

***AFRIKA-VROUE EN MIV/VIGS: ‘N
MAATSKAPLIKEWERK PERSPEKTIEF***

deur

PETRA AUSTIN

*voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die
vereistes vir die graad*

MAGISTER ARTIUM IN

MAATSKAPLIKE WERK

in die

FAKULTEIT GEESTESWETENSKAPPE

DEPARTEMENT MAATSKAPLIKE WERK

aan die

UNIVERSITEIT VAN PRETORIA

SUPERVISOR: DR. C.L. CARBONATTO

OKTOBER 2002

Dankbetuiging

Graag wil ek my dank teenoor die volgende persone en instansies uitspreek.

- Dr. C.L. Carbonatto, my studieleier wat my met kennis en insig van die onderwerp bygestaan het.
- Die personeellede van die Immunologie Kliniek van Kalafong Hospitaal (waar hierdie studie onderneem is) vir hul hulpvaardigheid en raad.
- Die Navorsingskomitee van die Departement van Maatskaplike Werk (Universiteit van Pretoria) en die Etiese Komitees van die Geesteswetenskap en Gesondheidswetenskap Fakulteite (Universiteit van Pretoria) waardeur toestemming bekom is om die studie te onderneem.
- Die Universiteit van Pretoria sowel as die Nasionale Navorsing Stigting (National Research Foundation/NRF) waardeur beurse voorsien is om die uitvoering van hierdie studie moontlik te maak.

SUMMARY

AFRICAN WOMEN AND HIV/AIDS: A SOCIAL WORK PERSPECTIVE

CANDIDATE : PETRA AUSTIN
DEPARTMENT : SOCIAL WORK, UNIVERSITY OF PRETORIA
SUPERVISOR : DR. C.L. CARBONATTO
DEGREE : M.A. (S.W.)

This study is aimed at exploring the psychosocial needs and problems experienced by black African women with HIV/AIDS and their families. In order to address these needs and problems it is necessary to determine what HIV/AIDS is, how it is transmitted and what the reasons may be for African women's vulnerability to acquire HIV. Since the family members of the African woman with HIV/AIDS is also affected by the appearance of the illness it is important to look at needs and problems that may arise in the family. Addressing both the needs of the African woman with HIV/AIDS and that of the family members is of great importance, since these problems cannot be separated and addressed individually.

The research methodology applied in this study was firstly defined, after which the various literature chapters followed with descriptions of important concepts and the discussion of HIV/AIDS related aspects. The abovementioned provide the necessary background and knowledge whereby insight of the needs and problems experienced by African women with HIV/AIDS and their families is possible, as well as how these needs can be addressed.

Research findings were schematically represented and thoroughly discussed to determine if there were any comparisons with the assumptions of the study that indicate that African women with HIV/AIDS and their families experience financial- and psychosocial

problems because of HIV/AIDS, and serious pressure is placed on them because of these problems. Some guidelines for HIV-counselling were also compiled by integrating the literature study, the research findings and experience in practice. These guidelines show that there are various problems in the different phases of HIV-counselling, that demand specific knowledge and insight from the counsellor in addressing these needs.

Lastly a general summary, conclusions and recommendations were made with reference to relevant findings of the study. It was found that specific sexual behaviour among African men and women promote the rapid spread of HIV, and that African men and women should be empowered to prevent the spreading of HIV through relevant information. It also seemed that social welfare organisations are not visible in affected communities and should promote the services they deliver by introducing these services into the affected communities.

LIST OF KEY TERMS

Social Work

Human Immunodeficiency Virus (HIV)

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)

Medical stages of HIV/AIDS

Anti-retroviral medication

African women and HIV/AIDS

Pshychosocial aspects of HIV/AIDS

Cultural factors and HIV/AIDS

The HIV/AIDS-family

HIV-counselling.

OPSOMMING

AFRIKA-VROUE EN MIV/VIGS: 'N MAATSKAPLIKEWERK PERSPEKTIEF

KANDIDAAT : PETRA AUSTIN
DEPARTEMENT : MAATSKAPLIKE WERK, UNIVERSITEIT VAN PRETORIA
STUDIELEIER : DR. C.L. CARBONATTO
GRAAD : M.A. (M.W.)

Hierdie studie is gerig op die eksplorering van die psigososiale behoeftes en probleme wat deur swart Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul gesinslede ervaar word. Ten einde hierdie behoeftes en probleme aan te spreek is dit nodig om te bepaal wat MIV/Vigs is, hoe dit oorgedra word en watter redes aangevoer kan word vir die kwesbaarheid van die Afrika-vrou om MIV op te doen. Aangesien die Afrika-vrou met MIV/Vigs se gesin ook geaffekteer word as gevolg van die voorkoms van MIV/Vigs, word daar verder gelet op behoeftes en probleme wat in die gesin mag voorkom. Die aanspreek van beide die behoeftes van die Afrika-vrou met MIV/Vigs en haar gesinslede is van groot belang aangesien hierdie sisteme nie van mekaar geskei kan word om probleme afsonderlik aan te spreek nie.

Die navorsingsmetodologie wat toegepas is in hierdie studie is eerstens omskryf, waarna daar verskeie literatuurhoofstukke volg waarin belangrike begrippe omskryf is en MIV/Vigs-verbandhoudende aspekte bespreek is. Bogenoemde voorsien die nodige agtergrond en kennis waardeur insig bekom kan word van watter behoeftes en probleme deur die Afrika-vrou met MIV/Vigs en haar gesin ervaar word en hoe hierdie behoeftes moontlik aangespreek kan word.

Navorsingsbevindings is skematies voorgestel en volledig bespreek ten einde te bepaal of daar ooreenstemming is met die stellings van hierdie studie wat aandui dat Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul gesinne finansiële-, psigososiale- en maatskaplike probleme ervaar

as gevolg van die voorkoms van MIV/Vigs, en dat ernstige druk en spanning op die Afrika-vrou en haar gesinslede geplaas word as gevolg van hierdie probleme. 'n Riglyn vir MIV-berading is ook saamgetel na aanleiding van die integrering van navorsingsbevindings, die literatuurstudie en ervaring vanuit die praktyk. Hierdie riglyn dui aan dat daar in die verskillende fases van MIV-berading verskeie behoeftes en probleme mag voorkom wat spesifieke kennis en insig vanaf die berader vereis ten einde die Afrika-vrou met MIV/Vigs en haar gesin by te staan in die aanspreek van hierdie behoeftes.

Ten slotte word 'n algemene samevatting, gevolgtrekkings en aanbevelings gemaak na aanleiding van relevante bevindings vanuit die studie. Daar is gevind dat spesifieke seksuele gedrag onder Afrika-mans en -vroue bydra tot die vinnige verspreiding van MIV, en dat Afrika-mans en -vroue bemagtig kan word ten einde die verspreiding van MIV te voorkom deur middel van relevante inligting. Dit het ook voorgekom asof maatskaplikewerk organisasies onsigbaar is in geaffekteerde gemeenskappe en dienslewering kan bevorder deur hierdie dienste aan geaffekteerde gemeenskappe bekend te stel.

LYS VAN SLEUTEL TERME

Maatskaplike Werk

Menslike Immuniteitsgebrek Virus (MIV)

Verworwe Immuniteitsgebreksindroom (Vigs)

Mediese fases van MIV/Vigs

Anti-retrovirale medikasie

Afrika-vroue en MIV/Vigs

Psigososiale aspekte van MIV/Vigs

Kulturele faktore en MIV/Vigs

Die MIV/Vigs-gesin

MIV-berading.

INHOUDSOPGAWE

BLADSY NO.

DANKBETUIGING.....	i
SUMMARY	ii
OPSOMMING	iv
INHOUDSOPGAWE	vi
LYS VAN TABELLE	xviii
LYS VAN FIGURE	xix

HOOFSTUK 1

ALGEMENE INLEIDING

1.1 INLEIDING.....	1
1.2 MOTIVERING VIR KEUSE VAN ONDERWERP.....	2
1.2.1 WÊRELDWYE AFMETINGS VAN MIV/VIGS	2
1.2.2 DIE WITSKRIF VIR MAATSKAPLIKE WELSYN/DIE WITSKRIF VIR DIE TRANSFORMASIE VAN DIE GESONDHEIDSISTEEM IN SUID-AFRIKA	3
1.2.3 DIE IMPAK VAN MIV/VIGS OP DIE GEÏNFEKTEERDE EN HAAR GESIN	4
1.3 PROBLEEMFORMULERING	5
1.4 DOELSTELLING EN DOELWITTE	7
1.5 STELLINGS VIR STUDIE.....	8
1.6 NAVORSINGSBENADERING	8
1.7 SOORT NAVORSING.....	9
1.8 NAVORSINGSONTWERP	9

1.9 NAVORSINGSPROSEDURE EN WERKWYSE.....	10
1.9.1 DATA VERSAMELINGSMETODE	10
1.9.2 DATA KODERING, VERWERKING, PROESSERING, ANALISE EN INTERPRETASIE	11
1.10 VOORONDERSOEK.....	12
1.10.1 LITERATUURSTUDIE.....	12
1.10.2 KONSULTASIE MET KUNDIGES	13
1.10.3 UITVOERBAARHEID VAN DIE ONDERSOEK	14
1.10.4 VOOR-TOETSING VAN VRAELYSTE/MEET INSTRUMENTE	15
1.11 OMSKRYWING VAN UNIVERSUM, AFBAKENING VAN STEEKPROEF, EN WYSE VAN STEEKPROEFNEMING.....	16
1.11.1 OMSKRYWING VAN UNIVERSUM.....	16
1.11.2 AFBAKENING VAN STEEKPROEF.....	16
1.11.3 WYSE VAN STEEKPROEFNEMING	17
1.12 BEPERKINGS VAN DIE STUDIE	17
1.13 DEFINISIES VAN HOOFKONSEPTE	18
1.13.1 AFRIKA-VROU	18
1.13.2 MIV.....	19
1.13.3 MAATSKAPLIKE WERKER.....	19
1.13.4 VIGs/AIDS.....	20
1.14 INDELING VAN NAVORSINGSVERSLAG.....	21

HOOFSTUK 2

TEORETIESE FUNDERING VIR MIV/VIGS AS VERSKYNSEL EN DIE MEDIESE ASPEKTE WAT MET MIV/VIGS VERBAND HOU

2.1 INLEIDING	22
2.2 ONSTAAN VAN MIV.....	23

2.3 LYS VAN MEDIESE TERMINOLOGIE.....	25
2.4 HOOFKONSEPTE	28
2.4.1 VIRUS	28
2.4.2 MENSLIKE IMMUNITEITSGEBREK VIRUS (MIV)	28
2.5 KLINIESE BEELD VAN MIV/VIGS	30
2.5.1 WYSES VAN OORDRAGING VAN MIV.....	30
2.5.1.1 <i>Infektering na aanleiding van seksuele omgang.....</i>	<i>31</i>
2.5.1.2 <i>Infektering na aanleiding van blootstelling aan geïnfekteerde bloed.....</i>	<i>31</i>
2.5.1.3 <i>Infektering van die fetus en baba deur die moeder.....</i>	<i>32</i>
2.5.2 MIV-TOETSING	33
2.5.3 FASES IN MIV/VIGS	34
2.5.3.1 <i>Venster periode.....</i>	<i>35</i>
2.5.3.2 <i>Inkubasie periode.....</i>	<i>37</i>
2.5.3.3 <i>Die Asimptomatiese Fase.....</i>	<i>38</i>
2.5.3.4 <i>Die Vroeë Simptomatiese Fase/Vroeë MIV.....</i>	<i>39</i>
2.5.3.5 <i>Die Laat Simptomatiese Fase/Laat MIV.....</i>	<i>39</i>
2.5.3.6 <i>Vigs (Full Blown Aids)/Terminale Fase.....</i>	<i>41</i>
2.5.4 VOORKOMS VAN OPPERTUNISTIESE SIEKTES VOOR DIE TERMINALE FASE	42
2.5.4.1 <i>Orale Candidiasis.....</i>	<i>42</i>
2.5.4.2 <i>Retinitus.....</i>	<i>43</i>
2.5.4.3 <i>Seksueel oordraagbare siektes (SOS)</i>	<i>44</i>
2.5.5 VOORKOMS VAN OPPERTUNISTIESE SIEKTES TYDENS DIE TEMINALE FASE	46
2.5.5.1 <i>Kaposi's sarcoma (KS)</i>	<i>46</i>
2.5.5.2 <i>Tuberkulose (TB)</i>	<i>49</i>
2.5.5.3 <i>Pneumocystis pneumonie</i>	<i>50</i>
2.5.5.4 <i>Servikale kanker.....</i>	<i>51</i>
2.6 ANTI-RETROVIRALE MEDIKASIE EN DIE ONTWIKKELING VAN 'N MIV- ENTSTOF IN SUID-AFRIKA.....	52
2.6.1 ANTI-RETROVIRALE MIDDELS.....	53

2.6.1.1 AZT.....	53
2.6.1.2 Nevirapien.....	55
2.6.2 DIE ONTWIKKELING VAN 'N MIV-ENTSTOF IN SUID-AFRIKA	59
2.6.3 “LIVING POSITIVELY”	60
2.7 SAMEVATTING.....	61

HOOFSTUK 3

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

3.1 INLEIDING.....	63
3.2 MIV/VIGS IN AFRIKA EN SUID-AFRIKA.....	64
3.3 DIE AFRIKA-VROU SE KWESBAARHEID VIR MIV/VIGS.....	66
3.4 REDES VIR DIE AFRIKA-VROU SE KWESBAARHEID VIR MIV/VIGS	68
3.4.1 DIE VROU SE BIOLOGIESE KWESBAARHEID	68
3.4.2 DIE GEBRUIK VAN KONDOME	70
3.4.3 KULTURELE DETERMINANTE.....	71
3.4.4 AANPASSING BY SWAK EKONOMIESE TOESTANDE	74
3.4.5 MISDAAD IN SUID-AFRIKA.....	76
3.5 DIE IMPAK VAN MIV/VIGS OP GEÏNFEKTEERDE, INDIVIDUELE LEDE VAN DIE GESIN	78
3.5.1 DIE VROU	78
3.5.1.1 <i>Stigmatisering van die vrou.....</i>	<i>78</i>
3.5.1.2 <i>Gesondheids- en welsynsdienste vir die vrou met MIV in Suid-Afrika.....</i>	<i>79</i>
3.5.1.3 <i>Die swanger vrou en reproduksie-regte.....</i>	<i>81</i>
3.5.1.4 <i>Die vrou se gevoelservaring rondom MIV.....</i>	<i>83</i>
3.5.2 DIE MAN	84
3.5.2.1 <i>Stigmatisering van die man.....</i>	<i>84</i>
3.5.2.2 <i>Diagnose, prognose en mediese behandeling van MIV by die man.....</i>	<i>85</i>

3.5.2.3 Die heteroseksuele man se gevoelservaring rondom MIV.....	87
3.5.3 DIE ADOLESSENT	88
3.5.4 DIE MIV/VIGS-BABA	90
3.6 DIE MIV/VIGS GESIN.....	94
3.6.1 ROLVERVULLING BINNE DIE MIV/VIGS-GESIN.....	98
3.6.2 DIE OUER EN VERSORGER.....	98
3.6.3 DIE KIND	100
3.6.4 DIE ADOLESSENT	102
3.6.4.1 <i>Depressie</i>	102
3.6.4.2 <i>Uit-reagering</i>	103
3.6.4.3 <i>Die Superkind</i>	103
3.6.4.4 <i>Ontrekking</i>	103
3.6.4.5 <i>Misdaad</i>	104
3.6.4.6 <i>Onvoltooide skoolopleiding</i>	104
3.7 SAMEVATTING.....	105

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.....	106
4.2 DEFINISIES VAN HOOFKONSEPTE	107
4.2.1 AFRIKA-KULTUUR	107
4.2.2 ASSESSERING	107
4.2.3 BERADING.....	108
4.2.4 GEDRAGSVERANDERING.....	108
4.3 BENADERINGS TOT GEDRAGSVERANDERING	119
4.3.1 OORTUIGINGS.....	110
4.3.2 HOUDING	110

4.3.3 WAARDES	111
4.4 DIE GESONDHEIDSOORTUIGINGS MODEL	112
4.5 DIE MIV-BERADER.....	113
4.5.1 MAATSKAPLIKE WERKERS AS MIV-BERADERS	114
4.5.2 PROFESSIONELE BERADERS UIT ANDER DISSIPLINES	115
4.5.3 AFRIKA-VROUE AS LEKE BERADERS	115
4.5.4 OPLEIDING VAN MIV-BERADERS	117
4.5.5 BESKIKBAARHEID VAN MIV-BERADERS.....	119
4.6 MIV-BERADING.....	119
4.6.1 VOORTOETS-BERADING	120
4.6.2 NATOETS-BERADING	124
4.6.2.1 <i>Die Positiewe toets uitslag</i>	125
4.6.2.2 <i>Die Negatiewe toets uitslag</i>	127
4.6.3 BERADING GEDURENDE DIE TUSSEN-FASE.....	128
4.6.3.1 <i>Bekendmaking</i>	129
4.6.3.2 <i>Assessering van die kliënt</i>	131
4.6.3.3 <i>Hanteringsmeganismes</i>	132
4.6.3.3.1 <i>Probleem-gefokusseerde hantering</i>	133
4.6.3.3.2 <i>Emosie-gefokusseerde hantering</i>	134
4.6.3.3.3 <i>Positiewe hantering</i>	135
4.6.3.4 <i>Gedragsverandering</i>	137
4.6.4 STERWENSBEGELEIDING	139
4.6.4.1 <i>Eerste fase: Ontkenning en Isolasië</i>	140
4.6.4.2 <i>Tweede fase: Woede</i>	141
4.6.4.3 <i>Derde fase: Onderhandeling</i>	141
4.6.4.4 <i>Vierde fase: Depressie</i>	142
4.6.4.5 <i>Vyfde fase: Aanvaarding</i>	142
4.7 BERADING MET SPESIFIEKE KLIËNTE	144
4.7.1 BERADING VIR VROUE EN SWANGER VROUE.....	145

4.7.2 BERADING VIR DIE MAN	147
4.7.3 EGPAAR BERADING.....	149
4.7.4 BERADING VIR KINDERS EN ADOLESSENTE.....	150
4.8 SAMEVATTING.....	152

HOOFSTUK 5

EMPIRIESE BEVINDINGS

5.1 INLEIDING.....	154
5.2 NAVORSINGSMETODOLOGIE.....	154
5.3 DATA VERSAMELING, PROSESSERING, ANALISE EN INTERPRETERING	155
5.4 NAVORSINGSBEVINDINGS.....	156
5.4.1 BIOGRAFIESE GEGEWENS.....	156
5.4.1.1 <i>Huistaal</i>	156
5.4.1.2 <i>Ouderdomsverspreiding</i>	157
5.4.1.3 <i>Huidige posisie in gesin</i>	158
5.4.1.4 <i>Vlak van skool- en tersiëre opleiding</i>	159
5.4.1.5 <i>Beroep</i>	160
5.4.1.6 <i>Hoof van gesin</i>	161
5.4.1.7 <i>Huwelikstatus</i>	162
5.4.2 HUISLIKE EN FINANSIËLE GEGEWENS.....	163
5.4.2.1 <i>Behuisingsomstandighede</i>	163
5.4.2.2 <i>Kwaliteit van behuising</i>	165
5.4.2.3 <i>Bron van inkomste</i>	168
5.4.2.4 <i>Maandelikse inkomste</i>	169
5.4.2.5 <i>Finansiële uitgawes</i>	170
5.4.2.6 <i>Finansiële onderhoud van gesin na afsterwe van respondent</i>	171
5.4.3 PSIGOSOSIALE ASPEKTE VAN BEKENDMAKING.....	173
5.4.3.1 <i>Bekendmaking van MIV-status</i>	173

5.4.3.2	<i>Volgorde van bekendmaking</i>	174
5.4.3.3	<i>Reaksie op bekendmaking</i>	176
5.4.3.4	<i>Invloed van MIV-status op verhoudings</i>	178
5.4.3.5	<i>Gevoelens na aanleiding van bekendmaking</i>	179
5.4.4	SEKSUELE VERHOUDINGS EN SWANGERSKAP.....	181
5.4.4.1	<i>Aantal seksmaats</i>	182
5.4.4.2	<i>Seksuele gedrag</i>	183
5.4.4.3	<i>Afrika-mans en die gebruik van kondome</i>	185
5.4.4.4	<i>Beplanning van swangerskap</i>	187
5.4.4.5	<i>Keuses by moontlike voorkoms van swangerskap</i>	188
5.4.4.6	<i>Versorging van kinders na afsterwe van respondent</i>	191
5.4.5	MEDIESE ASPEKTE	193
5.4.5.1	<i>Typperk vanaf diagnose</i>	193
5.4.5.2	<i>Aspekte wat aanleiding gegee het tot MIV-toetsing</i>	194
5.4.5.3	<i>Huidige mediese toestand</i>	196
5.4.5.4	<i>Mediese simptome</i>	197
5.4.5.5	<i>CD4 seltellings</i>	200
5.4.5.6	<i>Ervaring van persoon wat MIV-toets resultaat bekend gemaak het</i>	201
5.4.5.7	<i>Instansies vir mediese behandeling</i>	203
5.4.6	EMOSIONELE EN PSIGOSOSIALE ASPEKTE VAN MIV/VIGS.....	204
5.4.6.1	<i>Gevoelens tydens diagnose en huidige gevoelens</i>	204
5.4.6.2	<i>Gevoelens rondom die toekoms en die dood</i>	208
5.4.6.3	<i>Hanteringsmeganismes</i>	209
5.4.7	BERADINGSBEHOEFTE VAN RESPONDENTE	212
5.4.7.1	<i>Beradingsdienste in gemeenskappe</i>	212
5.4.7.2	<i>Tydperk van berading</i>	213
5.4.7.3	<i>Die aanspreek van risiko gedrag</i>	215
5.4.7.4	<i>Tydperk van verandering van risiko gedrag</i>	216
5.4.7.5	<i>Potensiële MIV-beraders</i>	218
5.4.7.6	<i>Kulturele voorkeure tydens berading</i>	219
5.4.7.7	<i>Verwagtinge gestel aan MIV-berader</i>	220

5.4.7.8 <i>Sterwensbegeleiding</i>	221
5.4.7.9 <i>Aspekte van bespreking tydens sterwensbegeleiding</i>	222
5.4.7.10 <i>Berading aan gesins- en familielede na afsterwe van die respondent</i>	223
5.5 SAMEVATTING	226

HOOFSTUK 6

RIGLYN VIR MIV-BERADING

6.1 INLEIDING	228
6.2 VOORTOETS-BERADING	228
6.2.1 NAGAANLYS VIR VOORTOETS-BERADING.....	233
6.3 NATOETS-BERADING	234
6.3.1 DIE MIV-POSITIEWE TOETS UITSLAG.....	234
6.3.2 NAGAANLYS BY DIE MIV-POSITIEWE TOETS UITSLAG	236
6.3.3 DIE MIV-NEGATIEWE TOETS UITSLAG	237
6.3.4 NAGAANLYS VIR DIE MIV-NEGATIEWE TOETS UITSLAG	238
6.4 DIE TUSSEN-FASE	238
6.4.1 VERWYSING NA RELEVANTE DIENSTE.....	239
6.4.2 RISIKO GEDRAG, GEDRAGSVERANDERING EN HANTERINGSMEGANISMES	241
6.4.2.1 <i>Nagaanlys vir gedragsverandering en hanteringsmeganismes</i>	248
6.4.3 SWANGERSKAP.....	248
6.4.3.1 <i>Nagaanlys vir swangerskap</i>	250
6.4.4 BEKENDMAKING EN DIE INVLOED VAN MIV OP VERHOUDINGS MET BETEKENISVOLLE ANDER.....	250
6.4.4.1 <i>Nagaanlys vir bekendmaking</i>	254
6.5 STERWENSBEGELEIDING	255
6.5.1 FASES IN DIE STERWENSPROSES.....	257
6.5.1.1 <i>Eerste fase: Ontkenning en Isolasië</i>	257
6.5.1.2 <i>Tweede fase: Woede</i>	257

6.5.1.3 <i>Derde fase: Onderhandeling</i>	258
6.5.1.4 <i>Vierde fase: Depressie</i>	259
6.5.1.5 <i>Vyfde fase: Aanvaarding</i>	260
6.5.2 NAGAANLYS VIR STERWENSBEGELEIDING	260
6.6 SAMEVATTING	261

HOOFSTUK 7

SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

7.1 INLEIDING	262
7.2 SAMEVATTING EN BEREIKING VAN DOELSTELLINGS	262
7.2.1 GEVOLGTREKKINGS TEN OPSIGTE VAN DOELBEREIKING	265
7.3 SAMEVATTING EN GEVOLGTREKKINGS VAN DIE LITERATUURSTUDIE	266
7.3.1 HOOFSTUK 2:TEORETIESE FUNDERING VIR MIV/VIGS AS VERSKYNSEL EN MEDIESE ASPEKTE WAT MET MIV/VIGS VERBAND HOU	266
7.3.1.1 <i>Samevatting</i>	266
7.3.1.2 <i>Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 2</i>	271
7.3.2 HOOFSTUK 3:TEORETIESE FUNDERING VIR DIE KWESBAARHEID VAN DIE AFRIKA-VROU VIR MIV/VIGS EN DIE MIV-GESIN.....	273
7.3.2.1 <i>Samevatting</i>	273
7.3.2.2 <i>Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 3</i>	276
7.3.3 HOOFSTUK 4:DIE ROL VAN DIE MIV-BERADER IN DIE AANSPREEK VAN DIE BEHOEFTE VAN DIE VROU MET MIV/VIGS EN HAAR GESIN.....	277
7.3.3.1 <i>Samevatting</i>	277
7.3.3.2 <i>Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 4</i>	283
7.4 NAVORSINGSBEVINDINGS	284
7.4.1 HOOFSTUK 5:KWANTITATIEWE BEVINDINGS.....	285
7.4.1.1 <i>Samevatting</i>	285
7.4.1.2 <i>Gevolgtrekkings ten opsigte van die empiriese studie</i>	286

7.5 AANBEVELINGS	295
7.5.1 AANBEVELINGS VANUIT DIE EMPIRIESE STUDIE.....	296
7.5.2 AANBEVELINGS VIR DIE MAATSKAPLIKEWERKPROFESSIE.....	296
7.5.3 AANBEVELINGS VIR DIE OPLEIDING VAN MIV-BERADERS	297
7.5.4 AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING	297
7.6 SLOTOPMERKING	298
BRONNELYS	299
LYS VAN BYLAES	310
BYLAAG 1: Brief van toestemming vir die onderneming van navorsing	310
BYLAAG 2: Vorm vir ingeligte toestemming	313
BYLAAG 3: Vraelys	316

Lys van Tabele	Bladsy No.
1: MIV-1 Subtipes	30
2: Verspreiding van TB en MIV/Vigs in provinsies van Suid-Afrika	49
3: Huistaal	156
4: Vlak van skool- en tersiêre opleiding	159
5: Huwelikstatus	163
6: Huislike omstandighede	166
7: Maandelikse finansiële uitgawes in gesin	170
8: Gesins- en Familielede beuws van respondent se MIV-status	173
9: Volgorde van bekendmaking	174
10: Gevoelens deur betekenisvolle ander beleef tydens bekendmaking	177
11: Invloed van MIV-status op verhoudings met betekenisvolle ander	178
12: Respondente se seksuele gedrag en kennis voordat hul bewus was van hul MIV-status	183
13: Afrika-mans en seksuele omgang sonder die gebruik van kondome	185
14: Mediese simptome	199
15: CD4 sel tellings	200
16: Hospitaal personeel betrokke by hulpverlening aan respondente	202
17: Instansies	203
18: Afname in gevoelens vanaf MIV-diagnosering tot hede	205
19: Wysies waarop MIV hanteer word	210
20: Beradingsdienste in gemeenskappe	212
21: Risiko gedrag deur beraders aangespreek	215
22: Potensiële beraders waarmee respondente gemaklik sal voel	218
23: Spesifieke kulturele voorkeure tydens berading	219
24: Wanneer sterwensbegeleiding benodig word	221
25: Bespreking van sekere aspekte tydens sterwensbegeleiding	223

Lys van Figure	Bladsy No.
1: CD4 sel telling oor tydperk van 11 jaar	34
2: Orale Candidiase by volwassene	42
3: Orale Candidiase by kind (6 jaar)	43
4: Retinitus	44
5: Gonorree by die man	45
6: Genitale Herpes by die vrou	46
7: Endemiese Kaposi's Sarcoma	48
8: Tuberkulose	50
9: Pneumocystis pneumonie	51
10: Die voorkoms van vratte wat dui op seksuele molestering	77
11: Baba met MIV	91
12: Tweeling waar die suster MIV-positief is en die broer MIV-negatief is	92
13: Ouderdomsverspreiding	157
14: Huidige posisie in gesin	158
15: Beroep	161
16: Hoof van gesin	162
17.1: Eienaar van huis waarin respondent woon	164
17.2: Huurder van huis waarin respondent woon	164
18: Bron van inkomste	168
19: Bedrag maandeliks beskikbaar aan gesin	169
20: Finansiële onderhoud van gesin na afsterwe van respondent	172
21: Gevoelens wat bekendmaking aanbetref in retrospek	179
22: Aantal seksmaats in jaar voor MIV-diagnose	182
23: Mate van beplanning van swangerskappe	187
24.1: Redes waarom baba wel sal behou	189
24.2: Redes om swangerskap te beëindig	191
25: Woning van kinders na afsterwe van respondent	192
26: Tydperk vanaf diagnose	194
27: Aspekte wat aanleiding gegee het tot MIV-toetsing	195
28: Beskrywing van huidige mediese toestand	197

29: Ervaring van persoon wat toets resultaat bekend gemaak het	201
30.1: Gevoelens tydens diagnose	204
30.2: Huidige gevoelens	207
31: Tydperk wat berading ontvang is	214
32: Tydperk geneem om gedragsverandering aan te bring	217

HOOFSTUK 1

ALGEMENE INLEIDING

1.1 Inleiding

Aan die begin van die 1990's was MIV/Vigs vir baie professionele persone iets waarvan hul slegs gelees het, maar waarmee hulle selde op professionele vlak gekonfronteer is (Burnard, 1992:3). Mediese deskundiges en -personeel het egter ernstige druk ervaar waar mediese dienste in groot aanvraag geraak het as gevolg van die voorkoms van MIV/Vigs in Suid-Afrika. In teenstelling met laasgenoemde is maatskaplike werkers in Suid-Afrika selde indien wel, met MIV gekonfronteer (Witskrif vir Maatskaplike Welsyn, 1997:90). Die navorser kan uit praktykervaring noem dat sekere maatskaplikewerk instansies in Suid-Afrika se beleid wat die kliëntegroep aanbetref, geformuleer was om slegs hulpverlening te bied aan sekere rasse- of religieuse groepe, waar die voorkoms van MIV by hierdie groepe ontken of geïgnoreer is, en daar dus geen pogings aangewend is om strategieë vir hulpverlening aan persone MIV/Vigs te ontwikkel nie. Dit wil voorkom asof hierdie tendens nie noodwendig veroorsaak is na aanleiding van diskriminasie of ostrasisme van persone met MIV deur bogenoemde instansies nie, maar bloot na aanleiding van onkunde. Dit blyk dus dat talle maatskaplike werkers MIV/Vigs eerder as 'n mediese toestand beskou het in plaas daarvan om die maatskaplike probleme wat daarmee gepaard gaan te identifiseer en aan te spreek. Verder mag maatskaplike werkers dalk min kennis gedra het van MIV/Vigs en dus uit onkunde nie bewus was van die belangrike rol wat die maatskaplike werker kan speel in hulpverlening aan die persoon met MIV/Vigs en haar gesin nie.

Gaitley (1989:11) het reeds gedurende die laat 1980's verwys na MIV as 'n komplekse siekte wat ernstige psigososiale gevolge inhou wat stigmatisering, diskriminering en ostrasisme insluit. Met inagnome van die sosiale stigma wat daar aan MIV gekoppel word, sou dit vir die maatskaplike werker van groot belang wees om oor genoegsame kennis van MIV en verbandhoudende aspekte te beskik. Die situasie in Suid-Afrika word verder gekompliseer waar 'n groot deel van die bevolking 'n Afrika-kultuur onderhou

waarvoor Westerse benaderings en dienste nie altyd geskik is nie (Temmerman en Marres, 1995:62). Dienste wat berading en selfs mediese hulp aanbetref is dikwels ontwikkel om Eerste Wêreld behoeftes binne 'n Westerse kultuur aan te spreek, maar in Suid-Afrika word maatskaplike werkers en ander professies gekonfronteer met Derde Wêreld probleme binne 'n Afrika-kultuur. Die navorser is ook bewus van die belangrike rol wat tradisionele genesers in die Afrika-kultuur speel wat weereens nie altyd ooreenstem met Westerse gesondheidsdienste nie. Verskeie MIV/Vigs pasiënte het voorheen aan die navorser verduidelik dat mediese personeel hul aanbeveel het om nooit weer terug te gaan na die tradisionele genesers nie, maar vir hierdie pasiënte bied tradisionele genesers ook spirituele hulp wat nie vervang kan word deur die dienste wat byvoorbeeld deur 'n pastorale berader in diens van 'n hospitaal of instansie, gelewer kan word nie. MIV is dus nie alleenlik 'n kwessie wat aangespreek kan word deur relevante kennis van die siekte en gepaardgaande sosiale en maatskaplike probleme nie, maar vereis ook dat die maatskaplike werker insig dra van die spesifieke kultuur van die kliënt waar dit verskil van die maatskaplike werker sin. Uit die navorser se ervaring in die praktyk wil dit voorkom dat elke etniese, religieuse en sosiale groep spesifieke benaderings tot MIV/Vigs het, wat vereis dat die berader/maatskaplike werker hierdie benadering verstaan ten einde sekere behoeftes aan te spreek en probleme te konfronteer. Daar bestaan dus 'n behoefte in Suid-Afrika dat alle vlakke van hulpverlening deur middel van netwerking verbind word ten einde 'n raamwerk te vorm waardeur die persoon met MIV/Vigs holisties benader kan word met inagnam van haar kulturele, ekonomiese, politiese en religieuse oortuigings en behoeftes. Na aanleiding van die bogenoemde is dit vir die navorser duidelik dat daar die behoefte aan 'n riglyn vir hulpverlening aan persone met MIV/Vigs en hul gesinne bestaan.

1.2 Motivering vir keuse van onderwerp

1.2.1 Wêreldwye afmetings van MIV/Vigs

Dit blyk uit studies wat in die verskillende provinsies in Suid-Afrika onderneem is, dat ongeveer 2.4 miljoen mense aan die einde van 1996 MIV-positief was (Evian, 1998:1). Whiteside en Sunter (2000:53) se navorsing dui daarop dat daar ongeveer 3,3 miljoen

MIV-geïnfekteerde persone in Suid-Afrika was gedurende 1998, en 4,2 miljoen gedurende 2000. Onlangse syfers van die Wêreld Gesondheids Organisasie stem ooreen met laasgenoemde en toon ook dat ongeveer 4,2 miljoen Suid-Afrikaners MIV gehad het teen die einde van 2000(Altenroxel, 2000:3). Whiteside en Sunter (2000:53) het 'n verdere skatting gemaak wat daarop dui dat Suid-Afrika gedurende 2008 ongeveer 6.2 miljoen MIV-geïnfekteerde persone sal hê. Soos met die daaglikse infeksiekoers van MIV bestaan daar ook geen standvastige getal vir die hoeveelheid persone in Suid-Afrika wat MIV-positief is nie, aangesien die getalle van geïnfekteerde persone steeds besig om te styg. In Botswana is een uit vier volwassenes MIV-positief, en in Zimbabwe is een uit vyf volwassenes MIV-positief. In sommige Afrika-lande het die lewensverwagting ook van 60 jaar tot 42 jaar gedaal, en word daar voorspel dat dit binne die eerste dekade van hierdie eeu met nog 10 jaar sal daal. Boulogne (1995:40) is van mening dat syfers soos bogenoem eintlik veel groter behoort te wees wanneer daar in ag geneem word dat persone wat in die venster periode van MIV verkeer, nie positief sal reageer op MIV-toetsing nie. Hierby kan die navorser ook noem dat nie alle persone in 'n populasie MIV-toetsing ondergaan nie en daar dus talle geïnfekteerde persone in 'n populasie kan bestaan waarvan geen instansie bewus is nie. Die SA Mediese Navorsingsraad het wel bepaal dat 40% van alle sterftes tussen die ouderdomme van 15-49 in Suid-Afrika gedurende 2000, toegeskryf kan word aan Vigs(Taitz, 2001:15).

