positief is, of reeds gesterf het. Hierdie kinders het spesiale behoeftes wat tydens berading aangespreek kan word. Laasgenoemde behoeftes sluit volgens *United Nations Programme on HIV/Aids* se dokument *Counselling and HIV/Aids* (1997:4) in:

- Emosionele trauma waar kinders hul ouers sien siek word en ouers later sterf
- Diskriminasie vanaf ander kinders en volwassenes

- Emosionele bekommernisse oor hul eie siekte.

Die navorser se opinie aangaande berading vir kinders is dat dit beter is om kinders te verwys na gespesialiseerde dienste, byvoorbeeld na 'n spelterapeut met die nodige agtergrond van MIV/Vigs. Die navorser neem hierdie standpunt in aangesien sy dikwels in die praktyk waarneem dat kinders nie die nodige aandag ontvang nie aangesien die berader kinders hoofsaaklik kan betrek by gesinsterapie, maar nie altyd die tyd of geleentheid gebied word om spesifiek op kinders in die gesin te fokus nie. Hierdie kinders sal later groot aanpassings moet maak, wat byvoorbeeld pleegsorg en selfs aanneming kan insluit. Berading vir kinders is dus 'n gespesialeseerde veld opsigself aangesien daar soveel verskille tussen berading vir volwassenes en vir kinders bestaan. Die gevallelading is ook van so aard dat beskikbare MIV-beraders dikwels geen ander keuse het as om kinders te verwys nie.

Wat berading vir adolessente aanbetref fokus literatuur en voorkomingsprogramme hoofsaaklik op risiko gedrag wat kan aanleiding gee tot infektering. Ouer kinders benodig veral berading ten opsigte van seksuele sake, en dus die vermyding van risiko gedrag. Waar die adolessent se ouer(s) MIV-positief is word daar spesifiek na hanteringsmeganismes en wyses vir aanpassing gekyk met spesifieke inagnome van die kliënt se lewensfase. Daar word veral gepoog om depressie, negatiewe uit-reagering, die superkind sindroom, ontrekking en misdadige gedrag soos in hoofstuk drie bespreek, te voorkom. Volgens die navorser lê die grootste risiko vir MIV-infektering nie noodwendig by daardie adolessente wie se ouers MIV/Vigs het nie, maar juis by daardie adolessente wat nie gekonfronteer word met die erns van die verspreiding van MIV nie. In die *United Nations Programme on HIV/Aids* se gids *Talking about Aids* (1999:7) word daar veral gefokus op adolessente en die gevare van dwelms, die gebruik van kondome, die reg om nee te sê, om kennis te bekom ten opsigte van MIV/Vigs en hierdie kennis oor te dra aan hul portuurgroep. Volgens die navorser fokus programme hoofsaaklik op die beskerming van die adolessent se liggaam deur die oordra van inligting, maar of hierdie vorm van intervensie suksesvol is word deur sommige outeurs betwyfel. Wolf, Tawfik en Bond (2000:64) stel die volgende vrae wat volgens hierdie outeurs daarop dui dat

volledige evaluering van gesondheids- en reprodktiewe programme vir adolessente nodig is:

- Waarheen/na wie gaan adolessente om inligting te bekom
- Hoe word adolessente gelei om te gesels, om vir ander om te gee, te modelleer en aangemoedig om veilige seksuele gedrag te handhaaf
- Hoe hou sosiale netwerke en verhoudings verband met aanneming van veiliger gedrag en persepsies van risiko
- Hoe beweeg program boodskappe deur gemeenskappe
- Met wie gesels die portuurgroep opvoeders
- Watter dienste word werklik gelewer aan adolessente.

Deur assessering van hierdie aspekte is die navorser van mening dat die berader by die adolessent se vlak van kennis en insig sal kan aansluit, 'n lys kan opstel vir die verwysing van adolessente wat ernstige probleme ervaar, en gemakliker met die adolessent sal kommunikeer in die spesifieke taal wat deur adolessente gebruik en verstaan word. Weereens wil die navorser daarop wys dat gevallelading in Suid-Afrika veroorsaak dat dit hoofsaaklik MIV-geïnfekteerde persone is wat hulp ontvang vanaf die MIV-berader en programme ten opsigte van die voorkoming en voorkoms van MIV/Vigs by adolessente selde gesien word as die taak van die individuele MIV-berader. Aangesien die taak vir opvoeding van adollesente oorgelaat word aan instansies soos skole, sou dit weereens beteken dat betrokke persone opgelei behoort te word as MIV-beraders, en in hierdie geval kan veral onderwysers 'n belangrike rol speel. Die ideaal sou egter wees dat MIV-beraders sal spesialiseer om spesifiek hulp te verleen aan adolessente met MIV asook adolessente met geïnfekteerde ouers en adolessente wat risiko gedrag onderhou, aangesien nie alle persone kommunikasie met adolessente suksesvol kan bewerkstellig nie.

4.8 Samevatting

In hierdie hoofstuk het die navorser hoofsaaklik gekyk na wat MIV-berading is en wie betrek kan word as MIV-beraders. Voortoets-berading, natoets-berading die tussen-fase en sterwensbegeleiding vorm ook 'n deurlopende proses waar assessering van die kliënt

‘n groot rol speel in die bepaling van die tipe intervensie wat deur die berader gevolg sal word om die kliënt by te staan. Daar is verskeie vorme van intervensie wat geïntegreer kan word ten einde probleme wat ervaar word deur die kliënt en betekenisvolle ander aan te spreek, en die berader kan ook modelle soos die gesondheidsoortuiging model en die transteoretiese model as basis van intervensie benut. Die opleiding van MIV-beraders in Suid-Afrika behoort bogenoemde in te sluit by die opleiding van professionele sowel as leke beraders. Die betrekking van veral vrywilligers soos Afrika-vroue wat opgelei kan word as leke beraders is van belang wanneer daar gekyk word na die groot getalle persone met MIV in Suid-Afrika wat hierdie beradingsdienste benodig. Die samestelling van ‘n volledige opleidingsprogram kan dan gesien word as een van die belangrike prioriteite vir maatskaplike werkers in samewerking met ander relevante professies in Suid-Afrika.