1.2.2 Die Witskrif vir Maatskaplike Welsyn/Die Witskrif vir die transformasie van die Gesondheidsstelsel in Suid-Afrika

Volgens die Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (1997:90) word maatskaplike werkers en welsynsorganisasies onderbenut in die veld van MIV/Vigs. Dit blyk ook dat samewerking tussen die maatskaplikewerkprofessie en gesondheidsdienste, wat MIV/Vigs aanbetref nie na wense is nie. Deur die onderneming van hierdie studie waar daar gelet sal word op die aanspreek van die behoeftes van die MIV/Vigs pasiënt deur die maatskaplike werker, sal daar gepoog word om 'n kort riglyn saam te stel waarvolgens hulpverlening gebied kan word. Laasgenoemde impliseer ook die betrokkenheid van die maatskaplikewerkprofessie by gesondheidsdienste ten einde verbeterde samewerking mee te bring. Daar kan veral na die maatskaplike werker se betrokkenheid gekyk word in

terme van MIV en seksueel oordraagbare siekte-voortligting, gesondheidsbevordering en kommunikasie, asook betrokkenheid by hospitale/klinieke en ander instansies waar dienste aan persone met MIV/Vigs gelewer word (Witskrif vir die transformasie van die Gesondheidsstelsel in Suid-Afrika, 1997:108-178).

1.2.3 Die impak van MIV/Vigs op die geïnfekteerde en haar gesin

Boulogne (1995:39) is van mening dat MIV alle fasette van die mens se bestaan raak, en dat dit veral 'n nadelige uitwerking op die bevolking van die Derde Wêreld het. Die Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (1997:89) wys daarop dat MIV ernstige finansiële druk op die gesin uitoefen, veral waar die broodwinner van die gesin nie meer daartoe in staat is om te werk nie. 'n Goeie voorbeeld van die invloed van MIV/Vigs op die ekonomie van Derde Wêreld lande, is die afname van mielieproduksie in Zimbabwe. Die mielieproduksie wat deur swart kleinboere onderhou word blyk oor die afgelope 13 jaar met 60% af te geneem het as gevolg van MIV/Vigs (Van Niekerk, 2000:10). In Suid-Afrika waar 'n groot persentasie van die populasie MIV-geïnfekteer is, blyk dit dat die binnelandse bruto produksie teen die jaar 2010 alreeds met 17% sou gedaal het. Wat die arbeidsmag aanbetref, is die navorser verder van mening dat die belangrike rol van die Afrika-vrou as arbeider nie uit die oog verloor behoort te word nie. Uit die navorser se ervaring is die Afrika-vrou dikwels die hoof en broodwinner van die gesin. Wanneer daar dan gekyk word na die infeksiekoers onder Afrika-vroue, hou dit kommerwekkende gevolge in vir die afhanklike gesinslede, maar ook vir die land in geheel.

Die gesin word egter nie net finansiël benadeel nie, maar waar ouers of kinders met MIV geïnfekteer word, kom ander ernstige probleme voor. Macklin (1989:82) het die volgende probleme gedurende die laat 1980's geïdentifiseer, en volgens die navorser manifesteer hierdie probleme huidiglik baie duidelik in Suid-Afrika:

- Aanpassing by 'n lewensbedreigende diagnose
- Vrese ten opsigte van die oordraagbaarheid van die virus
- Aanvaarding van gesinslede se seksuele oriëntasie en/of gedrag
- Die verandering van gesinsrolle
- Die hantering van diskriminasie teen die gesin.

Alonzo en Reynolds (1995:304) noem dat diskriminasie teen, en stigmatisering van gesinne waar MIV/Vigs voorkom 'n ernstige probleem is. Die volgende redes word aangvoer vir hierdie stigmatisering van die gesin:

- MIV/Vigs word geassosieer met afwykende gedrag, en gesien as die gevolg van afwykende gedrag
- MIV/Vigs word gesien as die verantwoordelikheid van die individu
- Volgens sekere geloofsoortuigings is MIV verteenwoordigend van 'n swak karakter
- MIV word gesien as aansteeklik en 'n gevaar vir die samelewing
- MIV word nie deur die samelewing verstaan nie.

Die voorkoms van MIV/Vigs word as gevolg van bogenoemde dikwels geheim gehou en wanneer die persoon uiteindelik sterf word daar meestal 'n ander rede aangevoer vir die persoon se dood. Die navorser is ook oortuig dat die stigma wat aan MIV/Vigs gekoppel word nie binne-kort sal verdwyn of verander onder Afrikane nie. Pogings om diskriminasie teen te werk het tot op hede min verandering meegebring en dit wil voorkom asof professionele persone, hetsy ministers van verskeie staatsdepartemente of akademië betrokke by die MIV/Vigs kwessie in Suid-Afrika, so min kontak het met geaffekteerde gemeenskappe en die realiteit van diskriminasie, stigmatisering en armoede in hierdie gemeenskappe, dat die erns daarvan misgekyk word. Bogenoemde aspekte wat verband hou met die gevolge van MIV vir die individu en gesin, kom sterk ooreen met die veld van maatskaplikewerk, en die betrokkeheid van die maatskaplike werker as berader en hulpverlener op verskeie vlakke kan 'n verskil maak aan hierdie gesinne se lewenskwaliteit.

1.3 Probleemformulering

De Vos (1998:41) is van mening dat probleemformulering veral verband hou met die horisontale eksplorering van die literatuur. Laasgenoemde is deur die navorser benut ten einde die probleem binne perspektief te plaas betreffende die kliënt se lewenssituasie. Pretorius en Theron (1996:8) sluit hierby aan deur te noem dat die navorser 'n duidelike beeld van die vraagstuk moet hê, en kan aantoon dat die probleem in terme van 'n

definitiewe vraag geformuleer kan word. Aangesien die navorser reeds bewus was dat die voorkoms van MIV/Vigs onder die Suid-Afrikaanse populasie die kern van die studie sou wees, kon die navorser begin deur te vra watter bydra daar deur die maatskaplike werker, maar ook ander betrokkenes gelewer kan word om die MIV/Vigs-kwessie in Suid-Afrika aan te spreek. Laasgenoemde vraag hou dan weer verband met die aard van die probleem, kennis oor die probleem, en wyses waarop bogenoemde vraag prakties aangespreek sal word. Daar word nou kortliks gekyk na belangrike aspekte wat verband hou met die probleemstelling vir hierdie studie.

Meer swart vroue in Afrika en Suid-Afrika word deur MIV/Vigs geaffekteer as mans, en hierdie vroue ervaar ernstige probleme in die situasie waarin hul hulself bevind. Na aanleiding van 'n steekproef onderneem deur *The World's Women* soos saamgevat in die artikel *Women, Children and Aids* (Population Today, 1995:3) is daar gevind dat daar gedurende 1995 alreeds 110 MIV-geïnfekteerde vroue vir elke 100 geïnfekteerde mans in Afrika was, in vergelyking met Kanada en die VSA waar daar slegs 17 MIV-geïnfekteerde vroue vir elke 100 geïnfekteerde mans was. Dit is ook bekend dat MIV in 80% gevalle in Afrika oorgedra word na aanleiding van heteroseksuele omgang (Ulin, 1992:63). Hoffman (1996:10) konstateer dat MIV ook van moeder na baba *in utero*, sowel as deur borsmelk oorgedra word. Volgens Lesar, Gerber en Semmel (1995:224) is die getalle van kinders met MIV dan ook vinnig besig om te styg. Daar word dus nie net groot getalle vroue deur MIV/Vigs geaffekteer nie, maar hierdie vroue is ook die meduim waardeur talle babas en kinders met MIV geïnfekteer word. Dat laasgenoemde ernstige mediese, maatskaplike en finansiële probleme in Suid-Afrika veroorsaak, is nie betwyfelbaar nie.

Die navorser let vervolgens op die aard van die probleem wat uit verskeie bronne saamgevat is, en veral effektief aangespreek kan word deur 'n volledige literatuurstudie. Die aard van die probleem hou hoofsaaklik verband met MIV/Vigs as 'n terminale siekte-toestand wat groot getalle persone, en veral swart Afrika-vroue affekteer. Dit is dus nodig dat kennis bekom word van hierdie probleem, wat ook die psigososiale oorsake en

gevolge sal insluit. Hierdie kennis kan alleenlik bekom word deur die bestudering van die behoeftes, gevoelens en ervarings van die populasie wat deur MIV/Vigs geaffekteer word. Die navorser het dus gepoog om deur middel van nuwe kennis en insigontwikkeling 'n profiel van laasgenoemde populasie saam te stel wat aanleiding gegee het tot die daarstelling van 'n kort riglyn vir hulpverlening aan hierdie populasie. Bogenoemde riglyn kan van groot waarde wees vir die maatskaplikewerkprofessie aangesien maatskaplike werkers min kennis dra van MIV/Vigs en aspekte wat daarmee verband hou. Maphatane en Molosankwe (1997:17) sluit by laasgenoemde aan deur te noem dat daar 'n behoefte bestaan aan kennis binne die maatskaplikewerk konteks sodat maatskaplike werkers hul disinformasie, vrese en vooroordele kan oorkom en die nodige ondersteuning kan bied aan persone met MIV/Vigs in Suid-Afrika. (Vergelyk Witskrif vir Maatskaplike Welsyn, 1997:90.)

1.4 Doelstelling en doelwitte

Volgens De Vos, Schurink en Strydom (1998:7) verwys die doestelling van 'n studie na dit wat uiteindelik bereik sal word deur middel van die studie. Die doelstelling van 'n studie is dus die "ideaal" van wat bereik wil word, terwyl die doelwitte vir 'n studie, volgens De Vos *et al.* (1998:7) die stappe is wat een vir een oor 'n tydperk geneem word ten einde die "ideaal" te verwesenlik. Die doelstellings en doelwitte vir hierdie studie word vervolgens uiteen gesit:

Doelstelling: Om ondersoek in te stel na die psigososiale behoeftes en ander probleme wat deur swart Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul gesinslede ervaar word, ten einde 'n riglyn saam te stel wat benut kan word tydens MIV-berading.

Doelwitte:

- Om MIV/Vigs as siektetoestand te omskryf en na die beskikbaarheid, bekostigbaarheid en effektiwiteit van anti-retroviralemiddels in Suid-Afrika te kyk deur middel van 'n literatuurstudie waarin resente gebeure bespreek word
- Om die psigososiale implikasies van MIV/Vigs op die geïnfekteerde Afrika-vrou en haar gesin te eksploreer deur middel van 'n volledige literatuurstudie

- Om na belangrike aspekte van MIV-berading te kyk wat tydens hulpverlening aan die Afrika-vrou met MIV/Vigs en haar gesin, in ag geneem behoort te word
- Om 'n empiriese ondersoek te onderneem ten einde te bepaal watter psigososiale behoeftes en ander probleme deur Afrika-vroue met MIV/Vigs ervaar word en aandag te skenk aan gesinslede wat deur bogenoemde geaffekteer word
- Om 'n riglyn saam te stel waarvolgens hulpverlening gebied kan word aan Afrika-vroue met MIV/Vigs en ander gesinslede wat geaffekteer word.

1.5 Stellings vir studie

Na aanleiding van 'n literatuurstudie en die navorser se ervaring in die praktyk, is die volgende teoretiese aannames gemaak:

- Afrika-vroue met MIV/Vigs ervaar finansiële-, psigososiale- en maatskaplike probleme in hul daaglikse bestaan as gevolg van die siekte, veral waar die kind en dikwels ook die vader MIV-geïnfekteer is
- Die geïnfekteerde moeder neem tradisioneel die rol van versorger van die siek gesinslede aan en ervaar ernstige druk en spanning in die versorging van en voorsiening vir haar gesinslede, veral omdat sy self MIV-geïnfekteer is
- Dit blyk dat vroue met MIV/Vigs nie hul behoeftes effektief aanspreek nie aangesien hulpbronne in die aanspreek van hierdie behoeftes nie altyd sigbaar is nie of beperk is.

1.6 Navorsingsbenadering

Hierdie studie was kwantitatief van aard aangesien die navorser groot hoeveelhede data op 'n gestruktureerde wyse bekom het vanaf 50 Afrika-vroue met MIV. Bailey (1994:62) is van mening dat die kwantitatiewe ontwerp hoofsaaklik verband hou met aantal of getalle, maar dat sekere veranderlikes byvoorbeeld oogkleur eerder beskou sou word as 'n kwalitatiewe in plaas van kwantitatiewe veranderlike. Die navorser het dus gepoog om ten spyte van 'n kwantitatiewe ontwerp, te let op aspekte soos gevoelens wat mag voorkom by vroue met MIV. Deur laasgenoemde word daar 'n kwalitatiewe dimensie

verleen aan die studie, maar bestaan daar steeds 'n gestruktureerde kwantitatiewe basis waarvolgens data geïnterpreteer kan word.

1.7 Soort Navorsing

Die navorser het gedurende hierdie studie van toegepaste navorsing gebruik gemaak. Volgens De Vos (1998:69) word daar deur middel van laasgenoemde gepoog om navorsing in die praktyk toe te pas. In geval van hierdie studie is daar veral gefokus op die ontginning van kennis of *knowledge utilisation (KU)* waar kennis uit die navorsing bekom, in 'n bruikbare vorm omskep word. Die ontginning van kennis hou in hierdie studie verband met die probleme en behoeftes wat deur Afrika-vroue met MIV/Vigs en ander gesinslede ervaar word. Die toepassing van hierdie kennis sal tot voordeel strek waar die navorser 'n kort riglyn saamgestel het vir MIV-berading aan vroue met MIV/Vigs.

Bloom (1986:56) sluit by bogenoemde aan deur te noem dat toegepaste navorsing poog om wetenskaplike en tegnologiese kennis te vermeerder, met die praktiese benutting as uitsluitlike oogmerk. Die vraag wat dus by toegepaste navorsing ontstaan is "*How to make things work for human betterment?*", wat grootliks by die doel van die ondersoek aansluit.

1.8 Navorsingsontwerp

Die navorser het gebruik gemaak van 'n verkenende ontwerp waar Afrika-vroue met MIV geselekteer is uit 'n groter populasie van Afrika-vroue met MIV. Die navorser het ook van geen hipotese gebruik gemaak nie, maar het eerder gepoog om relevante data aangaande Afrika-vroue met MIV te versamel ten einde 'n profiel van hierdie vroue saam te stel, aangesien daar min kennis oor die onderwerp bestaan. Die spesifieke vorm waarin bogenoemde ontwerp benut is, was die *persoonlike vraelys* waardeur inligting vanaf 50 respondente bekom is.

1.9 Navorsingsprosedure en werkwyse

Waar die navorsingsbenadering kwantitatief van aard is kan die navorser volgens Schurink (1998:252) 'n gestandaardiseerde en vaste prosedure volg. Die data versamelingsmetode wat in hierdie studie gevolg is, het die persoonlike vraelys ingesluit. Die persoonlike vraelys is dus as meetinstrument benut tydens hierdie studie en oop en geslote vrae het die navorser van volledige en soms gedetailleerde inligting voorsien waar nodig.

1.9.1 Data versamelingsmetode

Aangesien die voorondersoek getoon het dat sommige respondente semi-geletterd was en dat moegheid voorgekom het as gevolg van MIV, het die navorser besluit om die vraelys soos 'n persoonlike onderhoud te benader. Die navorser het dus respondente individueel geneem en vrae aan respondente gestel waar antwoorde dan deur die navorser op die vraelys aangebring is. Fouché (1998:154) is van mening dat die navorser se deelname aan die voltooiing van die vraelys minimaal behoort te wees en die navorser het dus gepoog om vrae op 'n neutrale en soortgelyke wyse aan alle respondente te stel. Pretorius en Theron (1996:8) is van mening dat die teenwoordigheid van die navorser gedurende voltooiing van die vraelys dit moontlik maak vir die navorser om enige vrae van die respondent te hanteer. Die navorser het gevind dat selfs nadat die vraelys aangepas is na aanleiding van die voorondersoek, verskeie belangrike vrae steeds deur die navorser verduidelik moes word voordat die respondent die vraag volledig kon beantwoord.

'n Verdere rede vir die navorser om die persoonlike vraelys soos 'n persoonlike onderhoud te hanteer was die lengte van die vraelys. Die navorser kon waarneem wanneer 'n respondent uitgeput was en dus voorstel dat die respondent 'n paar minute rus voordat die vraelys hervat word. Hoewel hierdie metode van data insameling 'n baie lang proses was, en dit die navorser ongeveer twee ure per vraelys geneem het, kan die navorser die volgende voordele uitwys:

- Respondente kon alle vrae volledig beantwoord
- Respondente is tyd gegun om te rus

- Respondente is tyd gegun waar sensitiewe vrae (byvoorbeeld oor die seksuele gedrag van respondente en behoeftes tydens sterwensbegeleiding) wat 'n emosionele reaksie veroorsaak het, gestel is
- Oop vrae is meer volledig beantwoord aangesien die navorser die respondent kon aanmoedig
- Verskeie respondente wat nie vinnig, duidelik of goed kon skryf nie is dadelik deur die navorser gerus gestel dat hul nie self die vraelys hoef in te vul nie, maar slegs vrae hoef te beantwoord.

Die navorser het dus die kombinerings van die persoonlike vraelys met die persoonlike onderhoud 'n effektiewe en suksesvolle metode gevind, veral wat Afrika-vroue met MIV en hul spesifieke behoeftes aanbetref.

1.9.2 Data kodering, verwerking, prosessering, analise en interpretasie

De Vos en Fouché (1998:202) is van mening dat 'n goed ontwerpte navorsingstudie die proses van data analise en interpretasie reeds vooraf bepaal of ingesluit het. Data analise wat die kwantitatiewe benadering aanbetref, hou volgens Bailey (1994:338) veral verband met die kodering van data ten einde groot hoeveelhede data te verminder tot 'n werkbare vorm. Die navorser het dus geslote vrae vooraf gekodeer en na die voltooiing van elke vraelys ook die oop vrae hierby gevoeg deur kodes daaraan toe te ken. Die navorser het vervolgens gebruik gemaak van die rekenaarprogram, *Microsoft Excel* deur kodes van vraelyste in te voer, wat dan deur middel van *Microsoft Excel* formules verwerk kon word. De Vos en Fouché (1998:204) is van mening dat die eenvoudigste vorm van data analise, die analise van een veranderlike is waar alle data ten opsigte van die veranderlike versamel word, en soos in hierdie studie deur die navorser opgesom en voorgestel word.

Die navorser het verder gepoog om deurentyd vergelykings tussen bestaande literatuur en hierdie studie te tref. Die navorser kon ook verskeie gevolgtrekkings maak deur van laasgenoemde asook praktykervaring gebruik te maak. Daar is dus gepoog om kompleksiteit aan die studie te verleen deur ooreenstemmings en verskille uit te lig en data op 'n duidelike en verstaanbare wyse oor te dra.

1.10 Voorondersoek

Die voorondersoek kan beskou word as soortgelyk aan die navorsing se beplande ondersoek, maar net op kleiner skaal (Strydom, 1998:179). Hoewel die navorsing haar ondersoek baie volledig en logies kon beplan, meen Strydom (1998:179) dat die praktiese situasie onbekend sou bly totdat die navorsing dit betree. Die voorondersoek kan dus beskou word as 'n proses waar 'n klein aantal respondente met soortgelyke karaktertrekke as die teikengroep, vooraf getoets word. Laasgenoemde impliseer dus 'n proses waarvolgens die navorsingsontwerp en beplande steekproef getoets kon word voordat die beplande studie uitgevoer is.

1.10.1 Literatuurstudie

Volgens Fouché en De Vos (1998:65) is daar drie belangrike funksies wat verband hou met die literatuurstudie. Die eerste funksie is om te bepaal of 'n vorige navorsing soortgelyke navorsing onderneem het. In hierdie geval het die navorsing 'n aantal bronne bestudeer waarvan meer as 'n 100 bronne in die literatuurstudie aangehaal is. Die navorsing het bepaal dat 'n soortgelyke studie nog nie volledig in Suid-Afrika onderneem is nie. Die tweede funksie van die literatuurstudie is om beter insig in die dimensies en kompleksiteit van die probleem te bekom. Die navorsing kon dus na aanleiding van die literatuurstudie die probleem met meer insig benader aangesien belangrike fokuspeunte vir navorsing geïdentifiseer is en die literatuurstudie die mediese aspekte, sosiale impak, en die invloed van MIV op die spesifieke rassegroep, geslagte en ouderdomsgroepe uitgelig het. Die derde funksie van die literatuurstudie is om die navorsing te voorsien van 'n raamwerk vir die nodige stappe in die proses, asook 'n idee te gee van die belang van die onderneming van die navorsing. In hierdie geval het die navorsing reeds die nodige stappe in die onderneming van die studie geïdentifiseer, en was die navorsing bewus van die belangrike rol wat die navorsing kan speel in die aanspreek van die behoeftes van Afrika-vroue met MIV/Vigs.

Die rol van die literatuurstudie gedurende die voorondersoek is ook van groot belang en stem gedeeltelik ooreen met bogenoemde. Strydom (1998:180) is van mening dat die navorsing gedurende die voorondersoek bewus gemaak word van die beskikbaarheid van

die spesifieke literatuur en moontlike ander bronne wat benut kan word byvoorbeeld joernale, verhandelings, proefskrifte en ander dokumente soos koerant artikels en wetenskaplike tydskrifte wat resente inligting bevat aangaande die spesifieke onderwerp. Laasgenoemde outeur is ook van mening dat die navorser moet streef om balans te skep tussen die verskillende soorte bronne wat beskikbaar is vir die onderneming van die literatuurstudie. Die navorser het in geval van hierdie studie verskeie dissiplines asook hulpbronne benut ten einde 'n volledige literatuurstudie te onderneem. Wat dissiplines aanbetref is daar vanuit die maatskaplikewerk-, sosiologiese-, kriminologiese-, sielkundige- en mediese dissiplines gewerk. Ander hulpbronne wat benut is ten einde relevante literatuur vir hierdie studie te bekom was die media (veral koerant artikels), die Universiteit van Pretoria se biblioteek en ander plaaslike biblioteke, die Internet asook die navorser se persoonlike versameling van MIV-verbandhoudende boeke.

1.10.2 Konsultasie met kundiges

Moorhouse (1995:17) is van mening dat kenners op die gebied van die probleem wat ondersoek word, 'n waardevolle bydra kan lewer om die probleem skerper te omlin, en leiding kan verskaf ten opsigte van die tegniese en praktiese aspekte van die beplanning van die voorgestelde ondersoek. Die navorser het reeds 'n vorige studie by die Mohau Sentrum van Kalafong Hospitaal onderneem waar kenners op die gebied van MIV die navorser van waardevolle inligting voorsien het. Die navorser het ook gevind dat die belangrikste bron van kennis dié van MIV/Vigs pasiënte self is. Hierdie pasiënte wat gedurende die vorige studie as navorsingsrespondente opgetree het, en pasiënte wat deur die navorser by groepwerk en 'n ondersteuningsgroep betrek is, het die navorser van belangrike inligting voorsien wat die onderneming van die huidige studie aanbetref. Die navorser is gedurende hierdie studie bygestaan deur MIV-beraders en mediese personeel by die Immunologiekliniek van Kalafong Hospitaal, wat waardevolle inligting veral tydens die voorondersoek kon verskaf. Daar is ook van die volgende kenners op die gebied van MIV gebruik gemaak saam met wie die navorser voorheen werksaam was by 'n nie-regeringsorganisasie, STH Consortium wat hulp verleen aan gesinne wat deur MIV/Vigs geaffekteer word:

- Mev. V. Khosa - Hoof van Tateni Homecare Services

- Mev. P. Mathlala - Hoof van Sungarden Hospice in Mamelodi
- Mev. J. Mtombeni- Hoof van Sungarden Hospice in Atteridgeville.

Strydom (1998:180) waarsku egter dat verwarring veroorsaak kan word waar die navorser met te veel idees gekonfronteer word, of die kenner op die spesifieke gebied sy/haar eie idees op die navorser probeer forseer. Dit is dus belangrik dat die navorser vooraf seker is dat idees vir die beplande projek tentatief uiteengesit is.

1.10.3 Uitvoerbaarheid van die ondersoek

Die uitvoerbaarheid van die ondersoek het vir die navorser veral verband gehou met die beskikbaarheid en bereidwilligheid van respondente om deel te neem aan die studie. Die navorser moes ook let op geografiese toeganklikheid ten einde respondente te kon bereik en verder bepaal of die navorser die kostes verbonde aan die studie sou kon onderhou. Verdere aspekte wat aangespreek is in hierdie studie was etiese kwessies wat verband hou met MIV, en of die navorser alleen oor die vermoë sou beskik om data in te samel en te verwerk.

Wat die beskikbaarheid en bereidwilligheid van respondente aanbetref, het 'n vorige navorsingsprojek deur die navorser onderneem, getoon dat MIV/Vigs pasiënte positief reageer en bereid is om op te tree as respondente vir soortgelyke studies. Pasiënte by die Immunologiekliniek van Kalafong Hospitaal is deur personeel ingelig van die studie en was bereid om deel te neem. Aangesien daar elke Vrydag 'n maksimum van 40-60 pasiënte opdaag vir mediese behandeling by die kliniek, en hierdie pasiënte elke 4-6 weke moet terugkom vir behandeling, was dit vir die navorser moontlik om op 'n ewekansige wyse pasiënte te nader ten einde die vraelys te voltooi.

Ander praktiese aspekte soos tyd, geografiese toeganklikheid en kostes verbonde aan die studie het nie probleme meebring gedurende die navorsingsproses nie, aangesien die navorser slegs elke Vrydag na Kalafong Hospitaal gegaan het en ook oor die nodige beurse beskik het om alle uitgawes te kon dek. Hierdie beurse het 'n Nasionale

Navorsing Stigting (National Research Foundation/NRF) beurs, sowel as die Universteit van Pretoria se prestasie beurs ingesluit.

Ten einde die korrekte prosedure te volg wat MIV-verbandhoudende etiese kwessies aanbetref, het die navorser keuringsprosedures by die volgende fakulteite ondergaan:

- Navorsingskomitee van die Departement van Maatskaplike Werk (Universiteit van Pretoria)
- Etiese Komitee van die Geesteswetenskap Fakulteit (Universiteit van Pretoria)
- Etiese Komitee van die Gesondheidswetenskap Fakulteit (Universiteit van Pretoria).

Laasgenoemde het ingeligte toestemming deur respondente, vertroulikheid asook duidelikheid oor die studie verseker deur middel van 'n volledige dekbrieff en 'n vorm vir ingeligte toestemming wat deur die respondent, die navorser en een van die personeellede by die Immunologiekliniek van Kalafong Hospitaal geteken is. Daar is ook seker gemaak dat die vraelys eties korrek is en daar nie enige moontlike skending van respondente se regte voorkom nie.

Die wyse van data insameling en verwerking (soos reeds bespreek) kon ook suksesvol deur 'n enkele persoon onderneem word, aangesien die navorser 'n volttydse student is en oor die nodige tyd beskik vir bogenoemde. Die navorser het gevind dat die interpretering van resultate geen probleme meegebring het nie aangesien die navorser goeie kennis dra van die probleem wat ondersoek is en aspekte wat daarmee verband hou.

1.10.4 Voor-toetsing van vraelyste/meet instrumente

Volgens Strydom (1998:182) impliseer die studie van strategiese eenhede die blootstelling van 'n klein getal gevalle aan die presiese prosedures wat gevolg sal word gedurende die ondersoek, ten einde die meetinstrumente te verbeter. Die navorser het dus by die Immunologiekliniek van Kalafong Hospitaal 'n voorondersoek onderneem waarby 10 Afrika-vroue met MIV betrek is wat nie in die hoofstudie benut sou word nie. Laasgenoemde het dit vir die navorser moontlik gemaak om veranderings op die vraelys aan te bring en ook die opset waarin navorsing onderneem is, te toets. Die navorser het die voorondersoek nie alleen benut om veranderinge op die vraelys aan te bring nie, maar

die vraelys kon ook aangevul word met moontlikhede waarvan die navorser nie vooraf bewus was nie. Moontlike probleme wat dus kon voorkom is uit die weg geruim en die vraelys kon so volledig moontlik deur respondente voltooi word.

1.11 Omskrywing van universum, afbakening van steekproef, en wyse van steekproefneming

1.11.1 Omskrywing van universum

Volgens De Vos en Fouché (1998:100) is 'n populasie die groep waaruit die steekproef geneem word, aangesien dit moeilik is om 'n totale populasie te bestudeer. In hierdie studie het die populasie bestaan uit alle pasiënte wat elke Vrydag na die Immunologiekliniek van Kalafong Hospitaal kom vir mediese behandeling. Die navorser het waargeneem dat dit hoofsaaklik vroue is, hoewel mans ook mediese behandeling by die hospitaal ontvang. Hierdie vroue wat almal MIV-positief is kom uit verskeie gemeenskappe en is van verskillende ouderdomme en sosio-ekonomiese strata.

1.11.2 Afbakening van steekproef

'n Respondentegroep van 50 Afrika-vroue met MIV is uit bogenoemde populasie geselekteer. Strydom en De Vos (1998:191) is van mening dat hoe groter die populasie is hoe kleiner sal die steekproef wees. Aangesien hierdie populasie baie groot was het die navorser besluit dat die steekproef verband sal hou met die aantal pasiënte wat elke Vrydag behandeling ontvang by die kliniek en gewoonlik 'n maksimum van tussen 40-60 pasiënte per Vrydag is. Laasgenoemde outeurs is ook van mening dat die groter van die steekproef beïnvloed word deur die relatiewe homogeniteit of heterogeniteit van die populasie. Hoewel die populasie heterogeen was in terme van geslag, ouderdom, sosio-ekonomiese strata en woongebied, was die respondentegroep homogeen van aard waar die navorser sekere kriteria vir die selektering van respondente gehad het naamlik:

- Ras- swart
- Ouderdom- ouer as 18
- Geslag- vroulik
- Serostatus- MIV-positief.

Die navorser het ook verkies dat die vroue engels of afrikaans magtig is (wat in 'n vorige studie geen probleme meegebring het nie), aangesien die studie nie in 'n Afrika-taal onderneem kon word nie. Taal het egter geen probleme meegebring nie aangesien elke respondent wat geselekteer is engels of afrikaans magtig was.

1.11.3 Wyse van steekproefneming

Seaberg in Strydom en De Vos (1998:195) is van mening dat die waarskynlikheidsseleksieprosedure elke individue in 'n populasie 'n gelyke kans bied om deel te neem aan die studie. Hoewel die navorser spesifieke kriteria gehad het soos bogenoem, het hierdie kriteria min invloed gehad op die wyse van seleksie aangesien so te sê alle individue in die populasie swart vroue bo die ouderdom van 18 was. Die navorser het deur middel van sistematiese steekproefneming respondente geselekteer. Volgens Strydom en Venter (2002:205) impliseer sistematiese steekproefneming dat opvolgende gevalle volgens 'n spesifieke interval gekies word. Die navorser het elke 2-3de lêer gekies uit die lêers wat deur mediese personeel uitgesit is vir daardie spesifieke dag, en nie 'n enkele respondent wat deur die navorser benader is nadat haar lêer getrek is, was onwillig om aan die studie deel te neem nie.

1.12 Beperkings van die studie

Die navorser het verskeie beperkings in hierdie studie ervaar waarvan die oorspronklike beplanning van die studie die grootste probleem meegebring het.

- Die navorser was aanvanklik van plan om 'n gekombineerde kwalitatiewe-kwantitatiewe studie te onderneem deur van 'n vraelys en persoonlike onderhoud wat op audio-band geneem sou word, gebruik te maak. Die navorser het egter gedurende die voorondersoek besef dat respondente uitgeput is na aanleiding van die vraelys en nie kans gesien het vir 'n verdere onderhoud wat met audio-band opgeneem sou word nie. Die navorser moes dus 'n paar vrae integreer met die bestaande vraelys ten einde die persoonlike onderhoud uit te sluit.
- Bogenoemde het veroorsaak dat die vraelys nog langer was en respondente is dus verder uitgeput daardeur en voltooiing van die vraelys deur die respondent sou baie

lank geneem het. Die navorser het dus besluit dat dit vinniger en meer effektief sou wees om vrae aan die respondent te stel en die antwoorde self in te vul op die vraelys. Laasgenoemde het die tyd wat dit geneem het om 'n vraelys te voltooi met 'n halfuur verminder by sommige respondente wat baie vrae gehad het, nie goed kon sien nie as gevolg van MIV-verbandhoudende siektes nie of nie goed kon skryf nie. Respondente was ook minder uitgeput.

- Sommige belangrike vrae in die vraelys het 'n emosionele reaksie by respondente veroorsaak en die navorser moes hierdie respondente tyd gun waar hul gehuil het of net 'n oomblik nodig gehad het om te herstel. Die navorser het dus in 'n mate empaties toegetree deur emosionele ondersteuning te bied.
- Aangesien die navorser die vrae aan respondente gestel het, mag daar 'n mate van terughouding of skaamte by respondente bestaan het wat sensitiewe vrae aanbetref, hoewel die navorser gepoog het om vrae neutraal en op 'n soortgelyke wyse aan alle respondente te stel.
- Laastens het die navorser probleme ervaar waar etiese keurings vir hierdie studie oor 'n lang tydperk gestrek het, en die navorser haar navorsing eers later as wat beplan was, kon voltooi.

Ander aspekte soos die taalkwessie waar alle respondente in hierdie studie se huistaal 'n Afrika-taal was het geen probleme meegebring nie, aangesien alle respondente engels of afrikaans magtig was en die navorser die vraelys in een van hierdie tale kon voltooi na aanleiding van watter van die twee tale respondente verkies het. Die navorser is ook haar eie kantoor gebied waar sy sonder steurings en in gerief haar navorsing kon onderneem.

1.13 Definisies van hoofkonsepte

1.13.1 Afrika-vrou

Wanneer daar verwys word na die Afrika-vrou is dit nodig om eerstens te let op *geslag* waar 'n vrou tipies beskou sou word as 'n persoon met vroulike geslagstrekke wat bepaal word na aanleiding van die geslagschromosome. In geval van 'n vrou kom daar twee X-chromosome voor wat spesifieke gene bevat om aan die vrou sekere geslagstrekke te voorsien waarvolgens die persoon dan geïdentifiseer word as vroulik (Mediese

Woordeboek, 1993:196). Ten einde die term *Afrika-vrou* te omskryf kan daar gekyk word na die term *rasse groep* wat dui op die opvallende fisiese verskille tussen twee rasse (Schaefer, 1989:266). In hierdie geval sal die Afrika-vrou '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 rasse afkomstig uit Europa. 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 byvoorbeeld die spesifieke gedrag wat aangeleer en sosiaal oorgedra word sal omvat. Die Afrika-vrou sal vir die doeleindes van hierdie studie dus 'n swart vroulike persoon wees wat aan 'n spesifieke (Suid-Afrikaanse) etniese groep en kultuur behoort.

1.13.2 MIV

Menslike immunitetsgebrek virus (MIV) begin wanneer partikels van die MI-virus met die buitekant van sekere selle in die menslike liggaam bind (Hoffman, 1996:8). Anderson en Wilkie (1992:35) noem dat hierdie selle waarmee MIV bind, spesifiek binne die immuunsisteem, wat die mens se liggaam teen infeksies beskerm gevind word. Hierdie selle wat deur die virus aangeval word staan bekend as CD4+ helper selle en T-Limfositete. Dit wil vir die navorser voorkom asof die liggaam geïnfecteer word deur 'n retrovirus, wat die mens se immuunsisteem aanval en verswak. Na aanleiding van laasgenoemde is die mens vatbaar vir verskeie siektetoestande wat uiteindelik aanleiding gee tot Vigs en sterfte.

1.13.3 Maatskaplike werker

Die Definiërende Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1997:40) verwys na die maatskaplike werker as 'n persoon wat volgens die Wet op Maatskaplikediens Beroepe, 1978 (Wet 110 van 1978) geregistreer is om maatskaplike werk te beoefen. Ten einde hierdie definisie duideliker te maak kan daar gekyk word na die definisie van maatskaplike werk in dieselfde bron. Hiervolgens is maatskaplike werk 'n professionele

diens wat gelewer word deur 'n maatskaplike werker en gerig is op die bevordering van die maatskaplike funksionering van mense.

Die maatskaplike werker kan gesien word as 'n opgeleide en professionele persoon wat dienste lewer aan persone waar daar die behoefte bestaan aan verbeterde maatskaplike funksionering. In geval van hierdie studie sou die maatskaplike werker ook gesien kan word as 'n professionele persoon wat gesinne en individue met MIV/Vigs bystaan deur die behoeftes en probleme wat deur MIV/Vigs veroorsaak word, aan te spreek.

1.13.4 Vigs/Aids

Cameron (1993:2) verduidelik dat *verworwe immunitetsgebreksindroom* 'n lewensgevaarlike sindroom is wat veroorsaak word deur die MI-virus. Die MIV-positiewe persoon word vatbaar vir opportunistiese organismes wat normaalweg skadeloos sou wees, maar nou die persoon se lewe kan kos. Voorbeelde van hierdie oppertunistiese siektes by die persoon met Vigs, word in Hitchens (1992:103) soos volg beskryf: *“I was diagnosed with Aids Related Condition (ARC) in 1982. I had low helper cells, warts that wouldn't go away, candidiasis on my tongue, hepatitis, CMV, mononucleosis, pneumonia, herpes, and shingles. In April 1984 I was diagnosed with Kaposi's sarcoma and lymphoma.”*

Die vraag kan ontstaan, wanneer Vigs dan nou werklik voorkom. Volgens Hoffman (1996:14) bestaan daar sekere Vigs-indikatore soos *Kaposi's sarcoma, pneumocystis pneumonie, indringende servikale kanker en tuberkulose*, wat 'n aanduiding is dat Vigs wel voorkom. Hierdie indikatore hou verband met die CD4+ sel telling, aangesien 'n sel telling laer as 200 selle per mikroliter, die voorkoms van bogenoemde infeksies impliseer.

Dit blyk dat Vigs dus voorkom wanneer die immuunsisteem so verswak het dat ernstige siektes wat as Vigs-indikatore bekend staan, aanvang neem en aanleiding gee tot totale verswakking van die liggaam, wat uiteindelik sterfte veroorsaak.

1.14 Indeling van navorsingsverslag

- Hoofstuk 2- In hierdie hoofstuk word daar gekyk na MIV/Vigs as siektetoestand. Daar word gelet op presies wat MIV/Vigs is, wat dit veroorsaak en wat die gevolge daarvan vir die geïnfekteerde persoon is. Daar is ook gekyk na die beskikbaarheid, bekostigbaarheid en effektiwiteit van anti-retrovirale middels asook die ontwikkeling van 'n MIV-entstof in Suid-Afrika
- Hoofstuk 3- In hierdie hoofstuk word daar gefokus op die psigososiale probleme wat MIV/Vigs meebring. Daar word individueel na elke geïnfekteerde gesinslid gekyk asook die houdings en gevoelens van nie-geïnfekteerde gesinslede binne die MIV-gesin.
- Hoofstuk 4- In hierdie hoofstuk let die navorser op MIV-berading waardeur hulpverlening aan persone met MIV/Vigs gebied kan word. Daar sal van kennis en inligting uit die literatuur van verskeie dissiplines gebruik gemaak word ten einde MIV-berading so duidelik moontlik oor te dra.
- Hoofstuk 5- In hierdie hoofstuk het die navorser gepoog om die bevindings van die empiriese studie volledig saam te vat. Data is op so wyse saamgevoeg na aanleiding van die analisering en interpretering daarvan dat dit logies en verstaanbaar sal voorkom.
- Hoofstuk 6- 'n Kort riglyn vir MIV-berading is in hierdie hoofstuk saamgestel. Daar is gepoog om hierdie riglyn saam te stel deur middel van integrering van die literatuurstudie, die navorser se kennis in die praktyk en die empiriese bevindings van hierdie studie.
- Hoofstuk 7- Hierdie hoofstuk bestaan uit die samevatting, gevolgtrekkings en aanbevelings vir die studie.

HOOFSTUK 2

TEORETIESE FUNDERING VIR MIV/VIGS AS VERSKYNSEL EN MEDIESE ASPEKTE WAT MET MIV/VIGS VERBAND HOU

2.1 Inleiding

Talle persone in Suid-Afrika word daagliks MIV-positief gediagnoseer en die media verwys na MIV as “*SA’s top killer*”(Taitz, 2001:15). Die infeksiekoers in Suid-Afrika staan huidiglik op 1 700-1 800 persone per dag, maar aangesien hierdie syfer oor die afgelope aantal jare so dikwels gestyg het is dit onmoontlik om ‘n vasgestelde syfer daar te stel. Dit blyk dat veral die mynboubedryf in Suid-Afrika ernstig geraak word deur MIV/Vigs(Rapport, 1999:15). MIV hou egter nie net ernstige finansiële implikasies vir Suid-Afrika in nie, maar alle vlakke van die land se infrastruktuur word geraak. Kenners is van mening dat Suid-Afrika teen 2015 sowat 12 miljoen minder inwoners kan hê as wat daar tans in die land is as gevolg van MIV/Vigs(De Lange, 2000:4). Laasgenoemde is dus nie slegs ‘n ekonomiese verlies nie, maar daar kan veral gekyk word na talle kinders wat wees gelaat sal word na aanleiding van Vigs-sterftes.

Die rol van die gesondheidsstelsel in Suid-Afrika is van groot belang in die aanspreek van MIV/Vigs as siektetoestand en die navorser is oortuig dat die gesondheidsstelsel reeds ernstige druk ervaar. Daar word huidiglik soveel probleme in die gesondheidsdiensopset beleef dat die effektiwiteit van gesondheidsdienste in die MIV/Vigs-kwessie ernstig bevraagteken kan word. Gedurende Junie, 1999 was daar by die Chris Hani Baragwanath Hospitaal ‘n tekort aan 2 282 personeellede waarvan 100 ‘n tekort aan mediese dokters was(Pretoria News, 2000:3). Verskeie redes kan aangevoer word vir bogenoemde tekortkominge in die gesondheidsstelsel, maar waar die media dikwels spesifieke persone, politici en apartheid blameer vir Suid-Afrika se huidige situasie, glo die navorser dat daar eerder gekyk behoort te word na toekomsgerigte beplanning wat positiewe verandering kan meebring in MIV-geteisterde gemeenskappe.

Deur bloot te kyk na die media se fokus op MIV/Vigs, en die negatiewe implikasies wat dit vir Suid-Afrika inhou, word die erns van dié kwessie beklemtoon. Dit wil egter voorkom asof 'n baie klein persentasie van die Suid-Afrikaanse populasie werklik weet wat MIV is. Die navorser wil in hierdie hoofstuk let op MIV/Vigs in terme van die mediese aspekte wat daarmee verband hou ten einde beter insig te bekom aangaande die impak van MIV/Vigs op die menslike liggaam.

2.2 Onstaan van MIV

Reeds vanaf die vroegste tye het epidemies regoor die wêreld voorgekom. Om slegs enkele voorbeelde uit te lig kan daar gekyk word na die Plag van Athene(430 vC), die Plag van Justinianus(542), die Geel Plag(652), die Swart Dood(1347), Sifilis(1492), die Groot Plag(1665), die Plag van Marseilles(1719), Cholera(1817), die Fiji Eiland Epidemie(1875) en die Groot Influenta Epidemie van 1918-19(Boulogne, 1994:39). Gedurende 1980 het 'n jong homoseksuele man in New York gesterf as gevolg van 'n onbekende, ongeneeslike infeksie wat veroorsaak is deur 'n kombinasie van virusse, bakterieë, fungi en 'n raar bloedselsiekte naamlik, Kaposi's sarcoma(Boulogne, 1995:39). Slegs twee jaar later is dieselfde simptome by twee gevalle in Suid-Afrika geïdentifiseer. Hierdie voorvalle kan gesien word as die begin van die mees omvangryke pandemie in die geskiedenis van die mens, naamlik Vigs.

Vrae wat altyd ontstaan rondom MIV is waar hierdie siekte/retrovirus vandaan kom, en hoe dit begin het. Wetenskaplikes is oortuig dat hierdie retrovirus gedurende die 1930's en selfs so vroeg as die 1920's die spesiegrens tussen mens en dier oorgesteek het. Dit is bekend dat MIV oorspronklik ontwikkel het uit soortgelyke virusse wat in Afrika voorgekom het. Hierdie virusse is gevind onder Sjimpanzees en Macaques wat verlangs verbind kan word met die Afrika Groen Aap. Wetenskaplikes is van mening dat MIV die mens se bloed binnegedring het deurdat daar in kontak gekom is met geïnfecteerde aapbloed. Daarna het MIV versprei deur seksuele kontak tussen mense(Whiteside en Sunter, 2000:5-6).

Die verspreiding van MIV vanaf een persoon na 'n volgende geskied skrikwekkend vinnig, veral wanneer daar na die verspreiding van MIV in Suid-Afrika gekyk word oor die afgelope aantal jare. Ongelukkig het tegnologie wat aan die mens die vermoë gegee het om vinnig van een plek tot 'n ander, asook van een land tot 'n ander te beweeg, veroorsaak dat MIV globaal versprei het. Laasgenoemde is moontlik die rede waarom daar dekades gelede slegs enkele gevalle van MIV voorgekom het, aangesien dit in die verlede nie so maklik was om van een plek tot 'n volgende te beweeg nie, veral nie van een land na 'n ander nie. In die geskiedenis van MIV identifiseer Boulogne (1995:39) verskeie gevalle wat daarop dui dat MIV wel in verskillende wêreldgebiede voorgekom het ten spyte daarvan dat mense minder gereis het. Gedurende 1959 het 'n 25 jarige matroos in Manchester gesterf na aanleiding van 'n onverklaarbare sitomegalo(lid van die herpes-virusse) asook pneumocystis wat nie gereageer het op konvensionele behandeling nie. 'n Vroulike Deense mediese praktisyn in Zaïre het gedurende 1977 aan 'n onverklaarbare sindroom gesterf. 'n Verdere onverklaarbare sterfte gedurende 1959 het ook in Kinshasa, Zaïre voorgekom. In al die bogenoemde gevalle was weefsel monsters 'n aantal dekades later beskikbaar vir MIV-toetsing en in al drie bogenoemde gevalle het hierdie weefsel MIV-positief getoets. Daar kan slegs gespekuleer word oor hoe lank die bogenoemde persone geleef het vanaf infektering tot en met sterfte en of MIV as siekte 'n soortgelyke verloop gevolg het as wat dit oor die afgelope 20 jaar gevolg het. Vandag is die meeste ingeligte persone bewus daarvan dat MIV aanleiding gee tot Vigs en later sterfte. Hoffman (1996:8) verduidelik dat *verworwe immuniteitsgebreksindroom* (Vigs) die gevolg is van 'n retrovirus wat bekend staan as *menslike immuniteitsgebrek virus* (MIV), wat daartoe aanleiding gee dat die liggaam se natuurlike immuunsisteem afgebreek word.

Die vraag kan ontstaan waarom daar spesifiek aandag geskenk behoort te word aan MIV/Vigs, aangesien die navorsing van alle terminale siektes van belang is. Hoffman (1996:1-2) is van mening dat daar vier redes as motivering vir bogenoemde gegee kan word.

- Eerstens hou die wyse waarop MIV oorgedra word meestal verband met gedrag wat as privaat beskou word, en ook dikwels geassosieer word met spesifieke waardes en norme van 'n sub-kultuur
- Tweedens is hierdie siekte die vernaamste oorsaak van sterftes onder jong volwassenes regoor die wêreld
- Derdens behoort daar gelet te word op die progressiewe aard van die siekte wat elke aspek van die individu se lewe, insluitende fisiese en emosionele welstand, sowel as sosiale ondersteuning en lewensrolle affekteer
- Laastens het talle sub-kulture en gemeenskappe al ernstige negatiewe verandering ondergaan as gevolg van MIV/Vigs. 'n Voorbeeld van laasgenoemde is die homoseksuele sub-kultuur wat gedurende die 1980's ernstig deur MIV/Vigs geaffekteer is in Eerste Wêreld lande. Bochow (2000:139) bespreek byvoorbeeld die belang van voorkomingsprogramme in Duitsland wat sterk fokus op homoseksuele mans en binne-aarse dwelmgebruikers, aangesien hierdie groepe steeds die grootste risikogroepe in verskeie Eerste Wêreldlande is.

2.3 Lys van Mediese Terminologie

Die doel van hierdie lys van definisies is om die voorkoms van spesifieke mediese terme in hierdie hoofstuk duidelik te maak. Daar word vervolgens gekyk na terme wat in hierdie hoofstuk sal voorkom en die betekenis daarvan.

Antigeen- Enige stof wat deur die liggaam beskou word as vreemd of potensieel gevaarlik, en waarteen die liggaam 'n teenliggaam vervaardig (Mediese Woordeboek, 1993:31).

Candidiase- 'n Infeksie veroorsaak deur 'n gisagtige swam, en kom voor in vogtige liggaamsdele. Candidiase van die mond kom voor as wit vlekke op die tong of aan die binne-kant van die wange (Mediese Woordeboek, 1993:81).

CD4(Cluster of Differentiation)- 'n Soort witbloedsel (ook bekend as T4 selle wat hoofsaaklik helperselle is) wat uitgesonder word vir aanval deur MIV aangesien CD4 selle sekere reseptore aan die oppervlak bevat waaraan die virus homself kan heg(Thomas en Lipman, 1997:10).

CD8(Cluster of Differentiation)- 'n Soort witbloedsel, ook bekend as T8 selle wat hoofsaaklik sitotoksiese/moordenaarselle en onderdrukkerselle insluit wat veral 'n belangrike rol speel wat interaksie tussen selle en vernietiging van selle aanbetref(Thomas en Lipman, 1997:10).

Chlamydia- 'n Genus van virusagtige bakterieë wat siektetoestande by die mens en voëls veroorsaak. Sommige Chlamydia-stamme is verantwoordelik vir seksueel oordraagbare siektes(Mediese Woordeboek, 1993:83).

CMV(human cytomegalovirus)- 'n Virus wat 'n wye verskeidenheid van kliniese siektes veroorsaak, veral by persone met MIV/Vigs. Voorbeelde van hierdie kliniese siektes is Retinitis, gastro-intestinale manifestasies en pneumonie(Cotton and Watts, 1996:355).

DNS(deoksiribonukleiënsuur)- Die genetiese materiaal van feitlik alle lewende organismes, wat oorerwing beheer en in die selnukleus geleë is(Mediese Woordeboek, 1993:120).

Gonorree- 'n Seksueel oordraagbare siekte wat veroorsaak word deur 'n bakterieë wat die genitale slymvlies van albei geslagte aantast(Mediese Woordeboek, 1993:206).

Hepatitis- Inflammasie van die lewer veroorsaak deur virusse, toksiese substansie of immunologiese abnormaliteite(Mediese Woordeboek, 1993:223).

Immuniteit- Die liggaam se vermoë om infeksie te weerstaan, soos veroorsaak deur die aanwesigheid van sirkulerende teenliggame en witbloedselle(Mediese Woordeboek, 1993:248).

Limfoom(Lymphoma)- Enige maligne tumor van limfnodes(Mediese Woordeboek, 1993:322).

Mononukleose- Die toestand waar die bloed 'n abnormaal hoë aantal monosiete (verskeidenheid van witbloedselle) bevat(Mediese Woordeboek, 1993:369).

Opportunistiese siektes/organismes- Dui op 'n siekte wat voorkom wanneer 'n persoon se immuunstelsel verswak is deur byvoorbeeld infeksies, ander siektes of geneesmiddels. Die infekerende organisme veroorsaak selde die siekte by gesonde persone(Mediese Woordeboek, 1993:408).

Patogenies- Beskryf 'n simptoem of teken wat kenmerkend is van, of uniek is aan 'n spesifieke siekte. Die aanwesigheid van so teken of simptoem maak positiewe diagnose van die siekte moontlik(Mediese Woordeboek, 1993:433).

RNA(ribonukleiënsuur)- 'n Nukleiënsuur wat in die nukleus en sitoplasma van selle voorkom en betrokke is by proteïensintese. In sommige virusse is RNA die genetiese materiaal(Mediese Woordeboek, 1993:501).

Serostatus- 'n Kategorie waarin materiaal op grond van serologiese aktiwiteite geplaas word, veral volgens die antigene wat dit bevat of die teenliggame wat daarteen vervaardig kan word(Mediese Woordeboek, 1993:522).

Sitomegalovirus- 'n Lid van die herpes-virusse wat algemeen by die mens voorkom en gewoonlik matiger simptome as verkoue veroorsaak. Dit kan egter by mense met 'n versteurde of verswakte immuunsisteem baie ernstiger effekte hê(Mediese Woordeboek, 1993:539).

Teenliggaam- 'n Spesiale soort bloedproteïen wat in die limfwefsel vervaardig word in respons op die aanwesigheid van 'n spesifieke antigeen, en in die plasma sirkuleer om die antigeen aan te val en skadeloos te stel (Mediese Woordeboek, 1993:585).

T-limfosiete- 'n Soort witbloedsel verantwoordelik vir selbemiddelde immuniteit. T-limfosiete kan verdeel word in helper-, moordenaar- en onderdrukkerselle (Mediese Woordeboek, 1993:323).

2.4 Hoofkonsepte

2.4.1 Virus

Ten einde die wyse waarop die *menslike immuniteitsgebrek virus* (MIV) funksioneer en vermeerder, te kan verstaan, is dit nodig om te let op die struktuur en aard van virusse in die algemeen. Volgens Anderson en Wilkie (1992:35) kan virusse gesien word as die kleinste siekte-veroorsakende agente wat bestaan. Virusse vermeerder deur op te tree as parasiete wat die liggaam se selle binnedring en daardie selle se materiaal gebruik om verdere virus partikels te maak. Dit is kenmerkend dat spesifieke virusse net binne sekere spesies soos mense, diere of plante kan vermeerder. Van die virusse wat slegs by mense voorkom is dit ook kenmerkend dat hierdie virusse slegs in sekere selle van die liggaam sal reproduseer, en dus nie van al die selle in die liggaam gebruik sal maak nie.

2.4.2 Menslike Immuniteitsgebrek Virus (MIV)

Volgens Hoffman (1996:8) begin MIV wanneer 'n persoon met die *menslike immuniteitsgebrek virus* geïnfekteer word, en partikels van die virus met die buitekant van sekere selle in die menslike liggaam bind. Anderson en Wilkie (1992:35) wys daarop dat hierdie selle waarmee MIV bind, spesifiek binne die immuunsisteem, wat die mens se liggaam teen infeksies beskerm, gevind word. Hierdie selle staan bekend as CD4+ helper selle en T-Limfosiete. Hoffman (1996:8) noem dat die virus verder ook

bind met enige ander selle wat CD4 molekules aan hul oppervlak toon, byvoorbeeld sekere selle in die brein.

MIV is nie 'n gewone virus nie, maar 'n retrovirus. 'n Retrovirus verskil van 'n virus aangesien dit uit RNA in plaas van DNS, soos by 'n virus bestaan. 'n Virus val die liggaam aan deur 'n deel van 'n sel se DNS te kaap ten einde verdere kopieë van homself te maak, wat gesonde selle aanval en siektes veroorsaak. 'n Retrovirus wat uit RNA bestaan, dring 'n selmembraan binne, maar in plaas van die sel se DNS te kaap, maak die retrovirus 'n kopie van homself wat in die DNS van die sel geplaas word (Van Niekerk, 1991:8). Daar word na laasgenoemde proses verwys as *reverse transcriptase*, waar die RNA van die retrovirus verander word in die vorm van DNS, voordat dit geïnkorporeer kan word met die genetiese bloudruk van die gas sel (Anderson en Wilkie, 1992:37). Soos in die geval van 'n virus word verdere kopieë nou gemaak wat deur die liggaam versprei word. Wanneer die MIV selle uit die CD4 sel breek, word die CD4 sel vernietig. Die vrygestelde MIV selle sal nou dieselfde proses volg en ander CD4 selle aanval. Dit blyk dat een CD4 sel ongeveer 4 miljoen MIV selle kan vrystel gedurende hierdie proses (Francis, 2000:1).

MIV kan volgens Thomas en Lipman (1997:9) in verskeie kategorieë verdeel word. Van hierdie kategorieë is MIV-1 en MIV-2 die bekendste, en die twee kategorieë het ongeveer 50 jaar gelede van mekaar geskei. MIV-1 en 2 is albei lede van dieselfde genus naamlik Lentivirus (HIV Emerging Diversity, 2000:1). Cotton en Watts (1996:67) onderskei MIV-1 en MIV-2 van mekaar in terme van genetiese en biologiese kompleksiteit. MIV-2 het aanvanklik as *simian immunodeficiency virus* (SIV) bekend gestaan en is veral onder sekswerkers in Wes-Afrika gevind. MIV-2 is nie so patogenies soos MIV-1 nie, maar kan wel aanleiding gee tot Vigs. MIV-1 is die mees algemene vorm van MIV wat by die mens voorkom, hoewel daar gevind is dat Sjimpansees ook met MIV-1 geïnfekteer kan word. MIV-1 gee egter definitiewe aanleiding tot Vigs by die mens. Wat MIV-1 aanbetref kan daar onderskei word tussen verskillende subtypes.

Tabel 1: MIV-1 Subtipes

MIV-1 Subtipe	Gebied
A	Sentraal en Oos-Afrika
B	Amerika, Europa, Thailand en Japan
C	Suidelike Afrika en Indië
D	Sentraal, Oos- en Suidelike Afrika
E	Thailand, Japan en Indië
F	Romenië, Brazilië en Zaire
G	Wes-Afrika
H	Wes-Afrika en Taiwan
O	Wes-Afrika

(Thomas en Lipman, 1997:9).

Thomas en Lipman (1997:10) meen dat die voorkoms van die verskillende subtipes van MIV-1 in verskillende dele van die wêreld, ernstige probleme veroorsaak wat die ontwikkeling van 'n entstof aanbetref. Die rede vir laasgenoemde is dat navorsing vir die ontwikkeling vir 'n entstof in die algemeen fokus op die MIV-1 B subtipe soos in Amerika en Europa gevind word, en baie dele van die wêreld deur ander subtipes van MIV-1 geaffekteer word. Wetenskaplikes wat navorsing doen ten einde 'n teenmiddel vir MIV te ontwikkel erken dat daar meer gefokus behoort te word op ander subtipes van MIV-1, en navorsing in Suid-Afrika fokus op MIV-1 C.

2.5 Kliniese Beeld van MIV/Vigs

2.5.1 Wysies van oordraging van MIV

Macklin (1991:20-24) wys daarop dat infektering, wat dui op die oordra van die virus vanaf een persoon na 'n ander, slegs op die volgende wysies kan geskied:

- Deur onveilige seksuele omgang met 'n geïnfekteerde persoon
- Deur blootstelling aan geïnfekteerde bloed
- Deur die geïnfekteerde moeder aan die fetus.

2.5.1.1 Infektering na aanleiding van onveilige seksuele omgang

Volgens Bor, Miller en Goldman (1992:163) blyk dit dat MIV partikels in meeste liggaamsvloeistowwe gevind kan word soos semen, vaginale vloeistowwe en bloed. Daar is egter net sekere wyses waarop die virus oorgedra kan word, waarvan penetrerende seksuele kontak die belangrikste is, en MIV daarom oorspronklik ook waargeneem is by persone met 'n verskeidenheid van seksmaats. Hoffman (1996:10) is van mening dat anale omgang die gevaarlikste vorm van seksuele omgang is wat die verspreiding van die virus aanbetref, aangesien die moontlikheid van skeuring van die anus gedurende omgang bestaan. Verder is daar ook 'n groot risiko vir kondome om te skeur gedurende anale omgang. Wat vaginale omgang aanbetref word die kans op infektering verhoog waar skeuring van die vagina voorkom, asook met voorkoms van seksueel oordraagbare siektes wat sere veroorsaak, en menstruele bloed. MIV kan verder oorgedra word na aanleiding van orale seks, hoewel dit blyk dat MIV meermale in gevalle van fellatio (orale seks op 'n man) oorgedra word as by cunnilingus (orale seks op 'n vrou).

2.5.1.2 Infektering na aanleiding van blootstelling aan geïnfekteerde bloed

Bor *et al.* (1992:65) noem dat infektering na aanleiding van blootstelling aan geïnfekteerde bloed veral verband hou met die deel van spuitnaalde onder binne-aarse dwelm gebruikers, die gebruik van seks speelgoed en verskeie vorme van vel deurboring soos tatoëring en die inskiet van gaatjies in byvoorbeeld die ore, neus en naeltjie, waar instrumente nie genoegsaam gesteriliseer is nie. Hoffman (1996:9) konstateer dat die toediening van geïnfekteerde bloed gedurende bloedoortappings ook 'n wyse is waarop MIV oorgedra word, hoewel dit vandag baie selde nog gebeur. Die voorkoms van ongelukke gedurende mediese prosedure waar mediese personeel hulself byvoorbeeld kan raak steek met 'n spuitnaald wat op 'n geïnfekteerde persoon gebruik is, is ook 'n verdere risiko. Paramediese personeel wat slagoffers behandel op ongelukstonele loop ook 'n hoë risiko wat MIV aanbetref.

2.5.1.3 Infektering van die fetus en baba deur die moeder

Dit blyk dat MIV van die moeder na die fetus oorgedra word *in utero*, gedurende geboorte, of as gevolg van borsvoeding. (Vergelyk Bor, *et al.* 1992:65 en Hoffman, 1996:10.) Daar word tans eerder verwys na ouer-tot-kind oordraging, in plaas van moeder-tot-kind oordraging ten einde die vader/seksmaat se aandeel in hierdie proses ook uit te wys (Francis, 2000:3). By bespreking van oordraging van ouer-na-kind sal daar egter na die moeder verwys word aangesien die vader se bydra in die volgende hoofstuk bespreek sal word.

Volgens Evian (1996:127) is dit belangrik om in ag te neem dat infektering van die fetus deur die moeder nie beteken dat die MI-virus self oorgedra word nie, maar dat die moeder MIV-teenliggaampies aan die fetus oordra wat dan ook positief sal reageer op die ELISA toets. Whiteside en Sunter (2000:12) verduidelik dat babas van moeders met MIV/Vigs wel 'n 30% kans staan om MIV *in utero* op te doen sonder die gebruik van anti-retrovirale middels. Waar die teenliggaampies *in utero* oorgedra word, is daar egter 'n groot kans dat die baba na 12-18 maande negatief sal toets vir MIV, veral waar daar van anti-retrovirale middels gebruik gemaak word. Wat borsvoeding aanbetref wys 'n UNAIDS dokument daarop dat die vermyding van borsvoeding deur MIV-positiewe moeders die baba se kans om MIV op te doen tussen 20-25% kan verminder (Couselling and Voluntary HIV Testing for Pregnant Women in High HIV Prevalence Countries, 2000:4). Whiteside en Sunter (2000:13) meen weer dat vermyding van borsvoeding, veral waar armoede voorkom aanleiding kan gee tot sterftes onder kinders as gevolg van ander redes.

Evian (1996:127) kyk ook na 'n verdere wyse waarop kinders met MIV geïnfekteer kan word waarvan daar baie selde melding gemaak word, naamlik seksuele molestering. Die afleiding wat hieruit gemaak kan word is dat babas wat na 15-18 maande negatief toets vir MIV, nie in die selfde kategorie sal val as kinders wat seksueel gemolesteer is nie, aangesien die die virus self na aanleiding van seksuele molestering oorgedra sal word, en nie die teenliggaampies soos *in utero* nie.

2.5.2 MIV-toetsing

ELISA of die *enzyme-linked immunosorbent assay* is een van die toetse wat uitgevoer word ten einde te bepaal of 'n persoon MIV-positief is (Hoffman, 1996:14). Anderson en Wilkie (1992:42) wys daarop dat die ELISA toets 'n *teenliggaam* toets is, wat dui daarop dat die toets uitgevoer word ten einde teenliggaampies wat deur die liggaam geproduseer is teen die MI-virus, waar te neem. Volgens laasgenoemde skrywers beperk die venster periode van die virus die ELISA toets aangesien die teenliggaampies nie gedurende hierdie periode waargeneem kan word nie. Dit is dus nodig dat twee ELISA toetse oor 'n tydperk ondergaan word, veral waar die persoon moontlik nog in die venster periode van die virus verkeer. Indien albei ELISA toetse positief is, is dit belangrik dat die persoon ook die meer definitiewe toets, naamlik die Western Blot toets ondergaan wat ook 'n *teenliggaam* toets is (Hoffman, 1996:14).

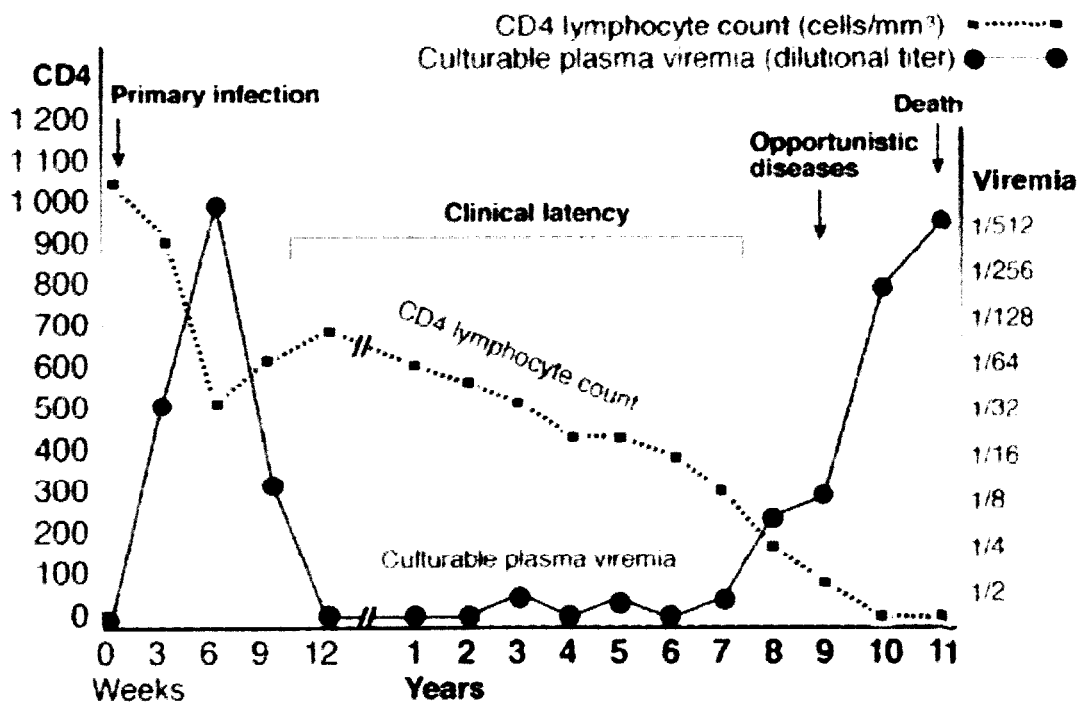
Daar bestaan ook *antigeen* toetsing vir MIV, wat bekend staan as die *polymerase chain reaction technique* of PCR. Laasgenoemde impliseer volgens Anderson en Wilkie (1992:43) toetsing ten einde dele van die virus se materiaal self waar te neem. Hierdie tegniek word egter gebruik vir navorsingsdoeleindes, en nie vir kliniese diagnostiese toetsing nie. 'n Goeie voorbeeld van die voordele van antigeen toetsing is vroeër deur die navorser uitgewys waar weefsel van persone wat tussen 1959-1977 onverklaarbaar gesterf het, later getoets kon word om aan te dui dat hierdie persone wel na aanleiding van Vigs gesterf het.

Daar bestaan ook 'n vorm van toetsing wat nog nie in Suid-Afrika benut word nie naamlik "*rapid*" of snelle MIV-toetsing. Deur hierdie toets word teenliggaampies waargeneem binne 5-30 minute na toetsing. 'n Tweede snelle toets sal ook na 'n tydperk van 25 dae ondergaan word waar die eerste toets reaktief was, dit wil sê positief gereageer het op MIV-teenliggaampies. Daar word van verskeie snelle MIV-toetse in verskillende lande oor die wêreld gebruik gemaak en MIV-toetse waar orale vloeistowwe vir toetsing gebruik word, word ook ontwikkel (Medical Advocates for Social Justice, 2002:8).

2.5.3 Fases in MIV/Vigs

Ten einde beter insig te bekom rondom MIV/Vigs is dit nodig om te let op die verloop van MIV/Vigs as siekte by die mens. Daar word dan vervolgens verwys na die verskillende fases van MIV/Vigs wat ook verband hou met die CD4 sel telling. Die volgende figuur kan saam met die fases van MIV/Vigs benut word ten einde die CD4 sel telling in verband te bring met die progressie van die siekte.

Figuur 1: CD4 sel telling oor 'n tydperk van 11 jaar



(Whiteside en Sunter, 2000:9).

Hierdie figuur wys hoe die CD4 sel telling oor 'n tydperk van 11 jaar al laer word soos wat CD4 selle sterf en daar deurentyd meer MIV selle geproduseer word om CD4 selle te vernietig. Waar die CD4 sel telling baie laag begin word blyk dit dat MIV selle baie meer word. Waar die CD4 sel telling en die MIV sel vlakke met mekaar kruis by ongeveer 8 jaar, word die geïnfecteerde persoon se kans vir sterfte as gevolg van opportunistiese infeksies baie hoog.

2.5.3.1 Venster periode

Die venster periode dui volgens Anderson en Wilkie (1992:43) op 'n 3-6 maande periode wat dit die MIV-teenliggaampies neem om geproduseer te word nadat MIV-infeksie plaasgevind het. Hoffman (1996:11) sien hierdie fase as 'n aanvangsfase. Dit word veral gekenmerk aan 'n kort periode van 10-21 dae wat volg direk na infektering. Gedurende hierdie periode word daar hoër vlakke van die virus geproduseer as in enige ander fase, hoewel die teenliggaampies wat die liggaam teen die virus ontwikkel gewoonlik eers na ses maande vanaf infektering waargeneem kan word.

'n Persoon wat moontlik MIV-geïnfekteer is behoort herhaaldelike toetsing te ondergaan totdat hierdie tydperk verstryk het, aangesien daar met geen sekerheid 'n diagnose gemaak kan word nie (Anderson en Wilkie, 1992:43). Doctors for Life (1999:27) noem egter dat teenliggaampies alreeds 4-12 weke na infektering waargeneem kan word. Die navorser se ervaring in die praktyk dui daarop dat hoe gesonder 'n persoon is tydens infektering, hoe langer neem die venster periode om verby te gaan. Dit blyk dat persone wat met MIV geïnfekteer word en terselfdetyd ook ander siektes het wat deur die immuunstelsel afgeweer moet word, baie vinniger deur die venster periode sal beweeg. Dit wil dus voorkom of die duur van die venster periode nie veralgemeen kan word nie, maar dat daar op die geïnfekteerde individu se algemene gesondheid gelet behoort te word.

Whiteside en Sunter (2000:8) verduidelik dat 'n persoon wat in die venster periode verkeer 'n kort tydperk van ongesteldheid kan beleef wat veroorsaak word deur die vinnige vermeerdering van die virus, en die liggaam se reaksie op hierdie vermeerdering. (Sien Figuur 1 by ongeveer 6 weke). Van hierdie simptome is koors, vergrote kliere, flouheid en verlies aan aptyt (Hoffman, 1996:11). Vergrote of geswolle kliere ook bekend as *Persistent Generalised Lymphadenopathy* (PGL) dui volgens die navorser se ervaring vir baie persone wat nog nie MIV-toetsing ondergaan het nie aan dat die moontlikheid van infektering nie meer ontken kan word nie. PGL is dus een van die simptome wat ernstige kommer en spanning kan veroorsaak, veral waar persone bewus is van risiko gedrag of situasies waar hul MIV kon opdoen in die verlede.

PGL kom gewoonlik die eerste keer voor gedurende MIV sero-omskakeling en kan tot drie maande na sero-omskakeling steeds voorkom. Soveel as 30% van alle geïnfekteerde persone ontwikkel PGL gedurende hierdie tydperk. Wanneer 'n persoon egter eers baie later in die siekte hierdie swelling van kliere ontwikkel is die kans goed dat dit die manifestasie van 'n ander probleem is byvoorbeeld Lymphoma(Thomas en Lipman, 1997:64).

Simptome soos bogenoem ontstaan as gevolg van die “oorlog” tussen die virus en die immuunsisteem waar beide die virus en die selle wat deur die virus aangeval word vinnig vermeerder, maar mekaar net so vinnig vernietig. Uiteindelik sal die virus die immuunselle vinniger begin vernietig as wat hierdie selle vervang kan word deur nuwe selle. Die CD4 sel telling sal dan stadig maar seker begin afneem. Hierdie proses staan ook bekend as *sero-omskakeling* waar teenliggaampies positief reageer op MIV-toetsing en daar nou gesê kan word dat die geïnfekteerde persoon MIV-positief is(Francis, 2000:3). Die navorser is verder bewus daarvan dat die simptome en gebeure soos bogenoem, ongelukkig dikwels in Afrika as Malaria gediagnoseer word. Hierdie verkeerde of laat diagnose van MIV gee aanleiding tot vele ander probleme.

Hoewel hierdie fase nie noodwendig waarneembaar is nie, gaan dit dikwels gepaard met simptome wat deur spanning veroorsaak word. Macklin (1991:105) konstateer dat daar talle persone is wat hul bekommer oor gebeure uit hul verlede waar blootstelling aan MIV moontlik kon voorkom. Hierdie groep bestaan hoofsaaklik uit persone wat blootgestel is aan eksperimentering met binne-aarse dwelms, seksuele betrokkenheid by 'n persoon uit 'n hoë-risiko kategorie en ook persone wat gesondheidsdienste lewer. Burnard (1992:117) verwys na hierdie kommer as die *old nemesis*, waar 'n persoon voel dat haar verlede besig is om haar in te haal. Dit blyk volgens Macklin (1991:105) dat hierdie persone obsessief en angstig raak waar simptome voorkom wat mag dui op MIV-infektering. Die simptome soos reeds genoem, kom gewoonlik voor gedurende die kort tydperk van ongesteldheid wat met hierdie fase gepaard gaan. Die besluit om MIV-toetsing te ondergaan kan baie gekompliseerd wees en affekteer nie slegs die individu nie, maar ernstige spanning en druk word geplaas op die gesins- en verhouding sisteme.

2.5.3.2 Inkubasie periode

Die inkubasie periode word deur sommige outeurs gesien as die periode waar 'n persoon geïnfekteer is en positief sal toets vir MIV, maar nog nie siek geword het nie. Die inkubasie periode in Afrika kan tussen 6-8 jaar duur (Whiteside en Sunter, 2000:9). Ten einde meer duidelikheid aan die verloop van MIV gee, sal die navorser na bogenoemde fase verwys as die asimptomatiese fase. Hierdie fase sal later meer volledig bespreek word.

Soos reeds genoem kan die inkubasie periode in Afrika 6-8 jaar duur, in vergelyking met die Weste waar dit so lank as 10 jaar duur voordat 'n geïnfekteerde persoon siek word.

Die volgende redes kan aangevoer word ter verduideliking:

- Afrikane se voeding is nie so gebalanseerd soos die van Westerlinge nie aangesien Afrikane nie in 'n finansiële posisie staan om die beste of nodige voedselprodukte te bekostig nie. Francis (2000:7) is ook oortuig dat die Westerse invloede op Afrika daartoe aanleiding gegee het dat verfynde en geprosesseerde voedselprodukte gebruik word. Hierdie produkte het dikwels geen voedingswaarde nie en aangesien dieetkundige inligting nie oral vrylik beskikbaar is vir alle Afrikane nie, word hierdie produkte steeds gebruik.
- As gevolg van bogenoemde dieet van Afrikane is hul immuunsisteme nie noodwendig so sterk nie, en is hul meer kwesbaar vir siektes wat dan veroorsaak dat gesondheid agteruit gaan (Whiteside en Sunter, 2000:10).
- Die navorser sal ook as verdere rede wil aanvoer dat Westerse lande oor gevorderde gesondheidsdienssisteme beskik waar gespesialiseerde dienste gelewer word en gespesialiseerde medikasie bekom kan word. Laasgenoemde is in Afrika nie altyd beskikbaar nie en in meeste gevalle nie bekostigbaar nie. Die navorser is bewus daarvan dat daar veral van tradisionele genesers gebruik gemaak word, maar dat allopatiese behandeling vir infeksies en oppertunistiese siektes by 'n persoon met MIV/Vigs, meer gewens is.

Bor *et al.* (1992:165) verduidelik dat daar vier fases deur die *Centers for Disease Control* (CDC) geïdentifiseer is in die verloop van MIV/Vigs. MIV word geklassifiseer in terme van vroeë en laat fases, en al hoe meer medici begin MIV beskou as 'n siekte met geen werklike asimptomatiese fases nie, maar eerder 'n stel van kliniese sindrome. Vir die doeleindes en duidelikheid van hierdie studie sal daar egter gekyk word na die asimptomatiese fase, die vroeë simptomatiese fase, en die laat simptomatiese fase wat grens aan Vigs(*terminale fase/full blown Aids*).

2.5.3.3 Die Asimptomatiese Fase

Die asimptomatiese fase word deur Macklin (1991:106) beskryf as die skeiding tussen die normale lewe en die lewe gepaardgaande met die risiko van noodlottige siekte. Hoffman (1996:14) verduidelik dat hierdie fase dikwels 'n uitgerekte fase is, hoewel daar by persone wat seropositief is 'n groot moontlikheid vir die ontwikkeling van Vigs en vroeë sterfte kan bestaan as gevolg van immunologiese agteruitgang. Macklin (1991:106) is van mening dat die asimptomatiese fase (seropositiwiteit) die begin is van 'n krisisfase waar die persoon van gesond tot siek, of van normaal tot gestigmatiseer kan beweeg. Volgens Doctors for Life (1999:31) kom 'n persoon in hierdie fase gesond voor. Geen simptome word ervaar nie en normale daaglikse aktiwiteite kan beoefen word. Waar 'n gesonde persoon ongeveer 1 200 CD4 selle per mikroliter bloed het, sal 'n geïnfekteerde persoon in hierdie fase ongeveer 1 000 CD4 selle per mikroliter bloed hê. (Vergelyk Whiteside en Sunter, 2000:8 en Doctors for Life, 1999:31.)

Dit blyk dat baie persone in hierdie fase die moontlikheid van ernstige siekte ontken. Die rede vir laasgenoemde mag wees dat hierdie fase ongesiens voorkom, aangesien immunologiese agteruitgang nie altyd waargeneem kan word nie. Hoffman (1996:14) wys egter op die psigologiese impak van hierdie fase waar 'n persoon bewus is daarvan dat hy MIV-positief is. Angstigheid, spanning, depressie en hiperventilasie kom dan dikwels voor. Die navorser wil by bogenoemde psigologiese impak aansluit deur te noem dat dit uit die praktyk blyk dat psigologiese simptome ook immunologiese agteruitgang kan veroorsaak. Sommige kliënte ervaar meer spanning, angstigheid en

depressie as ander, en dit wil voorkom asof hierdie persone vinniger afname toon in hul gesondheid. Die navorser kon geen werklike wetenskaplike resultate vind om laasgenoemde stelling te staaf nie, maar is oortuig dat psigologiese simptome 'n definitiewe invloed kan uitoefen op immunologiese agteruitgang.

2.5.3.4 Die Vroeë Simptomatiese Fase/Vroeë MIV

Die Vroeë simptomatiese fase sluit die fase in wat oorspronklik bekend gestaan het as die *Aids Related Complex (ARC)* of *Vigs Verbandhoudende Kompleks*, waar daar beweeg word vanaf 'n wêreld met kroniese siekte sonder mediese simptome, na 'n wêreld van kroniese siekte met mediese simptome (Macklin, 1991:109). Hoffman (1996:14) verduidelik dat waar seropositiwiteit gedurende die asimptomatiese fase 'n onsigbare geheim was, daar nou duidelike fisiese simptome voorkom. Doctors For Life (1999:33) verwys na hierdie simptome as ligte simptome soos gewigsverlies, koors, uitslag, moegheid, geswolle kliere en bors infeksies soos verkoue. Gedurende hierdie fase kan die meeste geïnfekteerde persone hul normale daaglikse aktiwiteite uitvoer sonder om enige ernstige probleme te ervaar. 'n Persoon wat in hierdie stadium van die siekte verkeer se CD4 sel telling kan egter al so laag as 500 selle per mikroliter bloed wees. Immunologiese agteruitgang kom dus deurentyd voor, hoewel die persoon nog redelik gesond mag lyk.

Uit die praktyk blyk dit vir die navorser dat veral vel uitslae een van die eerste ligte infeksies is wat in hierdie fase voorkom. Verder word wonde moeilik gesond, verkoues gaan nie weg nie en diarree word ervaar as gevolg van bakteriese infeksies. Geïnfekteerde persone kan ook dikwels vanaf hierdie fase direk oorgaan tot Vigs.

2.5.3.5 Die Laat Simptomatiese Fase/Laat MIV

Die verloop van MIV/Vigs word as eienaardig of sonderling beskryf, hoewel dit uiteindelik aanleiding gee tot 'n terminale fase. Sommige persone in die laat simptomatiese fase het al so lank as vyf jaar en langer oorleef, terwyl ander persone binne

‘n maand na die eerste ernstige infeksie gesterf het. Daar bestaan dus geen enkele voorspelbare verloop van die siekte nie, en elke geval blyk ‘n unieke verloop te volg (Macklin, 1991:111). ‘n Verdere aspek wat in ag geneem behoort te word is wanneer ‘n persoon die laat simptomatiiese fases betree en sou oorbeweeg van MIV na Vigs, daardie persoon ook weer terug kan beweeg van Vigs, waar hy baie siek mag wees, na MIV waar hy weer ‘n gesonde normale lewe kan lei (Whiteside en Sunter, 2000:2).

Dit wil voorkom asof persone wat MIV-geïnfekteer is, en al tussen 10-15 jaar daarmee leef ‘n lae CD4 sel telling het, maar ‘n hoë CD8 sel telling het. CD8 selle kan beskryf word as sitotoksiese- en onderdrukkerselle, terwyl CD4 selle hoofsaaklik helperselle is. Bogenoemde impliseer dat die liggaam nie blootgestel word aan infeksies nie aangesien die geïnfekteerde persoon baie versigtig leef, en CD4 selle dus nie in groot hoeveelhede geproduseer hoef te word om verdere siektes af te weer nie. Daar bestaan dus ‘n verband tussen die produsering van nuwe CD4 selle en die vrystelling van nuwe MIV selle. Hoe meer CD4 selle geproduseer word, hoe meer MIV selle kan vrygestel word nadat die CD4 selle deur MIV geïnfekteer is. Daarom mag dit wees dat persone met ‘n lae CD4 sel telling en ‘n hoë CD8 sel telling so lank as 10-15 jaar met MIV kan leef (Francis, 2000:2).

Die laat simptomatiiese fase word gekenmerk aan ernstiger simptome as die vorige fase. Simptome soos nagsweet, koors, uitslag, geheue verlies, diarree, moegheid, gewigsverlies, vergrote kliere, herpes en sekere kanker sere kom voor (Hoffman, 1996:14). Soos wat die CD4 sel telling laer word sal die geïnfekteerde persoon ernstiger simptome beleef. Opportunistiese infeksies sal ook begin voorkom. Thomas en Lipman (1997:16) verduidelik dat daar talle opportunistiese infeksies bestaan wat die verskillende dele en organe van die liggaam affekteer. Voorbeelde van hierdie opportunistiese siektes word in Hitchens (1992:103) deur ‘n jong MIV-pasiënt as volg beskryf: ***“I was diagnosed with Aids Related Condition (ARC) in 1982. I had low helper cells, warts that wouldn’t go away, candidiasis on my tongue, hepatitis, CMV, mononucleosis, pneumonia, herpes, and shingles. In April 1984 I was diagnosed with Kaposi’s sarcoma and lymphoma”***. Hierdie beskrywing is baie duidelik van ‘n geïnfekteerde

persoon wat oorbeweeg het vanaf die vroeë simptomatiese fase na die laat simptomatiese fase.

2.5.3.6 Vigs (Full Blown Aids)/Terminale Fase

Cameron (1993:2) verduidelik dat *verworwe immuniteitsgebreksindroom* 'n lewensgevaarlike sindroom is wat veroorsaak word deur die MI-virus. Die MIV-positiewe persoon word vatbaar vir opportunistiese organismes wat normaalweg skadeloos sou wees, maar wat nou die persoon se lewe kan kos. Die vraag kan ontstaan, wanneer Vigs dan nou werklik voorkom. Volgens Hoffman (1996:14) bestaan daar sekere Vigs-indikatore soos Kaposi's sarcoma, pneumocystis pneumonie, indringende servikale kanker en tuberkulose, wat 'n aanduiding is dat Vigs wel voorkom. Hierdie indikatore hou verband met die CD4 sel telling, aangesien 'n sel telling laer as 200 selle per mikroliter bloed, die definitiewe voorkoms van een van die bogenoemde infeksies kan impliseer. Baie min persone sterf egter voordat die sel telling nie laer as 50 selle per mikroliter is nie (Hoffman, 1996:14-15). Sommige outeurs koppel die voorkoms van Vigs slegs aan 'n baie lae CD4 sel telling, maar in hierdie studie fokus die navorser ook op die voorkoms van Vigs-indikatore ten einde meer duidelikheid te gee aan die samehang van 'n lae CD4 sel telling en die voorkoms van sekere siektes. Met bespreking van die volgende siektes is dit ook belangrik om in ag te neem dat hierdie siektes nie noodwendig gelyktydig sal verskyn of dat al hierdie siektes tydens dié fase by 'n geïnfekteerde persoon sal voorkom nie. Daar word vervolgens gelet op verskillende oppertunistiese siektes wat mag voorkom in die verskillende fases van MIV/Vigs.

2.5.4 Voorkoms van opportunistiese siektes voor die terminale fase

2.5.4.1 Orale Candidiasis

Candida kom dikwels voor wanneer 'n geïnfekteerde persoon se CD4 sel telling nog bo 200 selle per mikroliter bloed is, maar dit kom meer algemeen voor met die progressie van MIV. Candida is tipies 'n wit stremsel binne-in die mond wat baie onaangenaam kan wees vir die geïnfekteerde persoon(Thomas en Lipman, 1997:68). Volgens Francis (2000:6) vererger suiker en gis Candida deurdat dit die groei daarvan bevorder. Laasgenoemde gee aanleiding daartoe dat die geïnfekteerde persoon dit moeilik vind om te eet, wat weer aanleiding gee tot gewigsverlies. Dit blyk dat produkte met suiker en gis dus uit die dieet geskakel kan word, en met ander produkte vervang kan word sodat die geïnfekteerde persoon selde probleme sal ondervind met Candida, en dit moontlik sal wees om die ongemak en pyn van onbehandelde of gevorderde Candida wat dikwels onder Afrikane voorkom, te ontwyk. Daar bestaan egter ernstige probleme by dieetkundiges met Francis(2000:6) se opinie dat suiker en gis uit die MIV-pasiënt se dieet gelaat behoort te word, en vervang moet word met ander produkte. Francis(2000:6) wat hoof van die Aids Centre in Harare is, het egter hierdie metode beproef en gevind dat dit baie effektief is in die voorkoming van Candida.

Figuur 2: Orale Candidiase by 'n volwassene



(Friedman-Kien en Cockerell, 1996:160).

Figuur 3: Orale Candidiase by 'n kind (6 jaar)



(Friedman-Kien en Cockerell, 1996:174).

2.5.4.2 Retinitus

Volgens Hollander en Katz (1999:1236) is retinitus die mees algemene infeksie van die retina by pasiënte met MIV. Dit is asimptomaties, maar kom gewoonlik eers laat in die siekte voor. Thomas en Lipman (1997:28) verduidelik dat retinitus gekenmerk word aan baie klein wolagtige vlekies wat op die retina van die oog voorkom. Hierdie vlekies is nie kwaadaardig nie en verminder spontaan (Hollander en Katz, 1999:1236).

Die navorser se ervaring uit die praktyk het daarop gedui dat selfs waar opportunistiese infeksies nie ernstig van aard is nie, die kliënt steeds minderwaardig en vernederd voel waar dit voorkom. Dit is dus nodig om na hierdie opportunistiese infeksies te kyk in terme van die kliënt se ervaring daarvan, en nie noodwendig as net 'n skadelose opportunistiese infeksie nie.

Figuur 4: Retinitis



(Thomas en Lipman, 1997:27).

2.5.4.3 Seksueel oordraagbare siektes (SOS)

Thomas en Lipman (1997:82) is van mening dat SOS baie hoog op die lys vir mediese behandeling geplaas behoort te word. Die rede hiervoor is dat MIV self 'n SOS is, en dat ander SOS dikwels saam met MIV aan 'n persoon oorgedra kan word. Veral siektes soos gonorree en chlamydia, en ander oorsake van penale/vaginale afskeidings kan by pasiënte met MIV verwag word. Dit is ook belangrik dat vroue met MIV vir SOS ondersoek word aangesien dit dikwels versteek kan voorkom.

Figuur 5: Gonorree by die man



(Thomas en Lipman, 1997:81).

Waar daar in kontak gekom word met die kliënt wat 'n SOS het, is die navorser van mening dat die kliënt, veral vroue so gou as moontlik mediese behandeling behoort te ontvang aangesien SOS ongemak en pyn veroorsaak, aan seksmaats oorgedra kan word, en ook die ongebore baba kan affekteer. Hoewel die gebruik van kondome aangemoedig word vir enige persoon met 'n SOS is dit nie altyd moontlik binne die Afrika-kultuur nie, maar word mediese behandeling steeds aanbeveel.

Figuur 6: Genitale Herpes by die vrou



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

2.5.5 Voorkoms van opportunistiese siektes tydens die terminale fase

Daar word nou kortliks gekyk na die volgende opportunistiese siektes wat ook bekend staan as Vigs-indikatore en aanduidend is van 'n lae CD4 sel telling, en ook die moontlike aanduiding is dat daar oorbeweeg word van die laat simptomatiese fase na Vigs.

2.5.5.1 Kaposi's sarcoma (KS)

Kaposi's sarcoma affekteer volgens Hollander en Katz (1999:1234) nie net die vel nie, maar ook verskeie ander organe in die liggaam byvoorbeeld die longe, lewer, dik- en dunderm en die milt. Bor *et al.* (1992:175) noem dat KS in Westerse lande meer onder homoseksuele mans gevind word, maar in Afrika onder albei geslagte voorkom. Daar bestaan ook 'n moontlikheid dat KS deur 'n seksueel oordraagbare agent veroorsaak word.

Die tipe KS wat in die algemeen onder persone met MIV/Vigs gevind word, staan bekend as epidemiese KS, terwyl die tipe KS wat veral onder swart persone in Suid-Afrika gevind word bekend staan as endemiese KS. Friedman-Kien en Cockerell (1996:37-43) verduidelik dat vier vorme van endemiese KS in Afrika geïdentifiseer is naamlik:

- Goedaardige nodulêre KS- versprei min oor die liggaam maar kan oor 'n lang tydperk voorkom
- Agressiewe KS- stadig en progresserend van aard waar onderliggende weefsel vernietig word
- Blomryke KS- hoogs aggressiewe kanker met vinnige progressie en wat wyd oor die liggaam versprei
- Limfadenopatiese KS- kom hoofsaaklik by kinders voor en affekteer die limf nodes. Hoogs kwaadaardig en veroorsaak sterfte binne 1-2 jaar.

Waar KS die vel affekteer kom daar helder rooi letsels en onooglike sere voor wat meermale aan die laer gedeeltes van die liggaam gevind word. Waar ander organe geaffekteer word lyk KS eerder soos baie donker kolle of spikkels op die organe self(Hollander en Katz, 1999:1234). KS is 'n baie ernstige bloedselsiekte (kanker), en mediese behandeling is noodsaaklik(Bor, *et al.*1992:175).

Figuur 6: Genitale Herpes by die vrou



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

2.5.5 Voorkoms van opportunistiese siektes tydens die terminale fase

Daar word nou kortliks gekyk na die volgende opportunistiese siektes wat ook bekend staan as Vigs-indikatore en aanduidend is van 'n lae CD4 sel telling, en ook die moontlike aanduiding is dat daar oorbeweeg word van die laat simptomatiese fase na Vigs.

2.5.5.1 Kaposi's sarcoma (KS)

Kaposi's sarcoma affekteer volgens Hollander en Katz (1999:1234) nie net die vel nie, maar ook verskeie ander organe in die liggaam byvoorbeeld die longe, lewer, dik- en dunderm en die milt. Bor *et al.* (1992:175) noem dat KS in Westerse lande meer onder homoseksuele mans gevind word, maar in Afrika onder albei geslagte voorkom. Daar bestaan ook 'n moontlikheid dat KS deur 'n seksueel oordraagbare agent veroorsaak word.

Figuur 7: Endemiese Kaposi's Sarcoma



Nodulêre aggressiewe tipe KS



Aggressiewe tipe KS



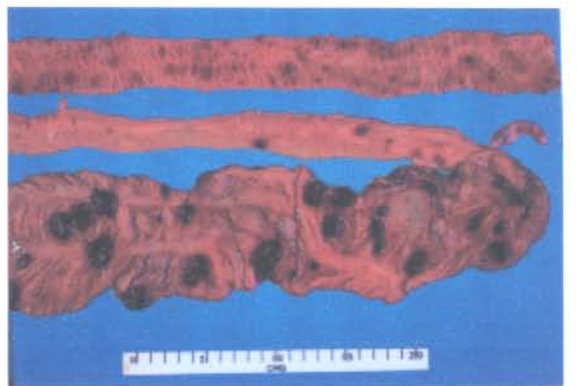
Goedaargige nodulêre tipe KS



Lokale aggressiewe tipe KS



Limfadenopatiesiese tipe KS



Blomryke tipe KS van die dun en dikderm

(Friedman-Kien en Cockerell, 1996:44).

2.5.5.2 Tuberkulose (TB)

TB is volgens Hollander en Katz (1999:1234) 'n siekte wat veral by Vigs-pasiënte voorkom met die progressiewe agteruitgang van die immuunsisteem. Die verspreiding van TB van een persoon na 'n ander geskied dus baie makliker waar persone MIV-positief is en verder gevaar loop om ook ander opportunistiese siektes op te doen. TB kom in die longe voor en word gekenmerk aan koors en kort asem(Thomas en Lipman, 1997:74). TB is egter nie aanduidend van Vigs voordat dit nie sistematiese verspreiding toon nie(Bor *et al.* 1992:172). Dit blyk volgens die Departement vir Nasionale Gesondheid dat 'n persoon met onbehandelde TB ongeveer 10-15 ander persone per jaar kan infekteer in Suid-Afrika(Departement vir Nasionale Gesondheid, 2000:3). Dit is dus nie verbasend dat 27% van alle MIV-pasiënte in Suid-Afrika ook deur TB geaffekteer word nie. Die volgende data word deur die Departement vir Nasionale Gesondheid weergegee.

Tabel 2: Verspreiding van TB en MIV/Vigs in provinsies van Suid-Afrika

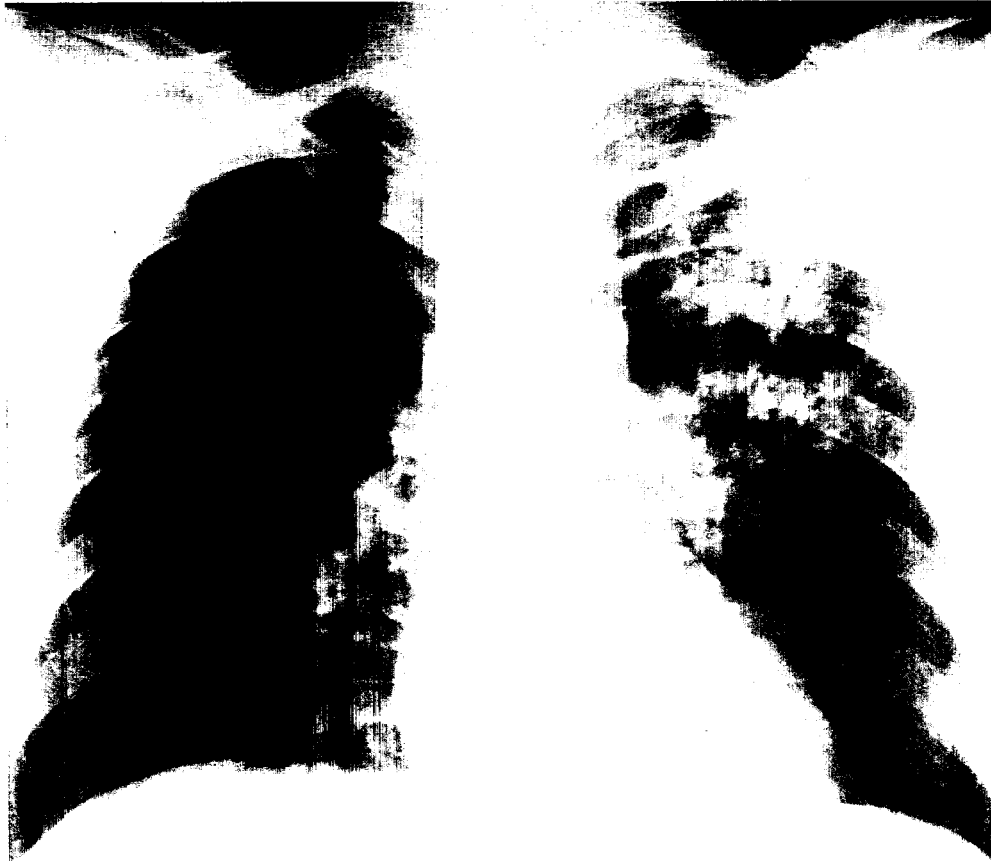
Provinsie	Persentasie Persone met TB en MIV/Vigs
Oos Kaap	20.4%
Vrystaat	32.1%
Gauteng	25.2%
KwaZulu Natal	45%
Mpumalanga	39.5%
Noord Kaap	13.6%
Noordelike Provinsie	16.7%
Noord Weste	25.9%
Wes Kaap	12%

(Departement vir Nasionale Gesondheid, 2000:3).

Uit praktykervaring kan die navorser ook noem dat daar by MIV-beraders, veral wat groepbyeenkomste, ondersteuningsgroepe en tuisbesoeke aan MIV-pasiënte aanbetref, groot vrees bestaan om self TB op te doen as gevolg van die wyse waarop onbehandelde TB oorgedra word. Hierdie aspek is vir sommige beraders moeilik om aan te spreek en

die dra van 'n masker oor die neus en mond deur die berader sal die persoon met MIV in 'n ongemaklike situasie plaas. Dit is dus belangrik om met MIV-pasiënte te gesels oor TB en pasiënte in te lig oor die gevare daarvan, veral waar MIV reeds voorkom. Die berader behoort dus toe te sien dat die pasiënt verwys word en behandeling ontvang ten einde verspreiding van TB te voorkom.

Figuur 8: Tuberkulose



(Thomas en Lipman, 1997:75).

2.5.5.3 Pneumocystis pneumonie

Pneumocystis pneumonie is die mees algemene opportunistiese infeksie en kom by ongeveer 75% MIV-pasiënte voor. Dit is hoofsaaklik die longe wat geaffekteer word, maar aangesien dit ook baie ooreenstem met TB en Kaposi's sarcoma is dit soms moeilik

om te diagnoseer(Hollander en Katz, 1999:1232). Pneumocystis pneumonie word volgens Bor *et al.* (1992:171) gekenmerk aan 'n droë hoes asook kort asem en koors.

Figuur 9: Pneumocystis pneumonie



(Thomas en Lipman, 1997:61).

2.5.5.4 Servikale kanker

Servikale kanker affekteer ongeveer 40% van alle vroue met MIV. Na aanleiding van laasgenoemde is dit nodig dat vroue met MIV elke ses maande hiervoor ondersoek word. Servikale kanker is dus baie meer aggressief onder vroue met MIV, as wanneer dit iemand sou affekteer wat nie MIV-positief is nie. Die meeste vroue met MIV en servikale kanker sterf dan eerder as gevolg van servikale kanker as aan enige ander opportunistiese siektes wat met Vigs verband hou(Hollander en Katz, 1999:1240).

2.6 Anti-retrovirale medikasie en die ontwikkeling van 'n MIV-entstof in Suid-Afrika

Cartledge (2000:5) beskryf die verskeidenheid medikasies wat deur persone met MIV/Vigs geneem word, asook die vorme van behandeling vir verskeie opportunistiese siektes en onderdrukking van die virus self, as 'n las vir hierdie persone. Medici in eerste wêreld lande poog dus om medikasie en behandeling te vereenvoudig en steeds die lewenskwaliteit van die pasiënt behoue te laat bly of te verbeter. Persone in Suid-Afrika wat hierdie medikasie kan bekostig is egter in die minderheid. Soos baie ander derde wêreld lande beskik Suid-Afrika nie oor die nodige kapasiteit en hulpbronne om self die medikasie vir MIV/Vigs-pasiënte te administreer en te verskaf nie. Die hoë pryse wat betaal word vir hierdie anti-retrovirale middels het groot ongelukkigheid in verskeie Afrika-lande, asook in Suid-Afrika gewek. In 'n koerant artikel *Aids Thinking Needs to be Expanded* noem die Minister van Gesondheid, Minister Tshabalala-Msimang dat Suid-Afrika se onvermoë om sekere medikasie aan pasiënte te kan voorsien ander effektiewe behandelingsmoontlikhede na vore gebring het. Sy meen dat die kragtige behandeling van opportunistiese siektes asook 'n gebalanseerde dieet, persone met MIV/Vigs sal help om langer en gesonder lewens te handhaaf (Pretoria News, 2001:4). Die navorser kan egter uit praktykervaring noem dat slegs 'n klein persentasie van persone met MIV beskik oor die finansiële vermoëns om 'n gebalanseerde dieet te volg. Minister Tshabalala-Msimang se oortuiging dat voorkoming van die verspreiding van MIV, Suid-Afrika se reaksie op hierdie kwessie behoort te wees, word dus deur die navorser gesteun, maar daar kan nie van arm MIV-geteisterde persone verwag word om 'n gebalanseerde dieet te volg waar daar nie eens genoeg geld beskikbaar is om slegs basiese behoeftes te vervul nie.

Effektiewe anti-retrovirale medikasie is dus ontwikkel teen MIV/Vigs, maar kan nie in Suid-Afrika voorsien word aan alle persone met MIV/Vigs nie. Groot getalle individue het om laasgenoemde rede hulself verbind tot organisasies en instansies wat poog om hierdie probleem aan te spreek. Volgens die koerant artikel *TAC Set to Take State to Court over Aids Drugs* (Pretoria News, 2001:3) is die Amerikaanse maatskappy *Bristol-Myers Squibb* een van die maatskappye wat hierdie behoefte geïdentifiseer het en ook

aangebied het om 'n Suid-Afrikaanse laboratorium te lisensieer vir die vervaardiging van bekostigbare generiese medikasies. Die lisensiëring van *Aspen Pharmacare* wat nou Videx asook Zerit aan Suid-Afrikaanse pasiënte kan voorsien, geld vir vyf jaar waarna die lisensiëring moontlik verleng sal word ten einde verdere dienste te lewer.

Bogenoemde is egter nie in dieselfde lig ontvang as waarin dit aangebied is nie. Daar is groot opslae gemaak toe die President Thabo Mbeki homself geskaar het teen die gebruik van anti-retrovirale middels en as motivering genoem het dat daar geen bewyse is dat MIV wel aanleiding kan gee tot Vigs nie. Daar is eerder genoem dat armoede en die gebruik van anti-retrovirale middels aanleiding kan gee tot Vigs. Die voormalige Suid-Afrikaanse president, Meneer Nelson Mandela het die erns en moontlike gevolge van hierdie stellings besef en die huidige regering gevra dat anti-retrovirale middels, en veral Nevirapien aan persone met MIV/Vigs voorsien moet word (Tregrove-Jones, 2002:18). Daar word nou kortliks gekyk na spesifieke anti-retrovirale middels in Suid-Afrika.

2.6.1 Anti-retrovirale middels

Aangesien virusse afhanklik is van selle vir die uitvoer van hul metaboliese prosesse, is dit moeilik om 'n middel te vind wat soortgelyk is aan klassieke antibiotikas wat virusgroeï blok sonder om selle te vernietig. Daar is egter sekere mengsels of samestellings geïdentifiseer wat spesifiek die virale proses inhibeer. Hierdie samestellings staan bekend as anti-virale, wat tot 'n sekere mate MIV inhibeer en die progressie tot Vigs laat afneem (Fan, Conner en Villarreal, 1996:60). Twee middels wat algemeen bekend is naamlik AZT en Nevirapien sal vervolgens bespreek word.

2.6.1.1 AZT

Wat spesifieke medikasie aanbetref wat groot opslae gemaak het in Suid-Afrika kan daar veral na *Azidothymidine* (AZT) gekyk word. Cotton en Watts (1996:205) verduidelik dat AZT die eerste anti-retrovirale medikasie was, en gedurende 1987 goedgekeur is. AZT word beskou as die middel wat publieke opinie ten opsigte van MIV verander het,

aangesien daar nou vir die eerste keer behandeling vir geïnfekteerde persone beskikbaar was. Volgens Fan *et al.* (1996:76) kan AZT beskryf word as ‘n geselekteerde gif teen MIV, aangesien dit selle toelaat om aan te hou groei en genetiese materiaal te vervaardig, maar MIV nie effektief geproduseer kan word nie. Vigs-pasiënte wat AZT neem toon toenemende oorlewing. Sonder AZT is die gemiddelde lewensverwachting van ‘n Vigs-pasiënt met ‘n oppertunistiese infeksie ongeveer ses maande. Met die gebruik van AZT sal ‘n soortgelyke pasiënt se lewensverwachting styg na ongeveer een-en-‘n-half jaar. Dit blyk dus dat behandeling met AZT tot ‘n sekere mate aanleiding gee tot herstel van die immuunfunksies. Daar is egter sekere nadele wat die gebruik van AZT aanbetref, aangesien dit oor ‘n lang tydperk normale selle in die liggaam vernietig. Bloedarmoede is ‘n algemene verskynsel by individue wat AZT neem aangesien bloedselle daardeur vernietig kan word. AZT-weerstand is ook al by individue met MIV waargeneem (Fan *et al.*, 1996:77).

In die meeste Afrika-lande het die onbekikbaarheid van AZT ernstige probleme veroorsaak, veral nadat daar bevind is dat AZT die oordraging van MIV van moeder na kind kan verminder. In die VSA is President Mbeki beskuldig van volksmoord aangesien hy van mening was dat AZT te duur is om aan swanger vroue te verskaf en daar geen gesondheidsinfrastruktuur vir die administrasie daarvan bestaan het nie. Waar verskeie instansies gepoog het om anti-retrovirale middels gratis aan verkragtingslagoffers en swanger vroue te voorsien, was die regering se laaste teen-argument dat indien alle geïnfekteerde persone in Suid-Afrika nie van anti-retrovirale middels voorsien kon word nie, geen spesifieke groep daarvan voorsien sou word nie (Swanepoel, 2001:4). Volgens die koerant artikel *Aids Thinking Needs to be Expanded* het Minister Tshabalala-Msimang het egter in Junie 2001 op ‘n UNAids vergadering gesê dat AZT wel vir geïnfekteerde swanger vroue voorsien sal word as ‘n “*package of care*” ten einde die oordraging van moeder na kind te verminder (Pretoria News, 2001:4).

2.6.1.2 Nevirapien

Nevirapien is 'n middel wat gedurende 1999 deur die Amerikaanse Nasionale Instituut vir Gesondheid by die Mulago-hospitaal in Uganda getoets is. Met hierdie middel is daar gepoog om die oordrag van MIV van moeder na kind te verminder tydens swangerskap. In Uganda is 'n groep van 308 vroue met AZT behandel en 'n groep van 310 vroue met Nevirapien. Slegs 13,1% van die vroue wat met Nevirapien behandel is se babas het MIV-positief getoets, terwyl 25,1% van die vroue wat met AZT behandel is se babas MIV-positief getoets het. Nevirapien is dus nie net meer effektief as AZT wat moeder-tot-kind oordrag aanbetref nie, maar die nodige eenmalige toediening daarvan kos slegs R24 per persoon, terwyl AZT teen R600 per persoon voorsien kan word en oor die laaste vier weke van die swangerskap toegedien moet word (De Lange, 1999:4).

Die navorser is van mening dat Nevirapien die eerste werklike middel is wat vroue toelaat om 'n keuse te kan maak ten einde te voorkom dat MIV aan hul ongebore babas oorgedra word, aangesien hierdie produk nie net bekostigbaar is nie, maar ook effektief is. Voorheen kon vroue met MIV slegs 'n keuse maak tussen abortering van die ongeborene of om 'n kind wat later moontlik ook MIV-positief sal wees, in die wêreld te bring, aangesien ander prosedures of medikasie onbekostigbaar of nie beskikbaar was nie. Daar bestaan egter soveel probleme rondom die verskaffing van Nevirapien aan swanger MIV-positiewe vroue in Suid-Afrika, dat daar met geen sekerheid bepaal kan word wat die Suid-Afrikaanse regering se volgende stap sal wees nie. Internasionale organisasies soos die *World Health Organisation (WHO)*, *UNAids* en die *VSA se National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID)* is van mening dat Nevirapien 'n effektiewe en veilige middel is om die verspreiding van MIV van moeder na kind te verminder en te voorkom (Altenroxel, 2002:1). Suid-Afrikaanse organisasies soos die *Treatment Action Campaign (TAC)* steun ook laasgenoemde. Voordat Nevirapien egter aan vroue verskaf kon word, was dit nodig dat die Suid-Afrikaanse regering dit goedkeur. Na vele onenigheid oor hierdie kwessie het provinsiale leiers die besluit in hul eie hande geneem en is Nevirapien by sekere hospitale beskikbaar gestel. Laasgenoemde optrede het die Suid-Afrikaanse regering ontstel en hierdie kwessie is uiteindelik onder die oë van die Suid-Afrikaanse regssisteem gebring. Regter Chris

Botha het aanbeveel dat die regering Nevirapien beskikbaar moet stel in alle staatshospitale. Die regering het dadelik appèl aangeteken teen hierdie uitspraak. Dr. Gwen Ramokgopa, LUR vir gesondheid in Gauteng het genoem dat hulle nie van plan was om Boehringer Ingelheim wat aangebied het om Suid-Afrika vir die volgende vyf jaar gratis van Nevirapien te voorsien, se aanbod te aanvaar nie (Pienaar, 2002:4). Die navorser kon tot op hede nog nie bepaal wat die werklike redes vir hierdie besluit was nie, maar vermoed dat daar ander agendas teenwoordig was as die gesondheid van MIV-geïnfekteerde swanger vroue en hul ongebore babas. Nevirapien is uiteindelik by staatshospitale beskikbaar gestel en Dr. Glenda Gray, hoof van die kindergesondheid navorsingseenheid by die Chris Hani Baragwanath Hospitaal in Soweto verduidelik dat soveel as 22 nuwe gevalle per dag aangemeld word vir die gebruik van Nevirapien (Jubasi, 2002:1). Die moontlike deregistrasie en onttrekking van Nevirapien kan dus groot ongelukkigheid veroorsaak en Dr. Gray meen dat dit onmoontlik is om te verstaan waarom die effektiwiteit en veiligheid van Nevirapien bevraagteken word, aangesien hierdie aspekte reeds gedurende 2000 in die Nevirapien-studie in Suid-Afrika aangespreek is.

Vir meeste Suid-Afrikaners maak die onenigheid tussen organisasies soos die TAC en die regering geen sin nie. Hoewel die *WHO*, *UNAids* en ander belangrike instansies die gebruik van Nevirapien aanmoedig, was die Suid-Afrikaanse regering van mening dat hierdie middel nie meer verskaf behoort te word nie as gevolg van sekere tegniese en administratiewe aspekte wat geensins verband gehou het met die effektiwiteit en veiligheid van die middel nie (Seepe, 2002:9). Nadat die regering aanbeveel is om Nevirapien beskikbaar te stel by staatshospitale het sommige hospitale dit ontvang, maar wag die meeste hospitale steeds daarvoor.

Buiten vir die regering se appèl teen die uitspraak dat staatshospitale van Nevirapien voorsien moet word, en moontlike tegniese punte waarop Nevirapien in Suid-Afrika verbied kan word, is daar ook ander redes wat aangevoer is om die verskaffing van hierdie noodsaaklike produk te voorkom. Die Minister van Gesondheid, Dr. Tshabalala-Msimang poog om sekere aspekte wat die implimentering van Nevirapien-projekte in

verskeie provinsies aanbetref, as verdere rede te gebruik om die verskaffing van Nevirapien aan swanger vroue te voorkom. Sy wys daarop dat hierdie projekte geen infrastruktuur het nie en dat daar nie soortgelyke stappe in al die provinsies gevolg word nie (Granelli, 2002:2). Die navorser beskou laasgenoemde nie as 'n werklike probleem nie aangesien oppertunistiese siektes van persone met MIV by alle hospitale in die land behandel word ten spyte daarvan dat minder as 10% van alle Suid-Afrikaanse hospitale deur die regering voorsien is van die nasionale riglyn vir die behandeling van oppertunistiese infeksies (Granelli, 2002:2). Die navorser is oortuig dat die implimentering van Nevirapien 'n baie eenvoudiger proses is om te volg as die behandeling van oppertunistiese siektes. Die volgende eenvoudige stappe dui die proses aan waar Nevirapien toegedien sal word indien dit beskikbaar is by staatshospitale:

- Swangerskap word bevestig
- Die vrou word gevra of sy berading wil ontvang en MIV-toetsing wil ondergaan
- Indien skriftelike toestemming van die vrou ontvang word, word berading verskaf en die vrou ondergaan MIV-toetsing
- Indien die vrou MIV-negatief toets word sy van program verwyder en gevra om baba te borsvoed
- Indien die vrou MIV-positief toets word berading voorsien en die vrou word Nevirapien aangebied
- Die vrou word aangeraai om nie haar baba te borsvoed nie
- Die Nevirapien-tablet word soms saam huis toe gegee
- Die vrou drink Nevirapien sodra kraampyne begin
- Dokters word opgelei om nie instrumente gedurende geboorte te gebruik nie en die vrou se water moet verkieslik nie spontaan breek nie
- 'n Keisersnee kan die kans op oordrag van MIV van moeder na kind met ongeveer 50% verlaag
- Binne 72 uur na geboorte kry die baba Nevirapien-druppels in die mond
- By die aanvoerprogramme kry die ma 6 maande se voorraad melkformule om huis toe te neem (Pienaar, 2002:4).

Die navorser wil weereens beklemtoon dat bogenoemde stappe in meeste hospitale geneem kan word, aangesien berading, MIV-toetsing en opgeleide mediese personeel by

alle staats hospitale beskikbaar is. Al wat dus benodig word is die verskaffing van Nevirapien om hierdie eenvoudige maar effektiewe prosedures te volg.

Die verskaffing van middels soos Nevirapien aan behoeftige en geaffekteerde persone in Suid-Afrika hou nie alleenlik verband met of hierdie middels effektief en bekombaar is nie, maar is ook 'n politiese en finansiële kwessie. Die voormalige ANC parlamentslid, Peter Mokaba wat onlangs oorlede is, het die regering gesteun in sy poging om die voorsiening van Nevirapien stop te sit, deur te noem dat pro-Nevirapien aktiviste en nie-regeringsorganisasies Nevirapien slegs bemark aangesien hulle agente vir farmasetiese maatskappye is, en Suid-Afrika in 'n verkooppunt vir hul produkte wil omskep. Mnr. Mokaba het verder genoem dat daar volgens hom steeds geen wetenskaplike bewyse is dat MIV aanleiding kan gee tot Vigs nie. Hy was van mening dat daar ook geen duidelike bewyse is dat seksuele omgang bydra tot die verspreiding van MIV nie. Hy het verder genoem dat die intensie met anti-retrovirale middels is om die immuunsisteem te verswak sodat sterftes vinniger toeneem(Seepe, 2002:9). Die invloed wat sulke uitsprake deur die voormalige leier van die ANC jeugbond op die Suid-Afrikaanse jeug mag hê is verreikend en onaanvaarbaar, en mag weereens verband hou met persoonlike agendas wat kon voorkom. Die navorser is ook oortuig dat sulke uitsprake reeds 'n invloed gehad het en dit aangedui kan word deur statistiek wat wys dat die hoeveelheid swanger MIV-geïnfekteerde vroue drasties toegeneem het vanaf die regering se eerste uitsprake waar die verband tussen MIV en Vigs in twyfel getrek is.

Daar is geen sekerheid oor hoe lank hierdie stryd tussen die regering en belanghebbende groepe mag duur nie, ten spyte van hofuitsprake wat die regering se beleid teengegaan het. Die navorser verwys na bogenoemde as 'n "stryd" aangesien daar min verander kan word aan die houding van die regering deur middel van hofuitsprake. Die "stryd" is dus nie verby voordat die regering nie 'n paradigmaterskuiwing maak wat anti-retrovirale middels aanbetref, en dus ondersteunend van die gesondheid van alle MIV-positiewe Suid-Afrikaners is nie. Vir duisende oningeligte persone met MIV is daar geen rede om hul eie leiers in twyfel te trek waar daar oor belangrike sake soos lewe en dood besluite geneem word nie. Waar hierdie persone dan voorsien word van onvoldoende inligting en

weerhou word van middels wat hul lewens drasties kan verbeter, is dit die taak van elke ingeligte persoon en veral die maatskaplike werker, om hierdie kwessie aan te spreek ten einde verbeterde lewenskwaliteit mee te bring vir persone met MIV/Vigs.

2.6.2 Die ontwikkeling van 'n MIV-entstof in Suid-Afrika

Huidiglik word daar in Suid-Afrika gepoog om 'n entstof teen MIV te ontwikkel. Volgens die koerant artikel *Village of Hope United Against Aids* (Pretoria News, 2001:4) word daar spesifiek gefokus op C-MIV wat die spesifieke sub tipe van MIV-1 is waardeur 90% van alle MIV-geïnfekteerde persone in die land geïnfekteer word. Die groep navorsers wat werk aan die ontwikkeling van hierdie entstof is aangestel deur die *South African Aids Vaccine Initiative*(SAAVI). Alle MIV entstof navorsing in Suid-Afrika word gekoördineer deur SAAVI, en ander projekte wat hiermee saamgaan is die *South African HIV/Aids Vaccine Action Consortium*(SAHIVAC), die *Medical Research Council*, die *National Aids Convention of South Africa*(NACOSA), die *Aids Legal Network* en die *Centre for the Study of Aids* aan die Universiteit van Pretoria(Pretoria News, 2001:4). Die ontwikkeling van 'n entstof in Suid-Afrika is volgens SAAVI gebaseer op die volgende aspekte:

- Die entstof behoort eerstens veilig te wees en die immunsisteem teen siektes te beskerm terwyl dit minimale newe-effekte toon
- Entstowwe bevat dikwels antigene en stukkies materiaal van die siekte-veroorsakende mikrobe wat die immuunsisteem kan stimuleer om te reageer en dus potensiële infeksie sal afweer
- 'n Voorkomende entstof behoort die aanval van die MI-virus op die immunsisteem te stop, en dus te voorkom dat CD4 selle angeval word wat aanleiding gee tot ernstige oppertunistiese siektes soos TB
- Aangesien so te sê alle MIV-geïnfekteerde persone in Suid-Afrika deur C-MIV geïnfekteer word, is die entstof gebaseer op 'n mengsel van die C-virus en 'n ander siekte wat veral onder perde gevind word naamlik *Venezuelan Equine Encephalitis*(VEE)

- Die entstof word aanvanklik op diere getoets, maar sodra dit goedgekeur word sal die entstof in 'n eerste fase op 'n klein groep vrywilligers getoets word om die veiligheid van verskillende dosisse van die entstof te bepaal. Indien daar geen nadelige effek waargeneem word nie, sal die entstof in fase twee getoets word om te bepaal of dit 'n immuun-respons stimuleer. In fase drie sal die entstof op grootskaal beproef word waarby duisende individue ingesluit kan word (Clarke, 2001:4).

Hoewel daar goeie vordering gemaak word wat die beskikbaarheid van anti-retrovirale middels asook die ontwikkeling van entstowwe aanbetref, wil dit voorkom dat die proses stadig vorder wanneer dit vergelyk word met die aantal persone wat daagliks in Suid-Afrika met MIV geïnfekteer word. Die navorser ondersteun dus Minister Tsabalala-Msimang in haar opinie dat voorkoming van die verspreiding van MIV van groot belang is. Daar behoort dus na effektiewe voorkomingsprogramme gekyk te word, en nie noodwendig die fokus te verskuif na 'n entstof as 'n huidige of selfs toekomstige uitweg nie. Die navorser meen dat die ontwikkeling van 'n entstof die publiek se aandag kan verskuif vanaf voorkoming na moontlike behandeling en dus die vrees om MIV op te doen kan verminder, asook die onderhouding van veilige seksuele gedrag kan belemmer. Die publiek se aandag behoort gefokus te word op voorkoming deur middel van veilige seksuele gedrag en nie noodwendig die benutting van 'n entstof wat nog nie eens bestaan nie.

2.6.3 “Living Positively”

Francis (2000) en verskeie ander outeurs verwys dikwels na 'n positiewe lewenswyse waar aspekte soos gereelde oefening, 'n gesonde dieet en die neem van relevante vitamines en medikasie, aanleiding kan gee tot verbeterde lewenskwaliteit en lewensduur. Hierdie aspekte kan volgens die navorser groot verskille maak aan lewenskwaliteit en –duur van persone met MIV/Vigs, maar die navorser se ervaring in die praktyk dui daarop dat bogenoemde dikwels nie moontlik is nie as gevolg van verskeie redes. 'n Gesonde dieet en die neem van relevante vitamines en medikasie mag beperk word waar die geïnfekteerde persoon nie oor die nodige finansies beskik om die regte voedsel, vitamines en medikasie te bekom nie. Die geïnfekteerde persoon se tyd kan ook beperk word waar

veral Afrika-vroue wat dikwels domestiese werkers is, vroeg in die oggend reeds vanuit hul eie buurte na voorstede moet gaan en baie laat saans terug kom by hul eie huise. Verder vereis die Afrika-vrou se rol as moeder ook dat daar na die gesin omgesien word wanneer sy saans terug kom by die huis, en daar sal dus min tyd beskikbaar wees om gereeld te oefen.

Ten spyte van bogenoemde praktiese voorbeelde wat sekere beperkings aandui, kan daar ook gelet word op insig en kennis van 'n positiewe lewenswyse by persone met MIV/Vigs. Die navorser is van mening dat 'n tekort aan insig en kennis ten opsigte van "living positively with HIV/Aids" veral in die platteland gevind word. Persone met MIV/Vigs wat in plattelandse gebiede woon kom moontlik selde in kontak met ingeligte beraders wat belangrike kennis oordra, en sal moontlik nie eens bewus wees van 'n positiewe lewenswyse wat gevolg kan word nie. Dit blyk dus dat 'n volledige nasionale program ten opsigte van "living positively" geloods kan word waardeur alle persone met MIV/Vigs in Suid-Afrika bereik kan word. So 'n program behoort egter volgens die navorser altyd ontwikkel te word met inagnome van sekere beperkings wat mag voorkom.

2.7 Samevatting

In hierdie hoofstuk het die navorser gepoog om die werking van MIV as siektetoestand eenvoudig maar duidelike oor te dra. Daar is gekyk na wyses van oordrag, fases, oppertunistiese infeksies en ander relevante aspekte. Hierdie hoofstuk is ingesluit as deel van die studie ten einde maatskaplike werkers in te lig oor hoe MIV in die liggaam werk, en van wat oor 'n tydperk met die pasiënt/kliënt sal gebeur. Waar geesteswetenskaplikes hulself dan bekend maak met die mediese aspekte van die siekte, kan beter insig bekom word oor wat die MIV-positiewe kliënt ervaar. Die berader sal hierdie inligting ook kan benut ten einde beter hulpverlening te bied aan die kliënt met MIV en haar gesin, en sal moontlik ook mediese vrae op 'n verstaanbare wyse kan verduidelik. Daar is ook in hierdie hoofstuk gelet op anti-retrovirale medikasie en die ontwikkeling van 'n MIV-entstof in Suid-Afrika. Daar bestaan klaarblyklik groot verwarring onder die Suid-

Afrikaanse populasie wat MIV-medikasie aanbetref. Soos reeds genoem het die regering se uitsprake dat anti-retrovirale middels eerder Vigs kan veroorsaak, die Suid-Afrikaanse populasie 'n terugslag gegee. Persone met MIV het die reg om te weet wat hierdie medikasie interme van lewenskwaliteit vir hulle kan beteken. Houdingsverandering of 'n paradigmaterskuiwing vanaf die regering, ten einde ondersteunend te wees van die positiewe aspekte van MIV/Vigs-medikasie, kan groot getalle persone met MIV/Vigs se lewens dramaties verbeter en duisende kinders en verkragtingslagoffers se lewens red. Dit is onmoontlik vir 'n populasie, veral 'n Afrika-populasie wat steeds funksioneer rondom bygelowe en mites, om volle vertroue te plaas in allopatiese middels indien hul eie regering dit nie ook ondersteun en aanmoedig nie.

HOOFSTUK 3

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

3.1 Inleiding

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

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

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

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

3.2 MIV/Vigs in Afrika en Suid-Afrika

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

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

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

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

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

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

3.3 Die Afrika-vrou se kwesbaarheid vir MIV/Vigs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4.1 Die vrou se biologiese kwesbaarheid

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

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

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

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

3.4.2 Die gebruik van kondome

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

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

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

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

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

3.4.3 Kulturele determinante

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4.4 Aanpassing by swak ekonomiese toestande

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4.5 Misdad in Suid-Afrika

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

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

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



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

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

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

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

3.5.1 Die Vrou

3.5.1.1 Stigmatisering van die vrou

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5.1.3 Die swanger vrou en reproduksie-regte

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

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

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

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

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

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

3.5.1.4 Die vrou se gevoelservaring rondom MIV

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

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

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

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

3.5.2 Die man

3.5.2.1 Stigmatisering van die man

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5.2.3 Die heteroseksuele man se gevoelservaring rondom MIV

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

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

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

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

3.5.3 Die Adolessent

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5.4 Die MIV/Vigs-Baba

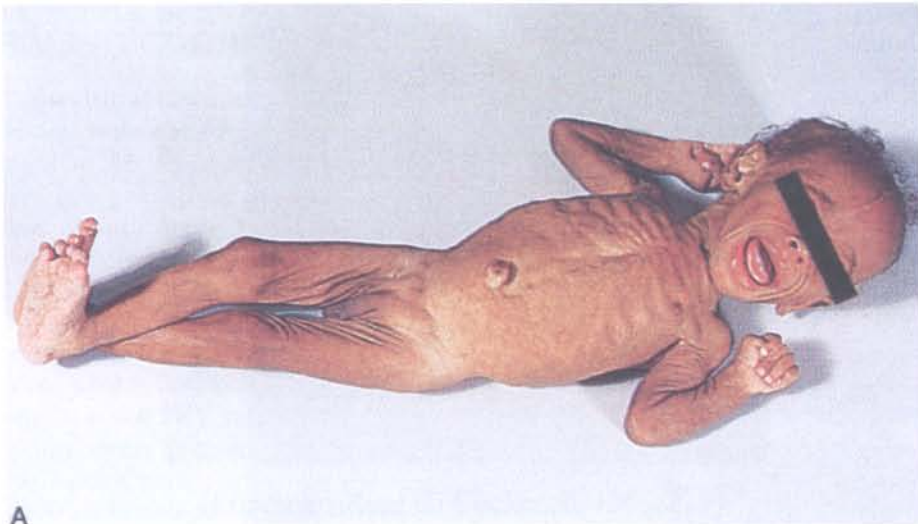
Hoewel die media nou nie meer besondere aandag skenk aan sterftes van Vigs-babas nie het laasgenoemde in die verlede groot opslae gemaak. Met die dood van die eerste Vigs-baba in Brittanje gedurende 1985, het die *Daily Mail* se hele voorblad prominente dekking gegee aan hierdie gebeurtenis. Al die ander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

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

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

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

Figuur 11: Baba (7 maande) met MIV



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

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



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

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

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

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

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

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

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

3.6 Die MIV/Vigs gesin

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.6.1 Rolvervulling binne die MIV/Vigs-gesin

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

3.6.2 Die ouer en versorger

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

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

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

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

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

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

3.6.3 Die kind

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

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

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

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

3.6.4 Die adolessent

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

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

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

3.6.4.1 Depressie

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

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

3.6.4.2 Uit-reagering

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

3.6.4.3 Die Superkind

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

3.6.4.4 Ontrekking

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

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

3.6.4.5 Misdaad

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

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

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

3.6.4.6 Onvoltooide skoolopleiding

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

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

3.7 Samevatting

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

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 geleenthede 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 potensiële 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 doodsvonnissal 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 diagnosering 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 rasioneel 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-gefokuseerde 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 eksploteer 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 onderteuning 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 onderteuning, 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 blamerings 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.

HOOFSTUK 5

EMPIRIESE BEVINDINGS

5.1 Inleiding

Hierdie hoofstuk word benut om terugvoering te gee aangaande die resultate van die studie. Daar word gepoog om data na aanleiding van duidelike tabelle en figure te bespreek en ook die bestaande literatuur soos in hoofstuk 2,3 en 4 in konteks te bring met die bevindings van hierdie studie. Die navorser het gepoog om 'n profiel saam te stel van die MIV/Vigs pasiënt en haar gesin deur te let op biografiese, psigososiale, emosionele, beradings- en mediese aspekte. Die interpretasie van die resultate sal in hierdie hoofstuk bespreek word, hoewel die riglyn wat na aanleiding daarvan saamgestel is, in die opvolgende hoofstuk gevind word.

5.2 Navorsingsmetodologie

Hierdie studie was kwantitatief van aard aangesien die navorser groot hoeveelhede data deur middel van 'n persoonlike vraelys bekom het vanaf 50 Afrika-vroue met MIV. Die navorser het egter gepoog om ten spyte van 'n kwantitatiewe ontwerp, te let op aspekte soos gevoelens wat mag voorkom by vroue met MIV. Deur laasgenoemde word daar 'n kwalitatiewe dimensie verleen aan die studie, maar bestaan daar steeds 'n gestruktureerde kwantitatiewe basis waarvolgens data geïnterpreteer kan word. Die navorser het ook van toegepaste navorsing gebruik gemaak en volgens De Vos (1998:69) word daar deur middel van laasgenoemde gepoog om navorsing in die praktyk toe te pas. In geval van hierdie studie is daar gefokus op die ontgunning van kennis wat in 'n bruikbare vorm omskep word. Die ontgunning van kennis hou verband met die probleme en behoeftes wat deur Afrika-vroue met MIV/Vigs ervaar word. Die toepassing van hierdie kennis sal tot voordeel strek waar die navorser 'n kort riglyn saamgestel het vir MIV-berading ten einde hulpverlening te bied aan vroue met MIV/Vigs asook ander gesinslede.

5.3 Data versameling, prosessering, analise en interpretering

Aangesien die voorondersoek getoon het dat sommige respondente semi-geletterd was en dat moegheid voorgekom het as gevolg van MIV, het die navorser besluit om die vraelys soos 'n persoonlike onderhoud te benader. Die navorser het dus respondente individueel geneem en vrae aan respondente gestel waar antwoorde dan deur die navorser op die vraelys aangebring is. Fouché (1998:154) meen dat die navorser se deelname aan die voltooiing van die vraelys minimaal behoort te wees en die navorser het dus gepoog om vrae op 'n neutrale en soortgelyke wyse aan alle respondente te stel.

De Vos en Fouché (1998:202) is van mening dat 'n goed ontwerpte navorsingstudie die proses van data analise en interpretasie reeds vooraf bepaal of ingesluit het. Data analise wat die kwantitatiewe benadering aanbetref, hou volgens Bailey (1994:338) veral verband met die kodering van data ten einde groot hoeveelhede data te verminder tot 'n werkbare vorm. Die navorser het dus geslote vrae vooraf gekodeer en na die voltooiing van elke vraelys ook die oop vrae hierby gevoeg deur kodes daaraan toe te ken. Die navorser het vervolgens gebruik gemaak van die rekenaarprogram, *Microsoft Excel* deur kodes van vraelyste in te voer, wat dan deur middel van *Microsoft Excel* formules verwerk kon word. De Vos en Fouché (1998:204) is van mening dat die eenvoudigste vorm van data analise, die analise van een veranderlike is waar alle data ten opsigte van die veranderlike versamel word, en soos in hierdie studie deur die navorser opgesom en voorgestel word.

Die navorser het verder gepoog om deurentyd vergelykings tussen bestaande literatuur en hierdie studie te tref. Die navorser kon ook verskeie gevolgtrekkings maak deur van laasgenoemde asook praktykervaring gebruik te maak. Daar is dus gepoog om kompleksiteit aan die studie te verleen deur ooreenstemmings en verskille uit te lig en data op 'n duidelike en verstaanbare wyse oor te dra.

5.4 Navorsingsbevindings

In die opvolgende gegewens word die aantal respondente aangedui deur **N**, terwyl die aantal response waar 'n respondent meer as een antwoord per vraag kon gee, aangedui word deur **n**.

5.4.1 Biografiese Gegewens

Al 50 respondente wat aan hierdie studie deelgeneem het was swart Suid-Afrikaanse vroue bo die ouderdom van 18 en ontvang mediese- en beradingsdienste vanaf die Immunologiekliniek van Kalafong Hospitaal. Al 50 vroue het ook gesê dat hul heteroseksueel is.

5.4.1.1 Huistaal

Tabel 3 dui die Afrika-tale aan wat deur respondente in hul gesinne gepraat word. Alle respondente se huistaal is 'n Afrika-taal, maar Noord-Sotho word deur die meerderheid (32%/16) respondente gepraat moontlik omdat die studie in Gauteng onderneem is, en die meeste Afrikane in Gauteng, Noord-Sotho praat.

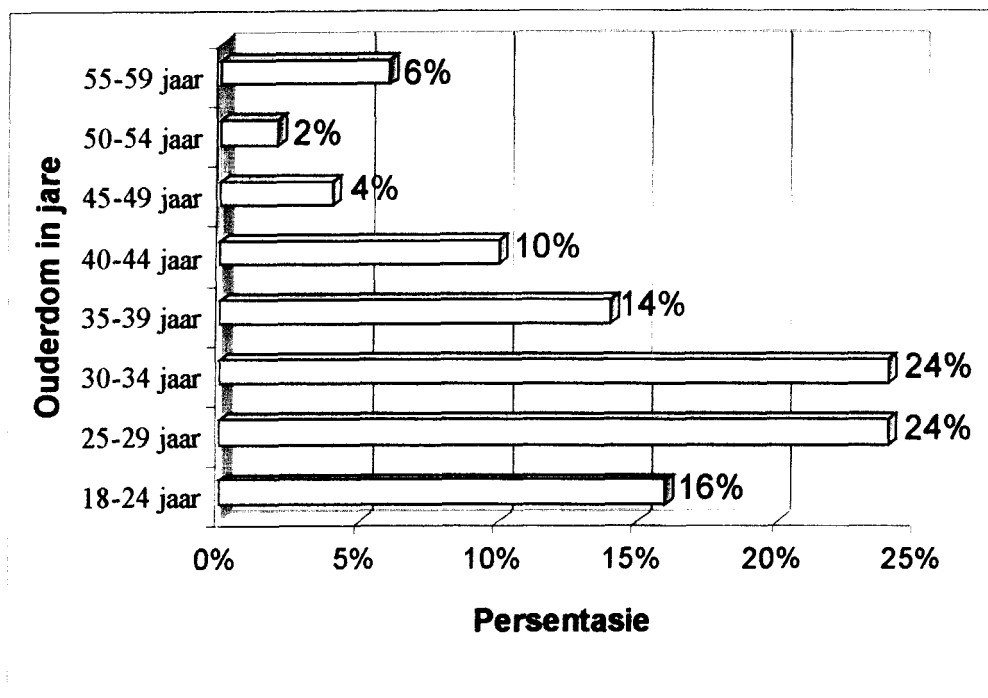
Tabel 3: Huistaal

Taal van respondente	Frekwensie	%
Ndebele	1	2%
Noord-Sotho	16	32%
Tsepedi	2	4%
Tsonga	7	14%
Tswana	12	24%
Venda	1	2%
Xhosa	2	4%
Zulu	9	18%
Totaal	N=50	100%

5.4.1.2 Ouderdomsverspreiding

Uit die 50 vroue wat vir hierdie studie betrek is dui figuur 13 daarop dat vroue vanaf ouderdom 18-59 wissel. Dit is egter duidelik dat daar meer vroue tussen die ouderdom van 25-29 jaar (24%/12) en 30-34 jaar (24%/12) is. Hierdie verskynsel stem ooreen met Van Niekerk (1991:12) se bevinding dat so te sê die helfte van alle Vigs gevalle in Afrika, vroue in hul voortplantingsjare is. Opnames van die *Human Development Report* in 1998 het ook getoon dat dit hoofsaaklik vroue tussen 15-35 jaar is wat baie ernstig deur MIV geaffekteer word. Die derde grootste groep in figuur 13 sluit vroue tussen 18-24 jaar (16%/8) in. Die navorser se bevinding dat vroue tussen 18-34 jaar (64%/32) hoofsaaklik deur MIV geaffekteer word stem dus grootliks ooreen met die *Human Development Report* wat getoon het dat vroue tussen 15-35 jaar ernstig deur MIV geaffekteer word. Laasgenoemde bevinding hou dan moontlik verband met die aantal babas wat jaarliks met MIV gebore word in Suid Afrika. Die kleiner groep in figuur 13 wat vroue tussen 40-59 jaar (22%/11) insluit mag 'n aanduiding wees dat al is vroue nie meer in hul voortplantingsjare nie, hul steeds seksueel aktief is.

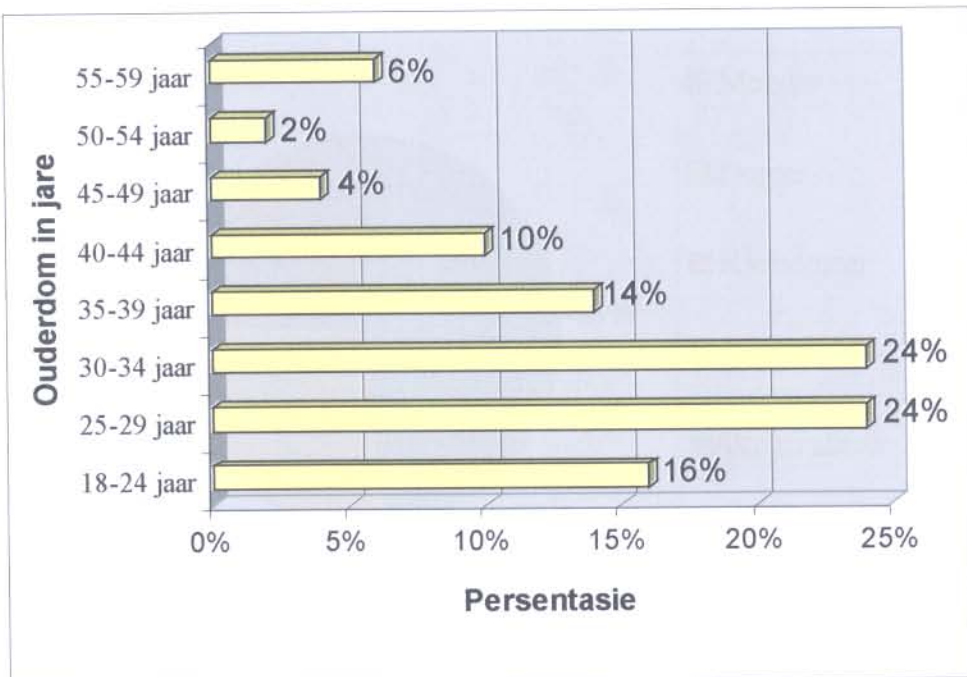
Figuur 13: Ouderdomsverspreiding (N=50)



5.4.1.2 Ouderdomsverspreiding

Uit die 50 vroue wat vir hierdie studie betrek is dui figuur 13 daarop dat vroue vanaf ouderdom 18-59 wissel. Dit is egter duidelik dat daar meer vroue tussen die ouderdom van 25-29 jaar(24%/12) en 30-34 jaar(24%/12) is. Hierdie verskynsel stem ooreen met Van Niekerk (1991:12) se bevinding dat so te sê die helfte van alle Vigs gevalle in Afrika, vroue in hul voortplantingsjare is. Opnames van die *Human Development Report* in 1998 het ook getoon dat dit hoofsaaklik vroue tussen 15-35 jaar is wat baie ernstig deur MIV geaffekteer word. Die derde grootste groep in figuur 13 sluit vroue tussen 18-24 jaar(16%/8) in. Die navorser se bevinding dat vroue tussen 18-34 jaar(64%/32) hoofsaaklik deur MIV geaffekteer word stem dus grootliks ooreen met die *Human Development Report* wat getoon het dat vroue tussen 15-35 jaar ernstig deur MIV geaffekteer word. Laasgenoemde bevinding hou dan moontlik verband met die aantal babas wat jaarliks met MIV gebore word in Suid Afrika. Die kleiner groep in figuur 13 wat vroue tussen 40-59 jaar(22%/11) insluit mag 'n aanduiding wees dat al is vroue nie meer in hul voortplantingsjare nie, hul steeds seksueel aktief is.

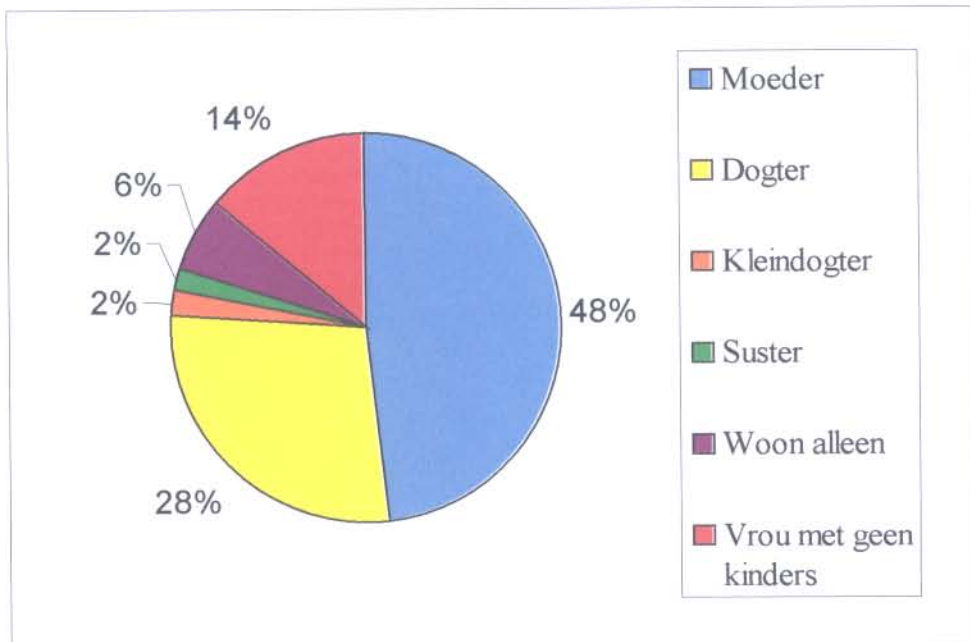
Figuur 13: Ouderdomsverspreiding (N=50)



5.4.1.3 Huidige posisie in gesin

Figuur 14 wat dui op die respondent se huidige posisie in die gesin is van groot belang aangesien die navorser daardeur kon bepaal dat 48%(24) respondente uitsluitlik as moeder in die gesin optree. Wanneer daar gekyk word na die rol van die Afrika-vrou as moeder, asook die implikasies van hierdie rol, is die gevolge van MIV vir die gesin verreikend. Die moeder neem tradisioneel die rol van versorger van ander gesinslede aan en ervaar ernstige druk en spanning in die versorging van en voorsiening vir haar gesinslede, veral omdat sy self MIV-geïnfekteer is. Volgens Lesar, *et al.* (1995:224) is die getalle van kinders met MIV vinnig besig om te styg en die aanname kan dus gemaak word dat daar nog meer druk op die moeder geplaas word waar sy dan ook 'n MIV-positiewe kind moet versorg. KwaZulu-Natal is 'n duidelike voorbeeld van groot getalle moeders wat deur MIV geaffekteer word. Daar is vir die eerste keer in gedokumenteerde geskiedenis getoon dat die aantal sterftes as gevolg van Vigs, die geboortesifers oortref. Daar is voorspel dat hierdie tendens ook binne-kort in ander provinsies van Suid-Afrika gevind sal word onder jong moeders(Pretoria News,1999:1).

Figuur 14: Huidige posisie in gesin(N=50)

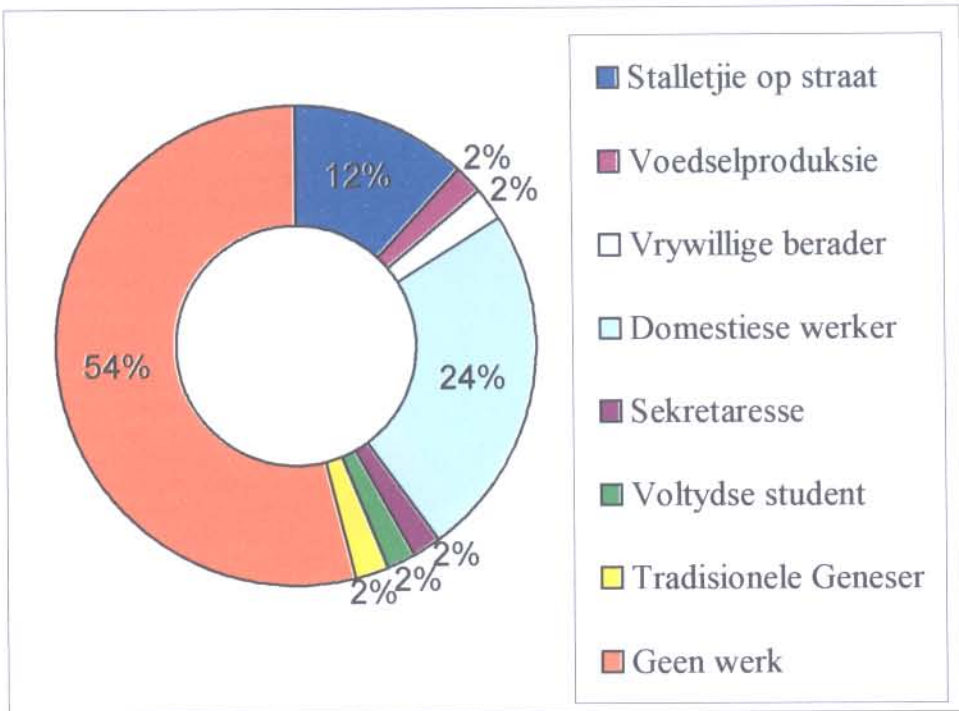


Ulin (1996:65) wys daarop dat koloniale heerskappy wat in baie Afrika-lande voorgekom het, Afrika-mans aangemoedig het om hul inkomste te verhoog, maar dat daar van die Afrika-vrou verwag is om van jongs af skool opleiding prys te gee ten einde te werk, wat die Afrika-vrou se status negatief beïnvloed het. Laasgenoemde blyk steeds 'n moontlike tendens te wees, selfs waar koloniale heerskappy nie meer voorkom nie. Die navorser is ook van mening dat 'n lae vlak van skoolopleiding by Afrika-vroue in konteks gebring kan word met die vrou se rol as versorger in die Afrika-gesin. Laasgenoemde impliseer dat die jong meisie eerder van haar skoolopleiding onttrek mag word ten einde 'n finansiële bydra tot die gesin te lewer en die gesin te help versorg, as wat dieselfde van die jong seun verwag sou word. Daar mag 'n verdere moontlikheid bestaan dat jong vroue met MIV nie hul skoolopleiding voltooi nie aangesien meer vroue in Afrika deur MIV geaffekteer word as mans.

5.4.1.5 Beroep

Aangesien vroue in hierdie studie almal MIV-positief is en die aanname gemaak kan word dat daar moontlik ook ander MIV-positiewe gesinslede is, verwys die navorser na Mwase (2000:24) se navorsing wat daarop dui dat MIV/Vigs die gesin se finansiële uitgawes verdubbel en gesinne hul tuistes moet opgee om in die goedkoper informele nedersettings te gaan woon. In hierdie studie blyk dit dat 'n aantal van 54%(27) vroue werkloos is. Figuur 15 dui daarop dat slegs 44%(22) vroue wel 'n werk het waarvan 36%(18) ongeskoolde werk is soos domestiese werk en stalletjies op straat. Laasgenoemde mag dalk 'n verdere aanduiding wees dat meeste vroue in Suid-Afrika vergelyk kan word met ander vroue in Afrika wat volgens Temmerman en Marres (1995:63) finansiëel afhanklik is van ander as gevolg van onderontwikkeling en 'n lae vlak van skoolopleiding.

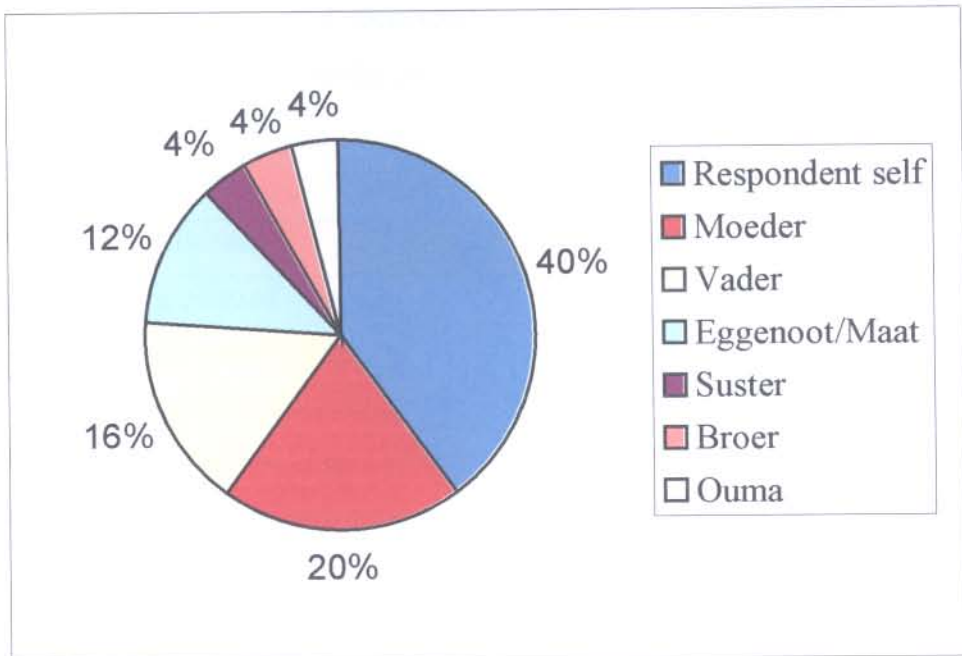
Figuur 15: Beroep (N=50)



5.4.1.6 Hoof van gesin

Figuur 16 dui aan dat slegs in 12%(6) gevalle in hierdie studie die eggenoot of maat die hoof van die gesin is, terwyl die respondente self in 40%(20) gevalle die hoof van die gesin is. Laasgenoemde kan in verband gebring word met tabel 5 wat aandui dat slegs 8%(4) respondente wettig getroud is, 4%(2) deur Lobola getroud is en 10%(5) saam woon. Daar bestaan dus min gevalle in hierdie studie waar gesinne beide 'n moeder- en vaderfiguur het. Hierdie bevinding stem ooreen met Macklin (1991:99) wat bevind het dat die meeste vroue met Vigs dikwels enkel-ouers is. Figuur 16 wys verder dat die moeder van die respondente in 20%(10) gevalle die hoof van die gesin is. Hierdie verskynsel word ook gevind in Beer, *et al.* (1988:180) se navorsing waar dit blyk dat die versorging van 'n volwasse kind met MIV dikwels die moeder van daardie kind se verantwoordelikheid word. In hierdie studie wil dit voorkom asof respondente waarvan 4%(2) uit die 20%(10) wat by hul moeders woon ook MIV-geïnfekteerde babas het, moontlik mag staat maak op die moeder se hulp en versorging aan die respondente wat self siek is, asook aan 'n MIV-positiewe baba en ander kinders.

Figuur 16: Hoof van gesin(N=50)



Met inagnam van werkloosheid, huwelikstatus en vlak van skoolopleiding is dit nie verbasend dat moeders van respondente dan in 20%(10) gevalle die hoof van die gesin is. Figuur 16 dui ook aan dat die respondent se vader in 16%(8) gevalle die hoof van die gesin is. Die navorsers lei laasgenoemde terug na die aantal jong respondente wat in hierdie studie betrek is en verwys na figuur 1 wat dui dat daar 16%(8) respondente tussen 18-24 jaar was. Laasgenoemde respondente mag moontlik steeds in hul oorspronklike gesinne woon waar hul vaders aan die hoof van hierdie gesinne staan. Die oorblywende 12%(6) respondente woon in gesinne waar 'n broer, suster of ouma die hoof van die gesin is wat weereens dui op vroue met MIV se afhanklikheid van ander gesinslede.

5.4.1.7 Huwelikstatus

Tabel 5 dui aan dat 42%(21) respondente in 'n permanente verhouding is terwyl slegs 8%(4) respondente wettig getroud is en 4%(2) respondente deur Lobola getroud is. 'n Verdere 10%(5) respondente is ongetroud maar woon saam met hul seksmaats, terwyl nog 10%(5) repondente ongetroud is maar geen verhoudings het nie. Tabel 5 dui vir die navorsers aan dat daar min stabiliteit in gesinne voorkom en die tradisionele rolle van moeder, vader, kinders en ander gesinslede, nie noodwendig meer bestaan ten einde die

gesin se funksionering te bevorder nie. Laasgenoemde kan veral in konteks gebring word met die 6%(3) respondente wat meervoudige verhoudings handhaaf en dus heeltemal afwyk van die verwagte rolle van die Afrika-vrou.

Tabel 5: Huwelikstatus

Huwelikstatus	Frekwensie	%
Wettig getroud	4	8%
Getroud deur Lobola	2	4%
Getroud/Leef afsonderlik	1	2%
Ongetroud/Geen verhoudings	5	10%
Ongetroud/Permanente verhouding	21	42%
Ongetroud/Meervoudige verhoudings	3	6%
Ongetroud/Woon saam	5	10%
Geskei/Geen verhoudings	2	4%
Geskei/Permanente verhouding	3	6%
Weduwee/Geen verhoudings	4	8%
Totaal	N=50	100%

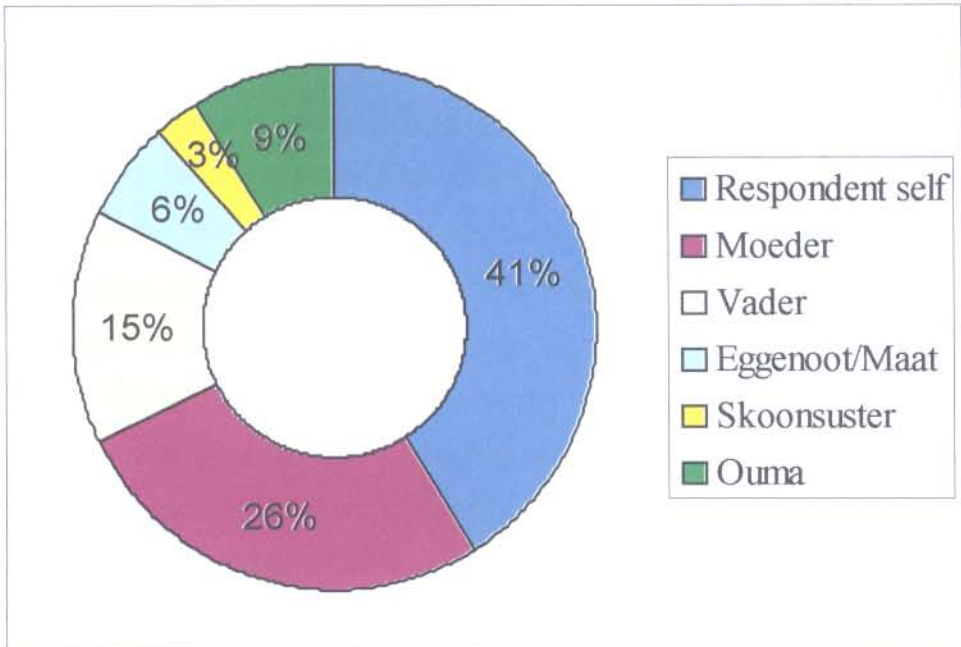
5.4.2 Huislike en Finansiële Gegewens

Huislike en finansiële gegewens hou verband met die respondent en haar gesin se leefomstandighede asook hul finansiële situasie wat grootliks lewenskwaliteit bepaal wat behuising, voedsel, klere en ander basiese behoeftes aanbetref.

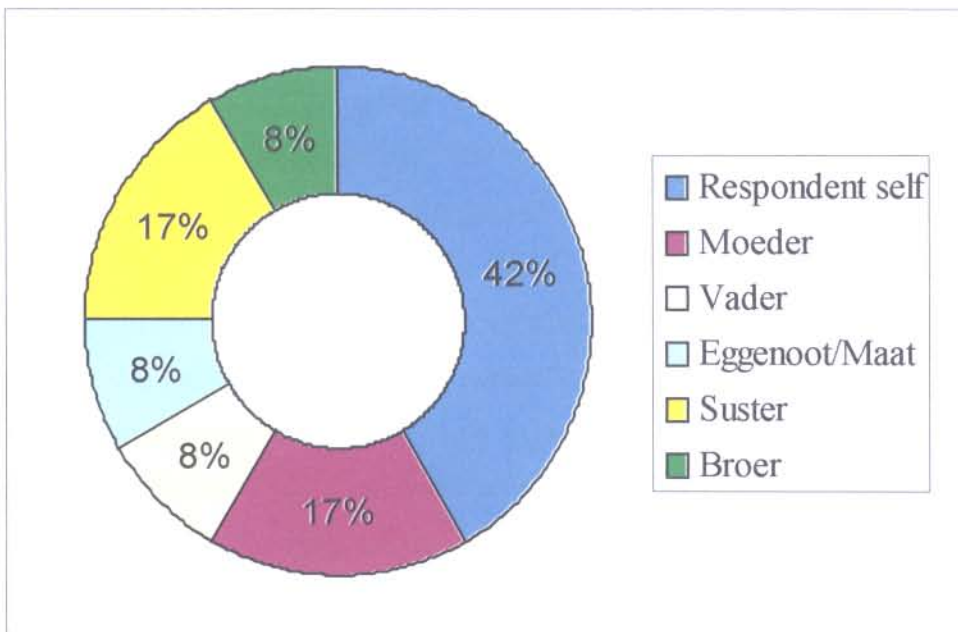
5.4.2.1 Behuisingsomstandighede

In hierdie studie blyk dit dat alle respondente 'n woonplek het waarvan 68%(34) huise besit word, 24%(12) huise gehuur word, 4%(2) respondente by hul werkgewers woon en 4%(2) respondente in tehuise vir persone met MIV/Vigs woon. Figure 17.1 en 17.2 dui aan watter lede in elke respondent se gesin 'n huis besit of huur.

Figuur 17.1: Eienaar van huis waarin respondant woon(N=34)



Figuur 17.2: Huurder van huis waarin respondant woon(N=12)



Figuur 17.1 dui daarop dat 41%(14) respondente self huiseienaars is, terwyl slegs 1(6%) respondent se eggenoot/maat 'n huiseenaar is. Laasgenoemde dui op die afwesigheid van die respondent se maat wat finansiële aspekte van die MIV-gesin aanbetref. Dit blyk dus dat respondente self hoofsaaklik verantwoordelik is om 'n woonplek vir haar en haar kinders te vind. In 26%(9) gevalle is die moeders van respondente die huiseenaar en 'n verdere 15%(5) van die respondente se vaders is die eenaar van die huis waarin die respondent en haar gesin hulself bevind. Soortgelyke bevindings kom voor by figuur 17.2 as by figuur 17.1. In hierdie geval is 42%(5) van die respondente self die huurders van hul huise, terwyl 17%(2) van die respondente se moeders en slegs 'n enkele vader, broer en skoonsuster van respondente die huurders is. Wanneer daar na figuur 17.1 en 17.2 gekyk word kan die navorser opsommend noem dat die vrou met MIV grootliks afhanklik is van die behuising wat deur gesinslede aangebied word, ten einde 'n woonplek vir haar en haar gesin te hê. Dit blyk ook dat vrouefigure soos moeders, susters en skoonsusters meermale behuising bied as vaders en broers, terwyl die respondent se eggenoot/maat min verantwoordelikheid dra in die voorsiening van 'n woning vir die respondent en haar kinders/gesinslede.

5.4.2.2 Kwaliteit van behuising

Die navorser het verder gelet op die kwaliteit van die tipe behuising waarin die respondent en haar gesin hulself bevind. Dit blyk dat slegs 16%(8) respondente in huise woon soos wat in informele nedersettings gevind word en saamgestel is deur beskikbare materiaal. Deur te kyk na tabel 6 was dit vir die navorser moontlik om te bepaal hoe veilig en higiënies die respondent se omgewing rondom en binne-in haar huis is. Hierdie aspekte is vir die navorser van belang aangesien 'n persoon met MIV wat dus 'n verswakte immuunsisteem het, vatbaar is vir organismes wat in die algemeen skadeloos sou wees. Indien die navorser 'n duidelike beeld van bogenoemde bekom is dit moontlik om te bepaal watter aspekte aangespreek behoort te word wat die leefomstandighede van die respondent aanbetref.

Die navorser het gevind (soos in tabel 6) dat 1 respondent haar drinkwater vanaf 'n rivier/dam of soortgelyke plek bekom. Nog 1 respondent en haar gesin maak gebruik van

'n gemeenskapstoilet, terwyl 30%(15) gebruik maak van 'n pit toilette. Slegs 58%(29) respondente het yskaste, terwyl 88%(44) wel elektrisiteit het.

Tabel 6: Huislike omstandighede

	Frekwensie	%
Water vanaf kraan in huis	25	50%
Water vanaf kraan in werf	13	26%
Water vanaf gemeenskapskraan	11	21%
Water vanaf rivier/dam/ander	1	2%
N=50		
Elektrisiteit	44	88%
Aparte kombuis met stoof	40	80%
Yskas	29	58%
Bad in badkamer	13	26%
Plastiek of metaal skottel vir bad	34	68%
Wasbak	12	24%
Stort	8	16%
Spoeltoilet binne in huis	15	30%
Spoeltoilet buite die huis	19	38%
Pit toilet buite die huis	15	30%
Benut gemeenskapstoilette	1	2%
N=50		
Genoeg slaapplek vir gesinslede	27	54%
Munisipale rommelverwydering	41	82%
Motor	8	16%
Telefoon	13	26%
Sellulêre foon	19	38%
Televisie	33	66%
Radio	35	70%
Posadres	23	46%

'n Verdere 68%(34) repondente het genoem dat hul nie 'n badkamer in die huis het nie, maar gebruik maak van 'n plastiek of metaal bad. Wat slaapplek aanbetref meen slegs 54%(27) respondente dat hul genoeg slaapplek het vir alle gesinslede, en die studie het getoon dat die gemiddelde grote huis 4 vertrekke is, waarvan 2 as slaapkamers dien. By munisipale rommelverwydering blyk dit dat 18%(9) respondente nie hierdie fasiliteit tot hul beskikking het nie. Die navorser maak die aanname dat hierdie respondente moontlik in informele nedersettings woon.

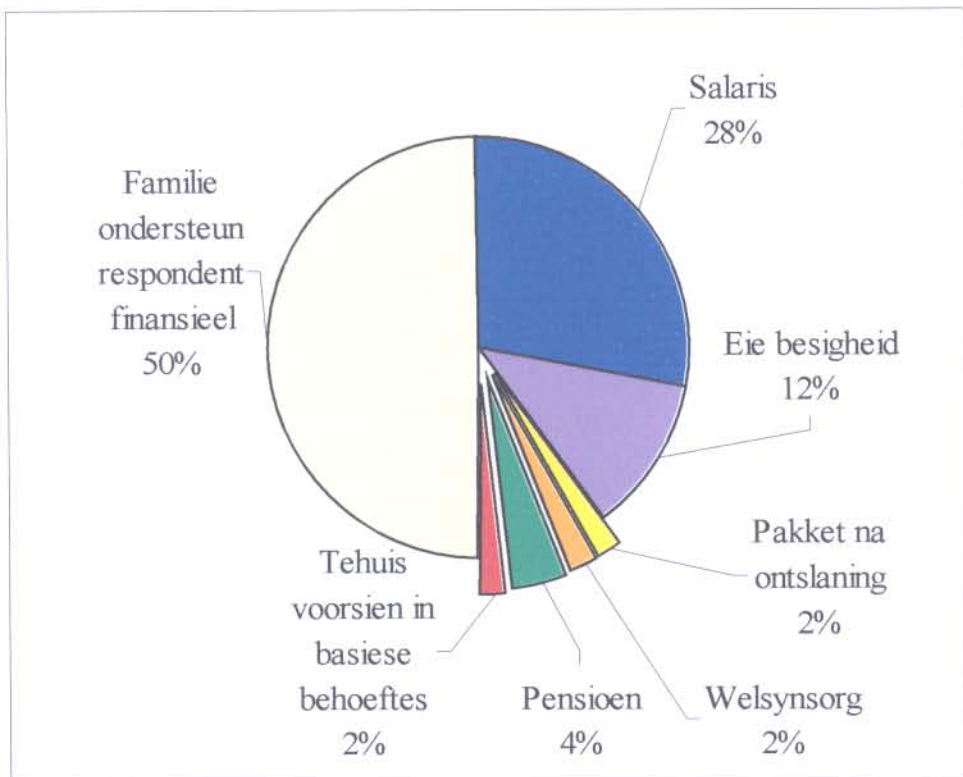
Bogenoemde aspekte is deur die navorser uitgelig aangesien hierdie aspekte dui op omstandighede wat nie geskik is vir 'n persoon met MIV nie. Sekere voedselgroepe wat byvoorbeeld nie in 'n yskas gestoor word nie kan skadelik wees vir die persoon met MIV. Laasgenoemde geld ook vir water wat nie gesuiwer is nie, asook die onhigiëniese omstandighede wat by gemeenskaps- en pit toilette gevind word. Rommel wat nie verwyder word nie skep 'n onveilige omgewing vir die persoon met MIV, asook die deel van slaapruintes waar ander siek gesinslede (met byvoorbeeld verkoue) die persoon met MIV in lewensgevaar kan stel. Die navorser is oortuig dat die huislike- en omgewingsomstandighede van persone met MIV 'n groot rol kan speel in die lewenskwaliteit en lewensduur van hierdie persone.

Die navorser kyk laastens in tabel 6 na die beskikbaarheid van 'n telefoon, sellulêre telefoon, televisie, radio en posadres. Hierdie aspekte is deur die navorser benut om te bepaal op watter manier inligting en boodskappe aangaande MIV/Vigs aan respondente in gemeenskappe versprei kan word aangesien die bogenoemde, middelle tot kommunikasie is. Dit blyk dat televisie en radio die mees effektiewe bronne sou wees om inligting aangaande MIV/Vigs te versprei aangesien 66%(33) respondente televisies het en 70%(35) respondente radios besit. Ongeveer die helfte(46%/23) van die respondente het genoem dat hul ook posadresse het, maar die navorser is nie seker of inligting aangaande MIV/Vigs op hierdie manier versprei kan word nie, aangesien hierdie studie reeds gedurende die voorondersoek getoon het dat sommige Afrika-vroue slegs semi-geletterd is.

5.4.2.3 Bron van inkomste

Wanneer daar gekyk word na die respondent se bron van inkomste in figuur 18 is 40%(20) respondente self verantwoordelik vir hul inkomste, wat ooreenstem met die aantal respondente wat hul eie huise besit of huur. Daar is egter 50%(25), dit wil sê die helfte van alle respondente wat finansiële afhanklik is van hul families. Die navorsers neem dus hier dieselfde standpunt in as Semple, *et al.* (1993:17) wat van mening is dat vroue met MIV/Vigs meermale van lae-inkomste groepe afkomstig is. Laasgenoemde kan ook konteks gebring word met figuur 19 waar dit duidelik is dat 44%(22) vroue 'n maandelikse bedrag van tussen R501-1000 tot hul beskikking het, waar 'n gemiddelde gesin in hierdie studie uit ongeveer 5 gesinslede bestaan. Figuur 18 toon verder dat uit die 40%(20) vroue wat verantwoordelik is vir hul eie inkomste, 12%(6) hul eie ondernemings bedryf. Hierdie ondernemings is al 6 stalletjies op straat.

Figuur 18: Bron van inkomste(N=50)

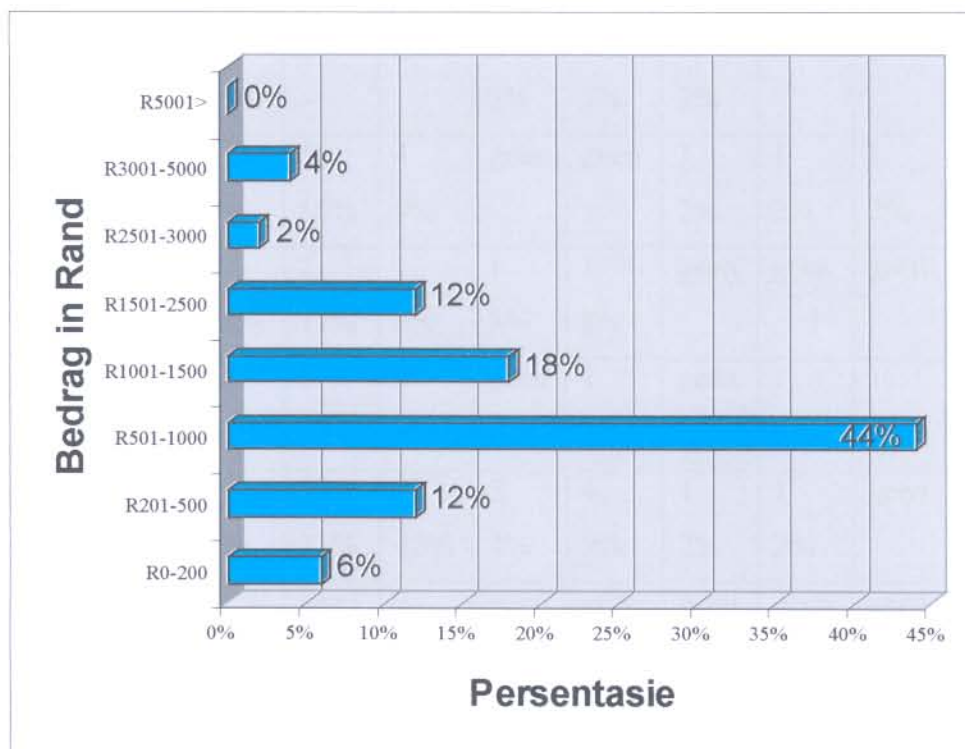


Respondente is gevra hoe lank hulle nog hierdie stalletjies sal kan bedryf voordat hulle te siek word. Van die respondente was 6%(3) onseker terwyl 2%(1) gesê het tussen 1-2 jaar, 2%(1) tussen 2-4 jaar en 2%(1) tussen 4-6 jaar. Indien hierdie respondente hul stalletjies moet opgee as gevolg van hul gesondheid sou dit 'n verdere 12%(6) bydra tot respondente wat finansiële afhanklik sou raak van die ondersteuning van familie en ander bereidwilliges. Vir die 28%(14) respondente wat salarisse verdien sal die gevolge van MIV ook baie ernstig wees wanneer hul gesondheid afneem en hul nie meer kan werk nie.

5.4.2.4 Maandelikse inkomste

Met inagnome van die gemiddelde aantal lede van 5 gesinslede per gesin in hierdie studie, is dit moeilik om te verstaan hoe 18%(9) van die gesinne maandeliks oorleef met slegs R0-500 tot hul beskikking, soos in figuur 19 aangedui.

Figuur 19: Bedrag maandeliks beskikbaar aan gesin(N=49)



Soos reeds genoem het 44%(22) respondente maandeliks R501-1000 tot hul beskikking. Ook 18%(9) respondente ontvang tussen R1001-1500 per maand wat dit steeds vir die respondent moeilik sou maak om 'n gesin te onderhou. Enkele respondente val in die hoogste groepe van bedrae wat maandeliks beskikbaar is aan gesinne en maak dus die minderheid uit in hierdie studie. Daar word nou kortliks gekyk na die tipe maandelikse uitgawes wat deur hierdie gesinne aangegaan word.

5.4.2.5 Finansiële uitgawes

Uit tabel 7 blyk dit dat veral skoolgelde 'n aansienlike uitgawe is wat maandeliks aangegaan word deur 88%(44) respondente. Verder is voedsel wat een van die mees basiese behoeftes is, 'n groot uitgawe in vergelyking met die gemiddelde inkomste van gesinne.

Tabel 7: Maandelikse finansiële uitgawes in gesin

	R100<	R101-200	R201-300	R301-400	R401-500	R501-600	R601-700	R701-1000	R1000>	
*W/E	28 64%	11 25%	geen	geen	2 5%	2 5%	1 2%	geen	geen	N=44
Vervoer	21 46%	13 28%	5 10%	4 9%	geen	geen	1 2%	1 2%	1 2%	N=46
Huur	4 33%	3 25%	2 17%	1 8%	1 8%	1 8%	geen	geen	geen	N=12
Skoolgelde	9 26%	12 34%	9 26%	2 6%	geen	1 3%	geen	1 3%	1 3%	N=35
Voedsel	2 4%	2 4%	14 31%	19 42%	2 4%	4 9%	1 2%	1 2%	geen	N=45
Klere	10 77%	1 8%	geen	2 15%	geen	geen	geen	geen	geen	N=13
Medikasie	6 86%	1 14%	geen	geen	geen	geen	geen	geen	geen	N=7

*Water en elektrisiteit

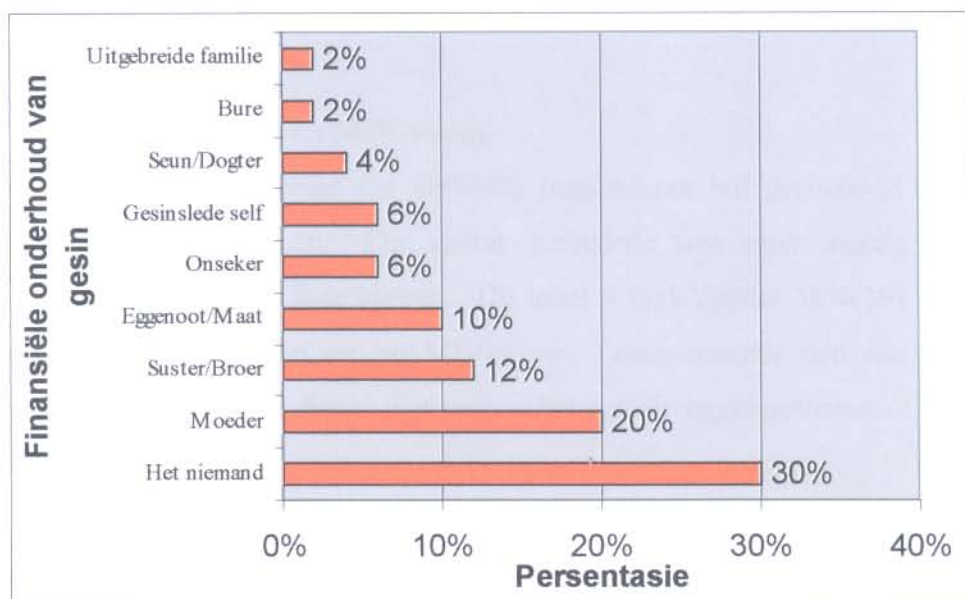
Vervoer wat hoofsaaklik publieke vervoer is, aangesien slegs 16%(8) respondente motors tot hul beskikking het, is 'n verdere uitgawe met inagname dat 24%(12) respondente domestiese werk doen en dus daagliks uit hul eie woongebiede na ander gebiede vervoer benodig. Die aankoop van klere en medikasie blyk die kleinste uitgawes van respondente in hierdie studie te wees. Met inagname van bogenoemde sou dit vir die navorser logies wees dat beraders asook projekte wat geloods word om hierdie gesinne by te staan, behoort te fokus op finansiële aspekte. Deur die verligting van hierdie uitgawes, byvoorbeeld om kinders met MIV-positiewe ouers toe te laat om skool te gaan sonder die betaal van skoolfondse, kan daar groot verskil gemaak word. Daar kan dus na verskeie moontlikhede gekyk word om hierdie gesinne finansiël by te staan om beter te funksioneer en sodoende hul lewenskwaliteit te verbeter.

5.4.2.6 Finansiële onderhoud van gesin na afsterwe van respondent

Respondente is onder hierdie afdeling laastens gevra wie finansiël na die oorblywende gesinslede sou omsien indien die respondent sterf. Dit blyk dat 30%(15) respondente glo dat daar niemand sal wees om na hul gesinne om te sien nie terwyl 6%(3) onseker is van wie na hul gesinne sal omsien. 'n Verdere 20%(10) respondente meen dat hul moeders na hul gesinne sal omsien. Laasgenoemde impliseer dat 'n aansienlike aantal grootmoeders die plek van die moeder sal inneem in die finansiële versorging van haar oorblywende kleinkinders. Waar daar verwag sou word dat die vader(s) van die respondent se kinders 'n groter rol sou speel, noem slegs 10%(5) respondente dat die vaders verantwoordelik sou wees vir die finansiële versorging van oorblywende gesinslede. Ook 6%(3) respondente noem dat gesinslede na hulself sal moet omsien en 4%(2) noem dat 'n seun of dogter na die res van die gesin sal moet omsien. Laasgenoemde bring die navorser weereens terug na Mwase (2000:24) wat gevind het dat MIV veroorsaak dat die gesin se finansiële uitgawes verdubbel en gesinne dikwels hul tuistes opgee om in die goedkoper informele nedersettings te gaan woon. Kinders se skoolfondse kan nie meer bekostig word nie, en daar word van kinders verwag om te help met die versorging van siek gesinslede en ander huishoudelike take. Die voorkoms van MIV veroorsaak dus dat baie minder adolessente en kinders hul skoolopleiding voltooi en mag selfs aanleiding gee tot misdaad by adolessente ten einde die gesin te onderhou.

Wat familie in figuur 20 aanbetref blyk dit dat slegs 1 respondēt oortuig is dat haar uitgebreide familie na die oorblywende gesinslede sal omsien. Hierdie enkele geval mag voorkom waar daar as gevolg van MIV geen ander volwasse gesinslede meer is om na kinders om te sien nie. Dit blyk dus dat die situasie in Gauteng nog nie so versleg het dat uitgebreide familie die enigste bron van ondersteuning vir oorblywende kinders en ander gesinslede geword het nie.

Figuur 20: Finansiële onderhoud van gesin na afsterwe van respondēt(N=50)



Vanmali (1997:16) se navorsing in KwaZulu-Natal toon dat groot getalle familieledes aansoek doen vir pleegouer toelae. In Pietermaritzburg het aansoek vir pleegouer toelae by welsynsorganisasies 'n toename van 20% na 80% getoon gedurende 1997. Navorsing toon ook dat groot getalle gesinne in KwaZulu-Natal alreeds kinders versorg wat nie hul eie is nie en daar dus 'n bereidheid in gemeenskappe bestaan om ouerlose kinders te versorg. In figuur 20 blyk dit dat laasgenoemde ook in hierdie studie weerspieël word waar ten minste 1 respondēt oortuig is dat haar bure finansiël na haar kinders en oorblywende gesinslede sal omsien. Die navorser is oortuig dat laasgenoemde tendense 'n soortgelyke verloop sal hê in Gauteng as in KwaZulu-Natal en dat daar verwag kan word dat uitgebreide familie en persone wat nie familie is nie, kinders in hul sorg sal

neem waar die gesin in so mate geaffekteer is deur MIV dat daar geen broodwinner meer in die gesin oorgebly het nie.

5.4.3 Psigososiale aspekte van Bekendmaking

Hierdie afdeling handel oor die proses van bekendmaking van die respondent se MIV-status aan gesins- en familieledede, asook ander betekenisvolle persone in die respondent se lewe. Daar word gekyk na wie deur die respondent ingelig is van haar serostatus en veral hoe hierdie persone daarop gereageer het. Hierdie afdeling word dus deur die navorser benut om te bepaal hoe bekendmaking van die respondent se diagnose haarself asook haar betekenisvolle ander beïnvloed het.

5.4.3.1 Bekendmaking van MIV-status

In hierdie studie is daar bevind dat 96%(48) respondente hul gesinslede as hul hoof ondersteuningsnetwerk beskou. Die aantal gesinslede wat egter ingelig is van die respondent se MIV-status is baie kleiner. Uit tabel 8 blyk dit dat 38%(19) respondente hul eggenote/maats ingelig het van hul MIV-status. Laasgenoemde stem nie noodwendig ooreen met vorige tabelle en figure wat getoon het dat die eggenoot/maat of vaderfiguur hoofsaaklik afwesig is nie.

Tabel 8: Gesins- en Familielede bewus van respondent se MIV-status

	Bewus	%	Vermoede	%
Alle gesinslede	4	8%	1	2%
Eggenoot/Maat	19	38%		
Kinders	7	14%		
Ouers	16	32%	1	2%
Broers/Susters	10	20%		
Enkele lede van uitgebreide familie	6	12%		
Totaal	62		2	

Die navorser het egter in hierdie studie bevind dat 70%(35) vroue steeds seksueel aktief is en dus hul seksmaats op 'n gereelde basis behoort te sien, wat mag verduidelik waarom 38%(19) respondente se eggenote/maats ingelig is van die respondent se MIV-status. Bogenoemde mag ook aanduidend wees dat die vader van die respondent se kinders nie noodwendig haar huidige seksmaat is nie, en die vaderfiguur dus afwesig is, maar die seksmaat wel teenwoordig is. 'n Verdere 32%(16) respondente het ook hul ouers ingelig van hul MIV-status wat aanduidend kan wees van die aantal vroue wat finansiële en andersins afhanklik is van een of albei ouers en dus hul status aan hul ouers bekend gemaak het. Wat broers en susters aanbetref blyk dit dat 20%(10) respondente hul broers of suster ingelig het van hul MIV-status, terwyl slegs 14%(7) hul kinders ingelig het daarvan. Laasgenoemde stem ooreen met Aronson (1995:229) se bevinding dat kinders dikwels oningelig en met baie vroeë gelaat word aangesien ouers skaam is om met die kind oor MIV te praat.

5.4.3.2 Volgorde van bekendmaking

Tabel 9: Volgorde van bekendmaking

	1ste bekend gemaak	2de bekend gemaak	3de bekend gemaak	4de bekend gemaak	5de bekend gemaak	Nooit bekend gemaak
Eggenoot/Maat	14 (28%)	2 (4%)	3 (6%)	0	0	31 (62%)
*Kinders	5 (10%)	1 (2%)	1 (2%)	0	0	36 (72%)
Ouers	0	14 (28%)	2 (4%)	0	1 (2%)	33 (66%)
Broers/Susters	6 (12%)	2 (4%)	0	2 (4%)	0	40 (80%)
Enkele lede van uitge- breide familie	3 (6%)	2 (4%)	1 (2%)	0	0	44 (88%)
Nabye vriende	5 (10%)	6 (12%)	1 (2%)	0	0	38 (76%)
Totaal	n=33	n=27	n=8	n=2	n=1	

*86%(43) vroue in hierdie studie het kinders waarvan sommige kinders ingelig is en ander nie.

Tabel 9 dui die volgorde aan waarin die respondent haar MIV-status bekend gemaak het aan betekenisvolle ander. In hierdie tabel het 28%(14) respondente hul MIV-status eerste aan hul eggenote/maats bekend gemaak, terwyl 12%(6) broers en susters eerste ingelig is, 10%(5) kinders eerste ingelig is en ook 10%(5) vriende eerste ingelig is. Dit is nie verbasend dat geen respondent haar MIV-status eerste aan haar ouers bekend gemaak het nie. Volgens Francis (2000:7) sal die kliënt haar status hoofsaaklik bekend maak aan persone wat dit makliker sal aanvaar. Die navorser vergelyk vervolgens haar eie bevindings met die van Francis:

Francis se bevindings	Navorsers se bevindings
1. Eggenoot of maat	Eggenoot/Maat
2. Broers/Susters/Ouers soms Uitgebreide familie	Broers/Susters en nabye vriende
3. Kinders	Kinders
4. Direkte gemeenskap	Enkele lede van uitgebreide familie

Die navorsers se bevindings wat volgorde van bekendmaking aanbetref, stem grootliks ooreen met die van Francis soos bevind in Zimbabwe. Dit wil dus voorkom asof bekendmaking in ander Afrika-lande op 'n soortgelyke wyse geskied as in Suid-Afrika. Wat ouers aanbetref het die navorser gevind dat 28%(14) respondente hul MIV-status tweede aan hul ouers bekend gemaak het. Daar mag 'n moontlikheid bestaan dat respondente uit respek teenoor hul ouers, maar ook as gevolg van vrees vir hul ouers se oortuigings nie die vrymoedigheid gehad het om hul status eerste aan hul ouers bekend te maak nie. Laasgenoemde kan in verband gebring word met die mites en onwaarhede wat Afrika-kulture aan MIV koppel wat veral by ouer persone voorkom. Respondente in hierdie studie het dus meer gemaklik gevoel om hul MIV-status aan persone wat jonger en dus meer ingelig is omtrent MIV, bekend te maak. Dit blyk dat daar meer tyd nodig was vir respondente voordat hul ouers ingelig is. Francis (2000:7) verwys na hierdie proses as "*preparing the ground for the seed*". Die navorser is oortuig dat dit veral ouer persone en dus in hierdie geval die respondent se ouers is wat voorbereiding op bekendmaking nodig gehad het, aangesien ouers deeglik ingelig moes word ten einde verwerping van die respondent te voorkom.

Respondente het in 24%(12) gevalle hul status aan vriende bekend gemaak en slegs 4%(2) respondente is deur hul vriende verwerp. 'n Verdere 12%(6) respondente noem dat hul sommige van hul vriende verloor het, terwyl 8%(4) noem dat al hul vriende hul ondersteun. Ook 14%(7) respondente het hul MIV-status aan die direkte gemeenskap bekend gemaak waarvan 4%(2) noem dat hul deur die gemeenskap verwerp is en 6%(3) deur die gemeenskap vermy word. Geen respondent het genoem dat die gemeenskap haar ondersteun nie, hoewel 4%(2) glo dat hul teenwoordigheid in die gemeenskap aanvaar word. Na aanleiding van tabel 9 wil dit voorkom asof respondente baie versigtig was met bekendmaking van hul MIV-status en dat 'n groot persentasie respondente nooit hul status bekend gemaak het. Laasgenoemde mag dui op 'n moontlike tekortkoming wat voorbereiding op bekendmaking aanbetref, en dus dui op die behoefte wat daar mag bestaan om persone met MIV by te staan in hierdie proses, ten einde hul toe te laat om hul "geheim" met betekenisvolle ander te deel, en sodoende die nodige ondersteuning van ander te ontvang.

5.4.3.3 Reaksie op bekendmaking

Tabel 10 toon dat van die 38%(19) respondente wat hul eggenote/maats ingelig het van hul MIV-status, geen respondente verwerp is nie, maar aanvaarding en ondersteuning gebied is deur hul eggenote/maats. Hierdie bevinding mag daarop dui dat respondente se eggenote/maats self MIV-positief is en dus respondente se MIV-status verstaan en aanvaar, of dat die eggenote/maats verantwoordelik was vir infektering van respondente en dus uit skuldgevoel nie die respondent verwerp nie. Daar is egter 70%(35) seksueel aktiewe vroue in hierdie studie wat impliseer dat 32%(16) seksueel aktiewe vroue nie hul seksmaats ingelig het van hul MIV-status nie en moontlik hul seksmaats in gevaar stel om ook MIV op te doen. Laasgenoemde mag wees aangesien respondente nog nie gereed is om hul seksmaats in te lig nie, of omdat respondente verwerping vanaf hul seksmaats verwag indien hul status bekend gemaak word.

In tabel 10 blyk dit dat slegs 16%(7) respondente uit die 86%(43) wat kinders het, hul status aan hul kinders bekend gemaak het. Hoewel slegs 1 kind in hierdie studie die

respondent verwerp het, is dit duidelik dat meeste kinders wat ingelig is skok, ontkenning en twyfel ervaar het.

Tabel 10: Gevoelens deur betekenisvolle ander beleef tydens bekendmaking

	Eggenoot of Maat	Kinders	Ouers	Broers en Susters	Uitgebreide Familie
Skok	13(68%)	4 (57%)	15 (88%)	8 (80%)	5 (83%)
Woede	4 (21%)	0	5 (29%)	1 (10%)	1 (17%)
Ontkenning	10 (53%)	4 (57%)	7 (41%)	2 (20%)	2 (33%)
Afsku	3 (16%)	0	1 (6%)	0	1 (17%)
Twyfel	11 (58%)	4 (57%)	11 (65%)	4 (40%)	2 (33%)
Aanvaarding	19 (100%)	4 (57%)	15 (88%)	9 (90%)	4 (67%)
Ondersteuning	19 (100%)	6 (86%)	15 (88%)	9 (90%)	5 (83%)
Verwerping	0	1 (14%)	2 (12%)	1 (10%)	1 (17%)
Hartseer	14 (74%)	5 (71%)	9 (53%)	8 (80%)	3 (50%)
Totaal	n=19	n=7	n=17	n=10	n=6

Chrissopoulos (1997:22) het in haar navorsing gevind dat MIV veral spanning binne die ouer-kind verhouding veroorsaak waar die kind weier om sy eise aan die ouer te wysig aangesien die kind nie MIV verstaan nie. Aronson (1995:228-231) het ook die volgende gevoelens by veral adolessente met MIV-positiewe ouers geïdentifiseer naamlik:

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

Daar bestaan dus 'n ingewikkelde verhouding en komplekse gevoelens tussen die MIV-geïnfekteerde ouer en haar kinders, maar vir die doeleindes van hierdie studie fokus die navorser nie op laasgenoemde nie.

Die reaksie van die respondent se ouers op bekendmaking blyk positief te wees aangesien 88%(15 uit 17) ouers hul kinders steeds aanvaar het en ondersteuning gebied het. Laasgenoemde kan verband hou met die tydperk wat dit geneem het om ouers in te lig van die respondent se MIV-status, aangesien geen van die repondente se ouers eerste ingelig is nie. Dit blyk dat meeste ouers eers voorberei moes word op bekendmaking, maar dat 65%(11) ouers steeds twyfel ervaar het.

5.4.3.4 Invloed van MIV-status op verhoudings

Broers en susters van die respondent is slegs in 20%(10) gevalle van die respondent se status ingelig, maar die meerderheid (90%/9) broers en susters het die respondent aanvaar en ondersteuning gebied. Die navorser het verwag dat meer broers en susters van die respondent se status ingelig sou word aangesien daar in die algemeen 'n gemakliker en oop verhouding bestaan tussen broers en susters. Dit blyk egter in hierdie studie dat dit moontlik slegs die boers en susters is wat 'n woonplek en finansiële steun aan die respondent bied wat ingelig is van die repondent se status. As gevolg van armoede in Suid-Afrika bestaan daar ook die moontlikheid dat broers en susters nie naby aan mekaar woon nie aangesien daar dikwels agter werk aangetrek word.

Tabel 11: Invloed van MIV-status op verhoudings met betekenisvolle ander

Verhouding	Eggenoot of Maat	Kinders	Ouers	Broers en Susters	Uitgebreide Familie
Sterker	5 (26%)	1 (10%)	4 (24%)	5 (50%)	1 (11%)
Beskadig	0	4 (40%)	3 (18%)	4 (40%)	3 (33%)
Onveranderd	14 (74%)	4 (40%)	8 (47%)	0	3 (33%)
Het geen verhouding meer nie	0	1 (10%)	2 (12%)	1 (10%)	2 (22%)
Totaal	N=19	*N=10	N=17	N=10	*N=9

*Respondent het meer as een kind/familieid met wie verhouding beïnvloed is as in Tabel 9

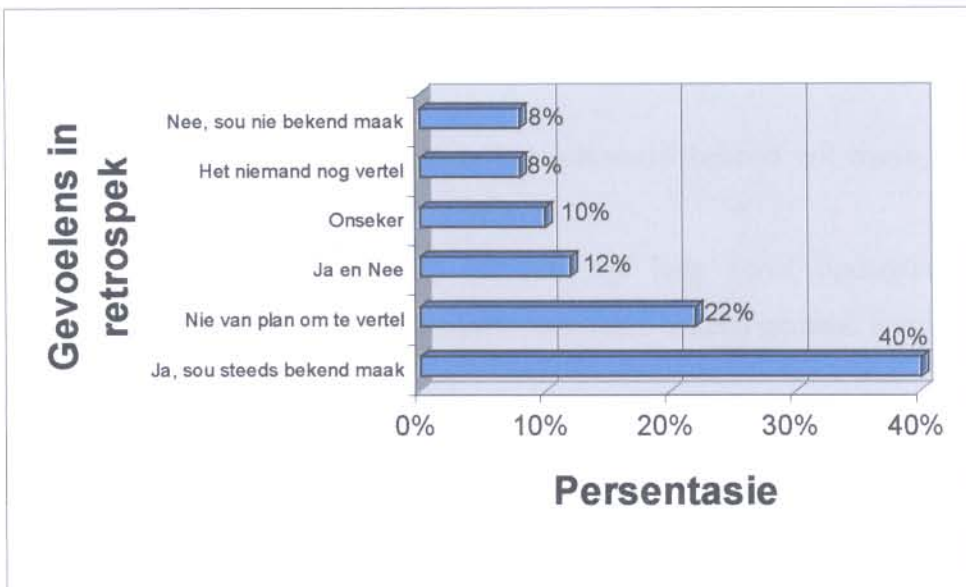
Slegs in 6 gevalle is lede van die uitgebreide familie ingelig van die respondent se status en 1 respondent het verwerping vanaf haar familie ervaar. Uitgebreide familie word dus nie so gereeld ingelig van repondente se MIV-status nie, moontlik omdat daar nie so

sterk verhouding tussen die respondent en haar uitgebreide familie bestaan as wat daar tussen die respondent en haar gesin van oorsprong of huidige gesin bestaan nie.

5.4.3.5 Gevoelens na aanleiding van bekendmaking

Figuur 21 is 'n aanduiding van hoe respondente in retrospek voel na aanleiding van bekendmaking van hul serostatus. Van die 30%(15) respondente wat nog nie hul status bekend gemaak het nie, het 22%(11) respondente genoem dat hul nooit van plan is om hul status bekend te maak nie. Hierdie aspek mag ernstige emosionele en psigososiale gevolge meebring aangesien die respondent nie die nodige ondersteuning vanaf betekenisvolle ander sal ontvang nie. Francis (2000:7) is ook van mening dat betekenisvolle ander voorsien behoort te word van relevante inligting en opvoeding voordat die kliënt haar serostatus bekend maak, sodat betekenisvolle ander weet wat om te verwag. Probleme kan 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. Laasgenoemde is dus 'n aspek wat deur die berader in ag geneem behoort te word tydens hulpverlening aan die persoon met MIV/Vigs.

Figuur 21: Gevoelens wat bekendmaking aanbetref in retrospek (N=50)



Figuur 21 dui verder dat 40%(20) respondente steeds hul serostatus bekend sou maak met inagname van wat hul nou weet of reeds ervaar het. Die volgende belangrike redes is deur respondente aangevoer:

- 30%(15) respondente voel dat hul hulp en/of ondersteuning ontvang het nadat hul serostatus aan betekenisvolle ander bekend gemaak is
- 6%(3) respondente voel dat dit beter is noudat hulle nie meer die “geheim” alleen hoef te dra nie
- 4%(2) respondente het deur bekendmaking hul eggenote/maats oortuig om ook MIV-toetsing te ondergaan.

Slegs 8%(4) respondente het genoem dat hul in retrospek nie hul status bekend sou maak aan betekenisvolle ander nie. Hierdie respondente het die volgende redes aangevoer:

- 6%(3) respondente was van mening dat dit nie die regte tyd was om hul serostatus bekend te maak nie aangesien betekenisvolle ander sowel as die respondent self nie gereed was vir bekendmaking nie
- 1 respondent is van mening dat haar verhoudings met betekenisvolle ander in so mate beskadig is dat dit beter sou wees as sy nooit haar serostatus bekend te gemaak het nie.

Uit die 8%(4) respondente wat nog nie hul serostatus bekend gemaak het nie, maar nog van plan is, is die volgende redes gegee:

- 4%(2) respondente noem dat hul graag hul serostatus bekend wil maak omdat hul eerlik wil wees teenoor betekenisvolle ander
- 4%(2) respondente is van mening dat hul wel hulp en/of ondersteuning van betekenisvolle ander sal ontvang indien hul serostatus bekend gemaak word.

Respondente wat van plan is om geensins hul serostatus bekend te maak nie het ook verskeie redes hiervoor aangevoer:

- 10%(5) respondente is oortuig dat bekendmaking van hul serostatus sal veroorsaak dat betekenisvolle ander negatiewe gedagtes en houdings teenoor die respondent sal ontwikkel

- 8%(4) respondente het genoem dat hulle te skaam is om ooit aan enige iemand bekend te maak dat hul MIV-positief is
- 4%(2) respondente vrees enige negatiewe gevolge wat bekendmaking mag inhou en weier dus om ooit hul serostatus bekend te maak.

Dit blyk dat bekendmaking van die respondent se serostatus in hierdie studie meer voordele ingehou het vir respondente aangesien die meerderheid respondente onderteuning en hulp van betekenisvolle ander ontvang het. Respondente kon deur bekendmaking ook eggenote/maats inlig om self MIV-toetsing te ondergaan wat 'n verdere voordeel inhou, aangesien behandeling dan ook vir die eggenoot/maat beskikbaar sou wees indien hy self MIV-positief is, of dat 'n veilige seksuele verhouding bewerkstellig kan word sodat die eggenoot/maat nie MIV bekom nie. Dit blyk verder dat respondente 'n groot behoefte ervaar om hul serostatus bekend te maak ten einde nie meer die "geheim" alleen hoef te dra nie. Wat respondente aanbetref wat nie van plan is om hul serostatus bekend te maak nie, blyk dit dat vrees en verwarring 'n struikelblok veroorsaak wat bekendmaking van hul serostatus dan voorkom, en dus die respondent in isolasie sal laat. Hierdie vrese behoort volgens die navorser gekonfronteer te word ten einde die proses van voorbereiding op bekendmaking aan betekenisvolle ander te begin.

5.4.4 Seksuele verhoudings en Swangerskap

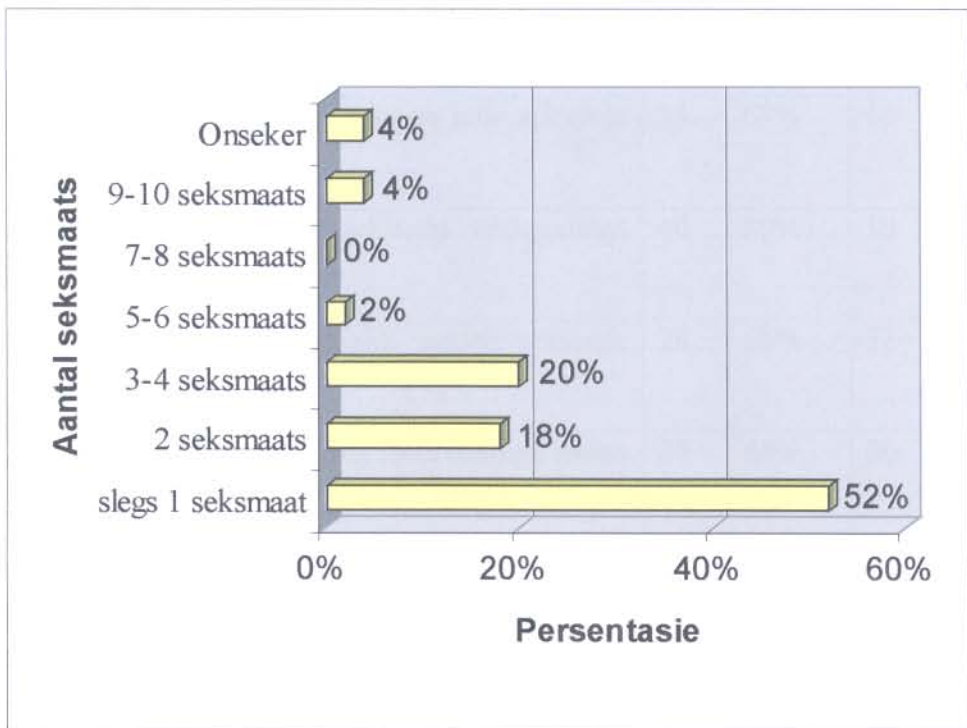
Hierdie afdeling fokus op seksuele tendense wat by respondente in hierdie studie voorkom, asook die houdings van eggenote/maats ten opsigte van die vrou en seksualiteit. Daar word ook gelet op die vrou met MIV en reproduksie of swangerskap. In hierdie afdeling het dit geblyk dat 70%(35) respondente steeds seksueel aktief is en dat ten minste die helfte(54%/19) van bogenoemde respondente hul eggenote/maats van hul serostatus ingelig het. Uit die 70%(35) seksueel aktiewe respondente handhaaf 83%(29) van die respondente veilige seksuele verhoudings deur van kondome gebruik te maak. Slegs 6%(2) seksueel aktiewe respondente het genoem dat hul huidiglik twee of meer seksmaats het, terwyl die oorblywende respondente slegs 1 seksmaat het. Dit wil dus voorkom asof respondente ten spyte daarvan dat nie alle eggenote/maats ingelig is van die respondent se serostatus nie, steeds poog om veilige seksuele verhoudings te

handhaaf en die aantal seksmaats te beperk. Laasgenoemde stelling word deur die navorser gemaak deur te kyk na die aantal seksmaats per respondente soos in figuur 22 in die jaar voordat die respondente met MIV gediagnoseer is. Deur figuur 22 te vergelyk met respondente se huidige aantal seksmaats, is 'n duidelike afname sigbaar.

5.4.4.1 Aantal seksmaats

Figuur 22 toon dat alle respondente seksueel aktief was in die jaar voor diagnosering met MIV, terwyl 70%(35) respondente huidiglik seksueel aktief is. Die meerderheid respondente (52%/26) in figuur 22 het slegs een seksmaat gehad het in daardie jaar. 'n Verdere 18%(9) respondente het twee seksmaats gehad, terwyl 20%(10) respondente tussen 3-4 seksmaats gehad het. Daar was slegs 1 respondente wat tussen 5-6 seksmaats gehad het in die jaar voor MIV-diagnose, maar ook 4%(2) wat tussen 9-10 seksmaats gehad het. Laasgenoemde hou volgens die navorser verband met die redes vir die vinnige verspreiding van MIV in Suid-Afrika.

Figuur 22: Aantal seksmaats in jaar voor MIV diagnose(N=50)



Dit blyk ook dat veral Suid-Afrikaanse vroue wat een van vele seksmaats van 'n enkele man is (poligamie) meer kwesbaar is om MIV op te doen. (Vergelyk Whiteside en Sunter, 2000:60 en Caldwell, 1995:299.)

5.4.4.2 Seksuele gedrag

Deur te let op tabel 12 word meer duidelikheid verkry aangaande die spesifieke seksuele tendense wat onder respondente in hierdie studie gevind is.

Tabel 12: Repondente se seksuele gedrag en kennis voordat hulle bewus was van hul MIV-status(N=50)

	Ja	%	Nee	%
Het u kondome gebruik tydens seksuele omgang?	16	32%	34	68%
Is u ooit geforseer tot seksuele omgang sonder die gebruik van 'n kondoom?	10	20%	40	80%
Verkies u seksuele omgang sonder die gebruik van 'n kondoom?	11	22%	39	78%
Het u maat u al mishandel wanneer u hom gevra het om 'n kondoom te gebruik?	13	26%	37	74%
Gesels u en u maat ooit oor seks en julle seksuele verhouding?	34	68%	16	32%
Dink u dat u maat ander seksuele verhoudings gehad het terwyl u saam was?	40	80%	10	20%
Dink u dat u maat huidiglik ander seksuele verhoudings het?	28	56%	22	44%
Het u seksuele verhoudings met meervoudige maats gehad?	24	48%	26	52%
Het u geweet van MIV en dat dit oorgedra word tydens onbeskermdde seksuele omgang?	25	50%	25	50%
Het u geweet van MIV maar steeds onbeskermdde seksuele omgang gehad?	25	50%	25	50%
Is kondome vrylik beskikbaar in u gemeenskap?	50	100%	0	0%

Tabel 12 verwys na seksuele gedrag voordat die respondent met MIV gediagnoseer is wat dus 'n aantal jare kan insluit vanaf die tydperk waar die respondent seksueel aktief geraak het tot en met MIV-diagnosering. Waar slegs 32%(16) respondente voor MIV-diagnosering kondome gebruik het, blyk dit dat 58%(29) respondente na MIV-diagnosering kondome begin gebruik het. Daar was dus 'n toename van 26%(13) wat kondoomgebruik aanbetref, hoewel alle respondente genoem het dat kondome vrylik beskikbaar is in hul gemeenskappe. Daar is egter in hierdie studie gevind dat 22%(11) respondente seksuele omgang sonder die gebruik van 'n kondoom verkies het, wat moontlik verband hou met die behoefte tot swangerskap aangesien respondente nie bewus was van hul MIV-status nie, en kinders 'n belangrike rol speel in die Afrika-kultuur. Temmerman en Marres (1995:64) noem dat die samelewingsmodel van Afrikane gerig is op voortplanting. Indien dit vir 'n vrou onmoontlik is om kinders te hê sal sy haar toevlug tot tradisionele genesers neem, en selfs omgang hê met 'n verskeidenheid mans in haar poging om swanger te raak. Tog toon tabel 13 dat slegs 38%(19) vroue in hierdie studie oortuig was dat mans nie van kondome gebruik wil maak nie om baie kinders te hê. Dit blyk dus dat daar nie meer so 'n sterk tradisionele tendens bestaan onder Afrikane om baie kinders te hê nie. Die navorser is van mening dat laasgenoemde gestaaf kan word deur te let op swak ekonomiese toestande en armoede wat Afrikane forseer om die aantal kinders per gesin te beperk.

Die navorser is oortuig dat hierdie studie mag ooreenstem met die van Gómez en Marín (1996:356) wat bevind het dat dit as disrespekvol en promisku beskou word om oor seks te praat in Afrika-samelewings, aangesien slegs 22%(11) respondente in tabel 12 genoem het dat hul ooit met hul seksmaats oor seks en hul seksuele verhouding(s) praat. Respondente het in hierdie studie ook getoon dat ten minste die helfte(50%/25) bewus was dat MIV deur middel van seksuele omgang oorgedra kan word, maar steeds onveilige seksuele omgang gehad het. Laasgenoemde mag verband hou met die 20%(10) respondente wat genoem het dat hul al geforseer is tot seksuele omgang sonder die gebruik van 'n kondoom, asook 26%(13) respondente wat deur hul eggenote/seksmaats mishandel is toe die respondent gevra het dat 'n kondoom gebruik moet word gedurende seksuele omgang. Die navorser vergelyk bogenoemde met Campbell (1995:197) wat

oortuig is dat vroue wel ingelig mag word oor die voordele van kondoomgebruik, maar nie in die posisie staan om van kondome gebruik te maak wanneer hul manlike seksmaat dit weier nie. Die effektiwiteit van kondoomgebruik word dus grootliks bepaal deur die gedrag van die manlike seksmaat en soos in Gómez en Marín (1996:356) se navorsing, blyk dit in hierdie studie ook dat vroue mishandel of geforseer word wanneer hulle op veilige seksuele omgang aandrings. Die vrou mag dus bewus wees van MIV en hoe dit oorgedra kan word, maar steeds geen keuse hê tot veilige seksuele omgang nie.

Wat gedrag van respondente se seksmaats in hierdie studie aanbetref blyk dit verder dat 80%(40) van die respondente se seksmaats ook ander seksuele verhoudings gehad het terwyl hul steeds saam met die respondent was en dat 56%(28) respondente se seksmaats huidiglik steeds ander seksuele verhoudings het. Laasgenoemde afname mag verband hou met die aantal seksmaats wat ingelig is van die respondent se serostatus asook die respondent self wat minder seksmaats het of glad nie meer seksueel aktief is na aanleiding van haar MIV-status nie.

5.4.4.3 Afrika-mans en die gebruik van kondome

Die navorser het verder op kondoomgebruik onder Afrikane gelet deur vroue te vra waarom hul dink Afrika-mans seksuele omgang sonder die gebruik van kondome verkies.

Tabel 13: Afrika-mans en seksuele omgang sonder die gebruik van kondome(N=50)

	Ja	%
Om baie kinders te hê	19	38%
Vir beter seksuele stimulering	49	98%
Afrika-mans voel beledig deur die gebruik van 'n kondoom	47	94%
Die gebruik van kondome is nie deel van die Afrika-kultuur nie	46	92%
Afrika-mans glo dat kondome vir blanke persone is om te gebruik	34	68%
Afrika-mans glo dat MIV nie so maklik oorgedra kan word nie	47	94%
Afrika-mans vertrou nie vroue wat kondome wil gebruik nie	47	94%

Beer, Rose en Tout (1989:189) noem dat die Afrika-man voel hy nie vertrou word indien hy gevra word om 'n kondoom te gebruik nie en dit blyk uit tabel 13 dat 94%(47) respondente meen dat die man beledig voel deur die gebruik van kondome. 'n Verdere 94%(47) vroue is ook oortuig dat Afrika-mans nie 'n vrou vertrou wat hom vra om van 'n kondoom gebruik te maak tydens seksuele omgang nie. Bogenoemde twee aspekte hou dus beide verband met vertroue in die volgende opsigte:

- Die Afrika-man verwag dat die vrou hom moet vertrou dat hy nie MIV of enige ander seksueel oordraagbare siektes het nie, en dus nie 'n kondoom hoef te gebruik nie
- Die Afrika-man vertrou nie die vrou wat op kondoomgebruik aandring nie, aangesien hy oortuig is dat die vrou dan MIV of 'n ander seksueel oordraagbare siekte mag hê.

Hierdie situasie benadeel dus die vrou se posisie aangesien daar van haar verwag word om die man te vertrou, maar die man nie bereid is om haar te vertrou nie. Beer, *et al.* (1989:189) noem dat die Afrika-man van die vrou verwag om onderdanig te wees. Bogenoemde twee aspekte soos in hierdie studie bevind steun dus laasgenoemde outeurs se stelling en kan ook vergelyk word met Ulin (1992:64) wat oortuig is dat die meeste vroue in ontwikkelende lande nie toegang tot dieselfde hulpbronne vir ontwikkeling as die man nie, en dus nie dieselfde status as die man het nie. Besluitneming, selfs wat seksuele omgang aanbetref word dus deur die man onderneem, en in hierdie geval word daar van die vrou verwag om hom te vertrou, terwyl geen vertroue van hom af aan die vrou toegestaan word nie.

Bogenoemde situasie wat dus integraal deel uitmaak van die Afrika-kultuur waar die vrou onderdanig moet wees en die man alle besluite neem kan vergelyk word met die 92%(46) respondente wat oortuig is dat Afrika-mans kondoomgebruik dan nie as deel van hul kultuur beskou nie en 68%(34) respondente wat meen dat Afrika-mans oortuig is dat kondome eerder vir blankes(en dus 'n ander kultuur) is om te gebruik. Tabel 13 toon ook dat 98%(49) respondente oortuig is dat Afrika-mans nie kondome gebruik nie vir beter seksuele stimulering. Hierdie aspek hou duidelik nie verband met kultuur en die magswanbalans tussen Afrika-mans en vroue nie. Volgens die navorser kan die Afrika-kultuur waar onderdanigheid van die vrou verwag word, wel die middel tot die doel wees waardeur die man die vrou se onderdanigheid as “verskoning” gebruik om nie veilige

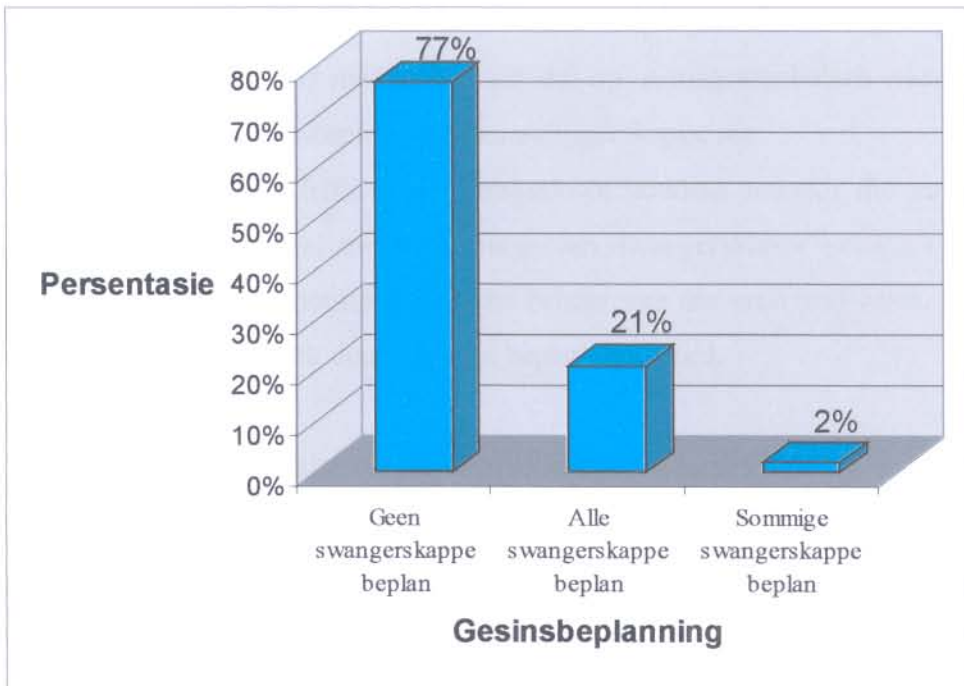
seksuele omgang te hê nie, maar eerder beter seksuele stimulering as uitsluitlike oogmerk het. Dit blyk dus dat wat ookal die man se rede mag wees om nie van kondome gebruik te maak nie, die vrou selde 'n keuse sou hê tot veilige seksuele omgang.

Uit die navorsing se bevindings wat kondoomgebruik aanbetref, blyk dit dat daar 'n sterk ooreenstemming is met bestaande literatuur. Die Afrika-vrou se situasie het dus min verander in hierdie opsig en dit wil voorkom asof die oordra van inligting aangaande kondoomgebruik nie relevant sou wees voordat die erns van MIV nie 'n impak gemaak het op die Afrika-mans en -vroue nie. Dit is dus nie verbasend dat 94%(47) vroue noem dat Afrika-mans glo dat MIV nie so maklik oorgedra kan word nie.

5.4.4.4 Beplanning van swangerskap

Figuur 23 dui op die aantal beplande en onbeplande swangerskappe by vroue in hierdie studie. Slegs 9(21%) uit die 43 vroue met kinders het al hul swangerskappe beplan en 1 vrou het genoem dat sy sommige van haar swangerskappe beplan het.

Figuur 23: Mate van beplanning van swangerskappe(N=43)



Die meerderheid vroue(77%/33) het egter geen van hul swangerskappe beplan nie en die navorser voer uit reeds bespreekde bevindings in hierdie studie die volgende moontlike redes aan:

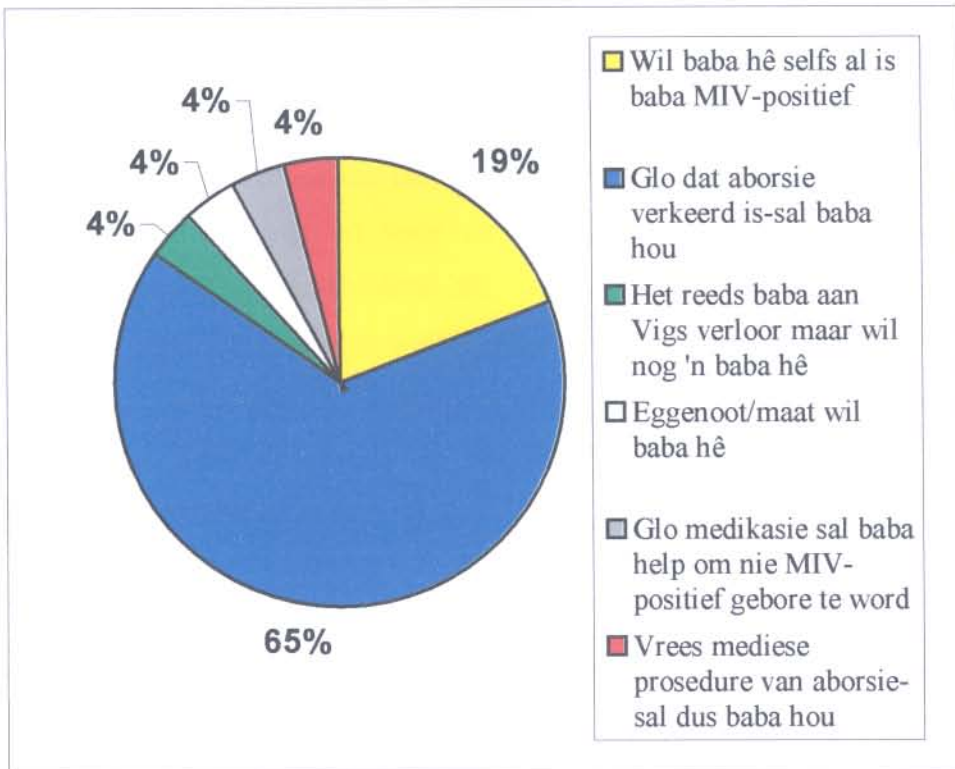
- Min Afrika-vroue ondergaan volledige sekondêre of enige tersiêre onderrig en het dus geen beperking waar 'n beroep sou vereis dat die vrou geen kinders het nie, of eers later kinders sal hê wanneer finansiële onafhanklikheid bekom is nie
- Afrika-vroue het kinders op 'n baie jong ouderdom en mag as gevolg van 'n tekort aan inligting en volwassenheid geen beheer hê oor die beplanning van 'n swangerskap nie
- Min vroue dra self finansiële verantwoordelikheid wat 'n beperking sou plaas op swangerskappe, aangesien 54%(27) vroue in hierdie studie werkloos is, wat moontlik dui op 'n groot aantal vroue wat magteloos en hulpeloos voel en dus geen verantwoordelikheid dra vir die beplanning van swangerskappe of veilige seksuele verhoudings nie
- Min vroue is wettig of deur middel van Lobola getroud en daar bestaan dus geen gesinstruktuur waarvan die beplanning van swangerskappe saam met 'n maat, deel uitmaak nie
- Verskeie vroue in hierdie studie is tot seksuele omgang sonder die gebruik van 'n kondoom geforseer en selfs mishandel, wat dui op 'n magswanbalans waar die vrou geen beheer sou hê oor die beplanning van swangerskappe nie
- Met inagnome van die Afrika-man se negatiewe houding teenoor die vrou en die gebruik van kondome, sou die beplanning van swangerskappe selfs vir getroude vroue in hierdie studie moontlik ook buite beheer van die vrou self wees, aangesien seksuele gedrag hoofsaaklik deur die man bepaal sou word.

5.4.4.5 Keuses by moontlike voorkoms van swangerskap

Respondente is onder hierdie afdeling ook gevra of hulle nou dat hul bewus is van hul MIV-status die baba sou behou of die swangerskap sou termineer indien swangerskap wel sou voorkom. Slegs 1 respondente het genoem dat sy alreeds 'n swangerskap laat termineer het as gevolg van haar MIV-status, terwyl 46%(23) respondente oortuig was dat hul wel 'n swangerskap sal laat termineer indien dit voorkom, en 52%(26)

respondente het genoem dat hul eerder die baba sal behou. Figure 24.1 en 24.2 dui die redes aan waarom vroue die baba sal behou of 'n swangerskap sal termineer indien swangerskap sou voorkom met inagname van respondente se MIV-status.

Figuur 24.1: Redes waarom baba wel sal behou(N=26)

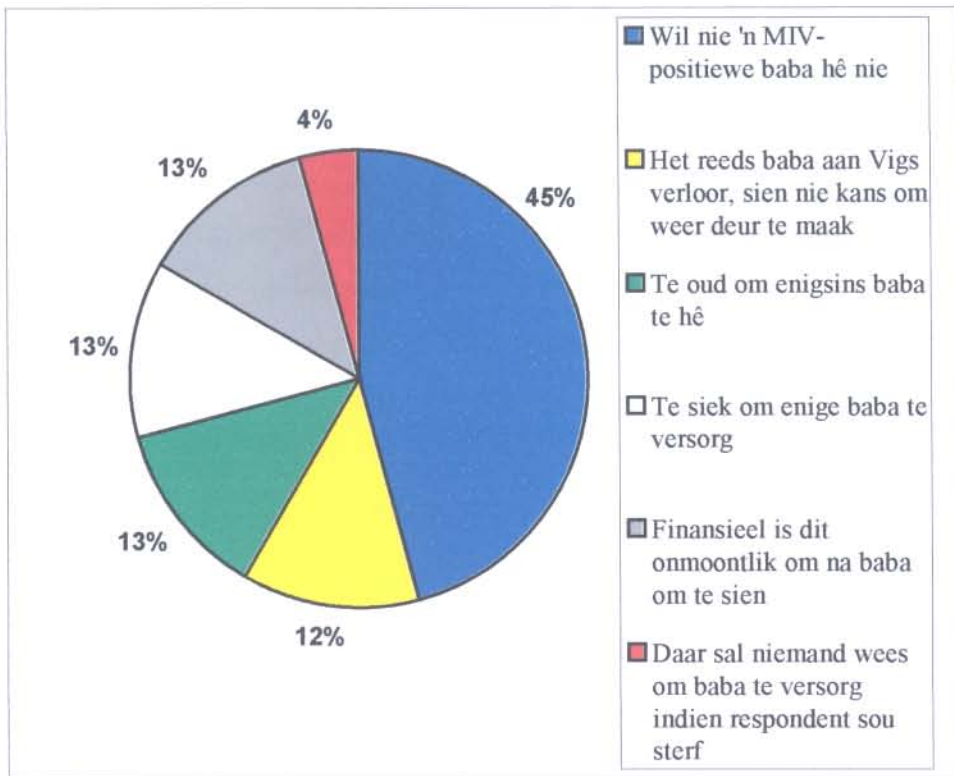


Figuur 24.1 toon dat 65%(17) vroue eerder die baba sou behou aangesien hul glo dat aborsie verkeerd is. Ook 19%(5) vroue sou 'n baba wou hê selfs al is die baba MIV-positief. Laasgenoemde mag dui op vroue wat nog geen kinders het nie, en dus die behoefte ervaar om wel kinders te hê. Enkele respondente het ook ander redes aangevoer om die baba te behou waarvan 1(4%) respondent genoem het dat haar maat graag 'n baba wil hê, wat weereens dui op die invloed wat die Afrika-man uitoefen op die voorkoms van swangerskap.

Figuur 24.2 toon aan dat 45%(11) respondente nie 'n MIV-positiewe baba wil hê nie en dus 'n swangerskap sal laat termineer. 'n Verdere 42%(10) respondente is van mening dat hul of te siek, te oud of nie finansiëel in staat sal wees om na 'n baba om te sien nie, of dat daar niemand sal wees om na die baba om te sien indien die respondent sterf nie. Laasgenoemde respondente toon dus 'n mate van verantwoordelikheid aangesien hul bewus is van die beperkings wat MIV op swangerskap plaas en moontlik ook sal poog om 'n swangerskap te voorkom. Ook 12%(3) respondente het reeds 'n baba aan die dood afgestaan as gevolg van MIV en sien dus nie kans om hierdie ervaring weer te beleef nie. Die navorser is van mening dat veral die laaste groep respondente sal poog om swangerskap te voorkom sover dit binne hul vermoëns is. Dit blyk uit bogenoemde dat respondente baie duidelike redes het waarom hul 'n swangerskap sal laat termineer of die baba sal behou. Hierdie besluite is egter baie komplekse reprodktiewe besluite vir die vrou, en Campbell (1990:409) is van mening dat laasgenoemde veral waar is wanneer swangerskappe nie beplan word nie.

Die navorser verwys verder na die belang van die Suid-Afrikaanse Wet en reproduksie regte waar dit blyk dat die mees relevante ontwikkeling in die Wet gebaseer is op beginsels soos die reg op privaatheid en vertroulikheid, wat in realiteit min betekenis inhou vir armoedige magtelose Afrika-vroue(Blamey, 1997:20). Laasgenoemde moet veral gesien word binne die konteks van die hoeveelheid Afrika-vroue wat in hul voorplantingsjare deur MIV geaffekteer word. Terwyl vroue dan nog probleme ondervind om die mees basiese aspekte van reproduksie regte te verstaan, soos die keuse om 'n ongewenste swangerskap te beëindig, kompliseer MIV die situasie nog verder.

Figuur 24.2: Redes om swangerskap te beëindig(N=24)



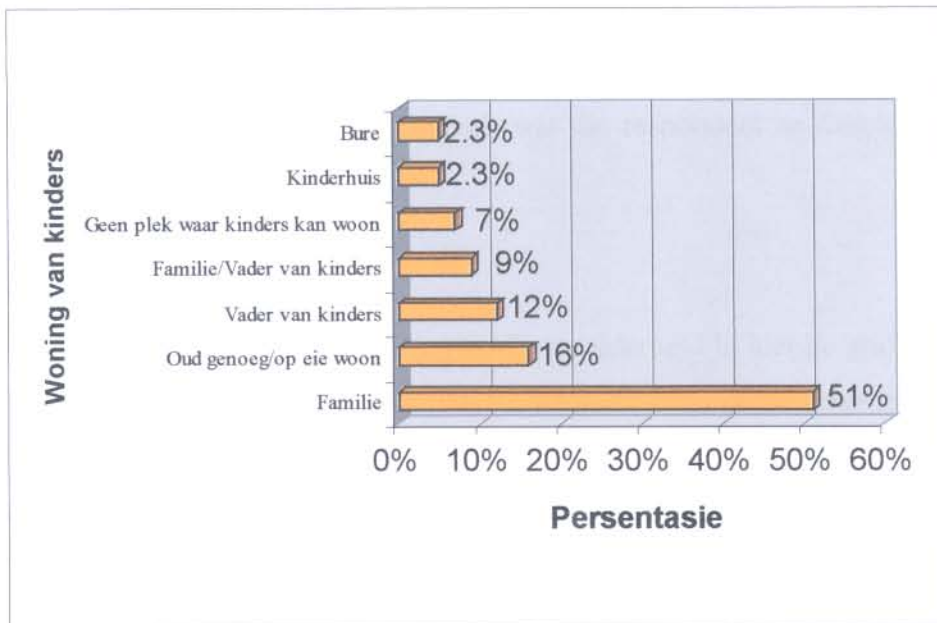
Onder hierdie afdeling is respondente laastens gevra waar kinders sal woon na afsterwe van die respondent. Figuur 25 wat laasgenoemde aandui kan ook vergelyk word met figuur 20 wat 'n aanduiding is van persone wat finasieel sal bydra tot versorging van kinders en oorblywende gesinslede na afsterwe van die respondent.

5.4.4.6 Versorging van kinders na afsterwe van respondent

Uit figuur 25 blyk dit dat kinders in 51%(22) gevalle by familie en in 9%(4) gevalle by beide die vader en familie sal gaan woon na afsterwe van die respondent. In figuur 20 het 38%(19) respondente genoem dat familie insluitende broers, susters, ouers en uitgebreide familie finasieel sal bydra tot die onderhoud van ooblywende gesinslede en kinders. 'n Verdere 12%(5) respondente in figuur 25 meen dat kinders by die vader alleen sal gaan woon, terwyl 10%(5) respondente in figuur 20 gesê het dat die vader verantwoordelik sal wees vir die finasieële onderhoud van kinders en oorblywende gesinslede na afsterwe van die respondent. In figuur 20 was 30%(15) respondente oortuig dat daar niemand sal wees

om finansiële na oorblywende gesinslede om te sien nie, terwyl figuur 25 toon dat slegs 7%(3) respondente van mening is dat hul kinders geen woonplek sal hê na afsterwe van die respondent nie. Dit blyk dus dat daar 'n bereidheid bestaan om kinders wat hul ouers aan MIV afgestaan het 'n woonplek te bied, maar dat die finansiële onderhoud van hierdie kinders en oorblywende gesinslede 'n probleem mag wees vir die persone wat hul inneem. Figuur 25 toon verder dat 16%(7) respondente ten minste een of meer kinders het wat oud genoeg is om op hul eie te woon en moontlik na jonger kinders kan omsien. Figuur 20 het egter aangedui dat slegs 6%(3) respondente se kinders en oorblywende gesinslede finansiële na hulself sal kan omsien. Laasgenoemde mag ernstige probleme meebring aangesien die afsterwe van die respondent in hierdie geval sou beteken dat kinders oud genoeg is om alleen te woon, maar dat die gesin 'n broodwinner verloor het en daar niemand sal wees om die rol van broodwinner oor te neem nie. Kinders sal dus nie net wees gelaat word nie, maar ook geen finansiële inkomste hê nie.

Figuur 25: Woning van kinders na afsterwe van respondent(N=43)



Shönteich in Whiteside en Sunter (2000:96) is van mening dat kinders en adolessente wat hul ouers aan MIV afstaan en onder swak supervisie van familieleden en welsynsorganisasies grootword 'n groter kans staan om by misdaad betrokke te raak as

enige ander groep. Daar word spesifiek gekyk na die ouderdomsgroep van tussen 15-24 wat die ouderdomsgroep is waar daar 'n groter neiging bestaan tot verskeie misdade as in enige ander ouderdomsgroep. Die navorser is van mening dat adolessente wat 'n tekort mag hê aan kos, klere en ander behoeftes, veral waar hul ook na jonger kinders moet omsien na afsterwe van die ouers, hulself mag wend tot misdaad ten einde hierdie middele te bekom.

5.4.5 Mediese aspekte

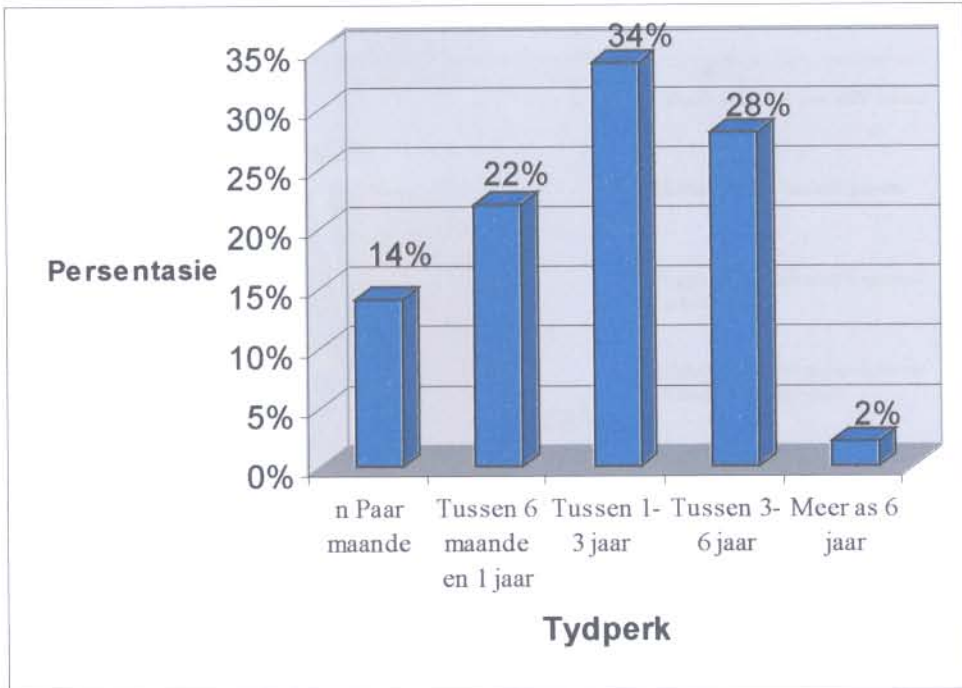
Hierdie afdeling fokus rondom die respondent se gesondheid wat MIV-diagnosering, simptome en mediese personeel aanbetref. Daar word op hierdie aspekte gelet ten einde die respondent se gesondheid in konteks te bring met haar huislike en finansiële omstandighede, asook die toeganklikheid en effektiwiteit van gesondheidsdienste wat aan die respondent gelewer word. Die respondent se gesondheid sou ook verband hou met bekendmaking van haar MIV-status soos reeds bespreek, aangesien haar gesondheid sou impliseer dat MIV nie vir lank geheim gehou kan word nie. Die navorser poog dus om te wys hoe alle sisteme waarin die respondent haarself bevind as gevolg van MIV beïnvloed word, en dus ook wedersydse verandering tussen sisteme sal veroorsaak. In hierdie afdeling is daar eerstens gelet op die tydperk wat die respondent se diagnose aan haar bekend is.

5.4.5.1 Typperk vanaf diagnose

Figuur 26 toon dat 34%(17) respondente, wat die meerderheid in hierdie grafiek uitmaak, alreeds tussen 1-3 jaar gelede met MIV gediagnoseer is. Die tweede grootste groep sluit 28%(14) respondente in wat tussen 3-6 jaar gelede met MIV gediagnoseer is. 'n Derde groep van 22%(11) respondente het eers 6 maande tot 'n jaar gelede uitgevind dat hul MIV-positief is. Daar was egter ook 'n groep van 14%(7) respondente wat eers onlangs uitgevind het dat hul MIV-positief is. Terwyl laasgenoemde groep minder as 6 maande gelede van hul MIV-status ingelig is, was daar een respondent wat genoem het dat sy al meer as 6 jaar gelede met MIV gediagnoseer is. Respondente was egter almal baie seker van hoe hul MIV bekom het, selfs al strek die tydperk vandat hul met MIV gediagnoseer is al oor 'n aantal jare. In hierdie afdeling het 98%(49) respondente genoem dat hul

onveilige seksuele omgang met 'n MIV-geïnfekteerde persoon gehad het. 'n Enkele respondent(2%) het genoem dat sy MIV-positief getoets het na aanleiding van verkragting.

Figuur 26: Tydperk vanaf diagnose(N=50)

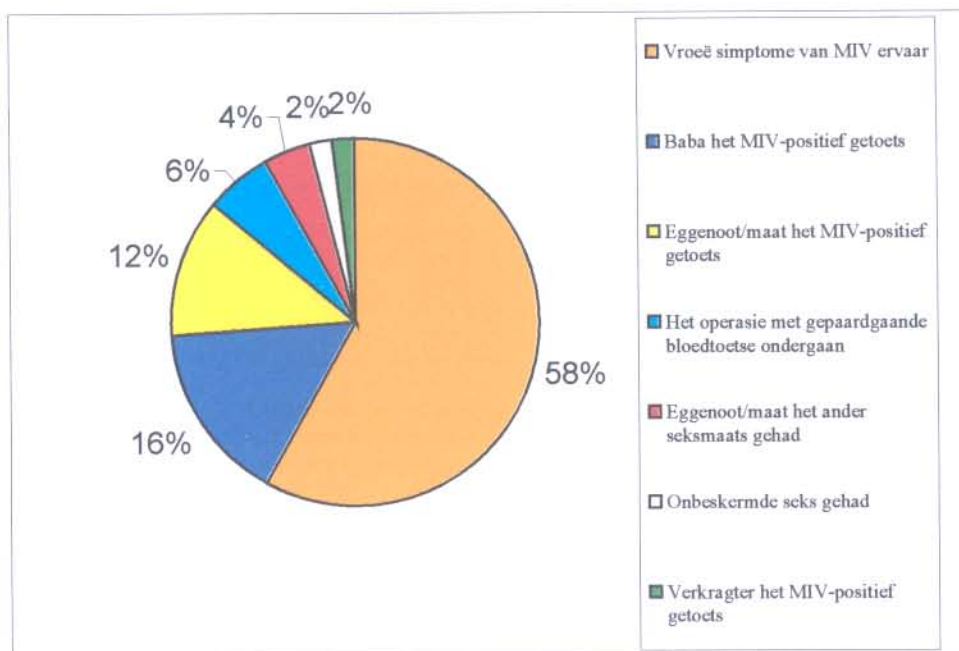


5.4.5.2 Aspekte wat aanleiding gegee het tot MIV-toetsing

Voordat respondente egter met MIV gediagnoseer is, was daar sekere redes wat respondente laat besluit het om MIV-toetsing te ondergaan. Figuur 27 dui aan dat 58%(29) respondente vroeë simptome van MIV ervaar het. Volgens Hoffman (1996:11) sluit hierdie simptome veral koors, vergrote kliere, flouheid en verlies aan apyt in soos wat by die venster periode gevind word. Macklin (1991:105) is van mening dat persone obsessief en angstig raak waar simptome voorkom wat mag dui op MIV-infektering. Die navorser is van mening dat hierdie angstigheid respondente wat vroeë simptome van MIV ervaar het, uiteindelik gedwing het om MIV-toetsing te ondergaan ten einde sekerheid te bekom aangaande hul serostatus. In 16%(8) gevalle blyk dit dat respondente eers MIV-toetsing ondergaan het nadat daar 'n baba gebore is wat gesondheidsprobleme ervaar het en dus MIV toetsing ondergaan het. Ulin (1992:65) verduidelik dat Afrika-vroue dikwels

oorwerk en uitgeput is as gevolg van opeenvolgende swangerskappe. Die voorkoms van 'n swangerskap kan ook die vroeë simptome wat met MIV verband hou versteek, wat 'n aanduiding mag wees van waarom 16%(8) vroue in hierdie studie onbewus was dat MIV moontlik kon voorkom, voordat die baba nie eers toetsing ondergaan het nie.

Figuur 27: Aspekte wat aanleiding gegee het tot MIV-toetsing(N=50)



Figuur 27 dui verder aan dat 12%(6) respondente MIV-toetsing ondergaan het nadat hul eggenote/maats MIV-positief getoets het. Aangesien die Afrika-man selde in die praktyk die persoon is wat eerste toetsing ondergaan, maak die navorser die aanname dat bogenoemde 12%(6) respondente se eggenote/maats alreeds baie siek moes wees voordat MIV-toetsing ondergaan is, en dus nie meer die siekte vir die respondent kon wegsteek nie. 'n Aantal respondente het ook ander redes aangevoer waardeur hul gemotiveer is om MIV-toetsing te ondergaan, waarvan die navorser veral wil let op enkele respondente (4%/2) wat toetsing ondergaan het aangesien hul eggenote/maats ander seksmaats gehad het. Die navorser verwys hier terug na tabel 12 wat aangetoon het dat 80%(40) respondente oortuig was dat hul maats ander seksmaats gehad het, en 56%(28) respondente wat oortuig is dat hul maats steeds ander seksmaats het. Tog het slegs 4%(2) repondente MIV-toetsing ondergaan om hierdie rede. Dit blyk uit figuur 27 dat

respondente in hierdie studie eerder 'n tydperk gewag het en uiteindelik na aanleiding van simptome of die geboorte van 'n baba, toetsing ondergaan het. Die navorser verwys dan na laasgenoemde as apatiese, maar ook ambivalente gevoelens wat mag voorkom by respondente en dus aanleiding gee daartoe dat vroue nie MIV-toetsing ondergaan voordat daar geen duidelike bewyse is dat hul moontlik MIV opgedoen het nie. Die navorser verwys eerstens na die vroue se onverskillige of apatiese houding wat in hierdie geval verband mag hou met die magswanbalans tussen Afrika-mans en -vroue. Waar die Afrika-vrou min regte het binne die verhouding/huwelik en besluitneming hoofsaaklik deur die man onderneem word, is dit verstaanbaar dat respondente in hierdie studie geen stappe geneem het om MIV te voorkom voordat dit nie te laat was nie. Laasgenoemde hou dan verband met ambivalensie wat by repondente in hierdie studie kon voorkom, aangesien daar van die Afrika-vrou aan die een kant verwag word om respekvol teenoor die man te wees en hom nie te vra om kondome te gebruik, en sodoende nie die man te beledig nie. Aan die ander kant was 80%(40) vroue in hierdie studie voorheen bewus dat hul maats ander seksmaats het, en 50%(25) was bewus dat MIV na aanleiding van seksuele omgang oorgedra word, en daar dus 'n groot kans bestaan het dat hulself ook MIV kon opdoen.

Respondente is in hierdie afdeling verder gevra of daar enige ander gesinslede is wat MIV-positief is. In vergelyking met figuur 27 waar slegs 12%(6) respondente in die verlede toetsing ondergaan het nadat hul maats MIV-positief getoets het, het 46%(23) respondente genoem dat hul maats nou ook MIV-positief is. Laasgenoemde impliseer dat die definitiewe aantal seksmaats met MIV toegeneem het met 34%(17). Ook 18%(9) respondente het genoem dat hul MIV-positiewe babas het. Figuur 27 dui op 16%(8) vroue wat toetsing ondergaan het na aanleiding van die geboorte van 'n MIV-positiewe baba, wat dus dui op 'n toename van 2%(1) MIV-positiewe babas.

5.4.5.3 Huidige mediese toestand

In hierdie studie het nie 'n enkele respondent genoem dat sy sterwend is wat haar gesondheid aanbetref nie. Figuur 28 wys dat die meerderheid respondente(50%/25) hulself beskou as siek, maar steeds onafhanklik of as glad nie siek nie(46%/23). 'n

Verdere 4%(2) respondente noem dat hul bedlêend is. Figuur 28 is dus 'n aanduiding dat respondente in die algemeen nog instaat is tot normale daaglikse funksionering. Dit is egter nodig om te bepaal watter aspekte van hul gesondheid geaffekteer word wat 'n moontlike invloed op hul seksuele- en gesinslewe, asook hul werk en verbandhoudende omstandighede mag hê. Daar word vervolgens ook op tabel 14 gelet.

Figuur 28: Beskrywing van huidige mediese toestand(N=50)



5.4.5.4 Mediese simptome

Tabel 14 dui die verskillende simptome aan wat MIV-verbandhoudend is, maar ook met die gebruik van MIV-medikasie mag voorkom. Na aanleiding van die volledigheid en aantal simptome in tabel 14 bespreek die navorser nie die tabel volledig nie. Die navorser wil wel verwys na die erns van simptome soos wat respondente in tabel 14 aangedui het, en hoe MIV as siekte ook 'n invloed uitoefen op die verskillende sisteme waarin die respondent haarself bevind. Die navorser vergelyk vervolgens simptome wat by respondente voorkom met ander bevindings soos reeds bespreek in hierdie studie.

Met verwysing na die huislike en ander omstandighede is dit nodig dat respondente 'n veilige leef- en werksomgewing het. Daar kan gelet word op die volgende:

- Maagpyn en diarree wat veroorsaak of versleg kan word deur onhigiëniese omstandighede waar voedsel nie reg bewaar word nie, toiletgeriewe nie op standaard is nie en drinkwater nie veilig is nie
- Hoesbuie wat die gevolg kan wees van respondente wat slaapplek met ander gesinslede moet deel as gevolg van beperkte ruimte, en dus verkoues en ander siektes kan bekom wat lewensgevaarlik kan wees vir die persoon met MIV
- Rugpyn wat veroorsaak kan word deur die tipe werk van die respondent aangesien 'n groot aantal respondente in hierdie studie domestiese werkers is, asook beperkte slaapfasiliteite waar gesinslede slaapruimtes moet deel
- Hoesbuie en borspyne wat aanduidend mag wees van 'n tekort aan genoegsame warm klere, komberse en die regte behuising.

Dit is verder belangrik dat respondente hul betekenisvolle ander voorberei op bekendmaking of reeds hul serostatus aan betekenisvolle ander bekend gemaak het, aangesien nie alle simptome oor 'n lang periode weg gestee kan word nie.

- Daar kan gelet word op swelling in die nek en lies
- Verlies aan aptyt wat gepaard gaan met gewigsverlies
- Velprobleme wat nie maklik versteek kan word nie.

Mediese behandeling van simptome speel ook 'n belangrike rol aangesien meeste van hierdie simptome ongemak en pyn kan veroorsaak waar onbehandeld gelaat word byvoorbeeld:

- Hoesbuie en borspyne mag ook aanduidend wees van TB wat behandeling vereis ten einde die respondent se gesondheid te verbeter en die verspreiding van TB na ander sal voorkom.
- Mondere wat die inname van voedsel bemoeilik
- Maagpyn en diarree wat aanleiding gee tot gewigsverlies
- Seksueel oordraagbare siektes wat pynlik mag wees en aan ander oorgedra kan word.

Simptome hou ook verband die emosionele en psigologiese welstand van die respondent.

Daar kan dus gelet word op:

- Depressie wat aanleiding mag gee tot verdere afbreking van die immuunsisteem en selfs selfmoord
- Spanning wat die respondent se psigologiese welstand benadeel en 'n invloed mag hê op haar verhoudings met betekenisvolle ander.

Tabel 14: Mediese simptome

Simptome n.a.v. MIV	Frekwensie	%
Swelling in die nek	23	46%
Swelling in die lies	24	48%
Nagsweet	19	38%
Koors	27	54%
Diarree	24	48%
Verlies aan aptyt	32	64%
Gewigsverlies	36	72%
Hoesbuie	25	50%
Vel probleme	29	58%
Mondserre	25	50%
Seksueel oordraagbare siektes	27	54%
Moegheid	35	70%
Droeë mond	2	4%
Geaffekteerde oë	2	4%
Ander simptome		
Rugpyn	7	14%
Maagpyn	3	6%
Hoofpyn	8	16%
Borspyn	1	2%
Gewrigspyn	5	10%
Depressie	35	70%
Spanning	36	72%
Totaal	n=389	

5.4.5.5 CD4 seltellings

Laastens hou die voorkoms van simptome ook grootliks verband met die respondent se CD4 seltelling. In hierdie studie was 38%(19) respondente bewus van wat 'n CD4 seltelling is, maar slegs 30%(15) respondente het geweet wat hul eie CD4 seltellings was. Die navorser vergelyk vervolgens respondente se CD4 seltellings met die fases van MIV.

Tabel 15: CD4 seltellings

Fase	CD4 selle per mikroliter bloed	Frekwensie	%
Venster periode	Ongeveer 1200	0	0
Asimptomatiese fase	Ongeveer 1000-1199	1	6.6%
Vroeë simptomatiese fase	Ongeveer 500-999	4	26.6%
Laat simptomatiese fase	Ongeveer 201-499	6	40%
Terminale fase	Ongeveer 51-200	4	26.6%
Nader sterfte	0-50	0	0
Totaal		N=15	100%

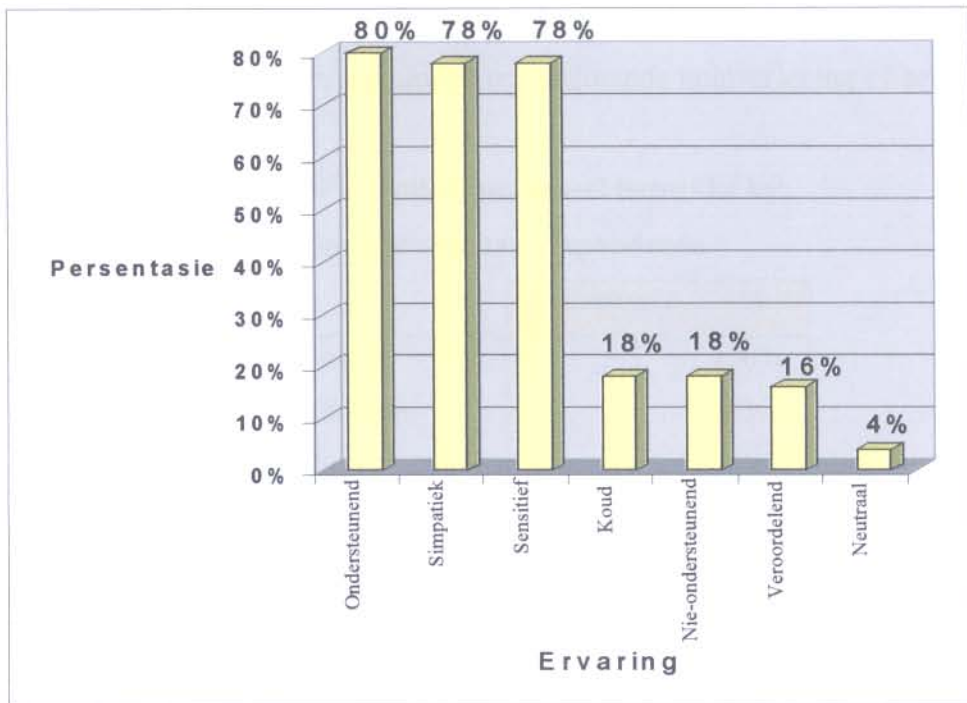
*Fases saamgestel uit inligting vanaf verskeie outeurs soos in hoofstuk 2 bespreek

Tabel 15 dui aan dat geen van die 30%(15) respondente wat bewus is van hul CD4 seltellings meer in die venster periode van MIV verkeer nie. Dit blyk dat 1 respondent nog redelik gesond is met 'n seltelling van tussen 1000-1999, terwyl 26.6%(4) respondente in die vroeë simptomatiese fase verkeer. Die meerderheid respondente(40%/6) verkeer egter in die laat simptomatiese fase wat meer ernstige simptome impliseer. Ook 26.6%(4) respondente verkeer volgens hul CD4 seltellings in die terminale fase. Laasgenoemde kan in konteks gebring word met 2 respondente wat in hierdie studie aangedui het dat hul hoofsaaklik bedlënd is. Volgens Hoffman (1996:14) impliseer 'n CD4 seltelling van minder as 200 die definitiewe voorkoms van ernstige Vigs-indikatore soos Kaposi's sarcoma, pneumocystis pneumonie, indringende servikale kanker en tuberkulose, maar sterf persone selde voordat die CD4 seltelling nie minder as 50 is nie. In hierdie studie was daar geen van die 30%(15) respondente wat bewus was van hul CD4 seltellings, met 'n seltelling van minder as 50 nie.

5.4.5.6 Ervaring van persoon wat MIV-toets resultaat bekend gemaak het

Figuur 29 dui op hoe respondente die persoon ervaar het wat die uitslag van hul MIV-toets aan hul bekend gemaak het. Dit blyk dat 80%(40) respondente die persoon wat hul toets uitslae bekend gemaak het ondersteunend gevind het. Ook 78% respondente het die persoon simpatiek en sensitief gevind.

Figuur 29: Ervaring van persoon wat toets resultaat bekend gemaak het(n=146)



Nie alle respondente in hierdie studie was egter gelukkig met die manier waarop hul toets resultate bekend gemaak is nie en 18%(9) respondente is van mening dat hul toets resultate op 'n koue, nie-ondersteunende wyse aan hulle bekend gemaak is. 'n Enkele respondent het aan die navorser genoem dat haar toets resultate deur 'n verpleegkundige aan haar bekend gemaak is met die volgende woorde: “*Vervelig, jou toets resultaat is dieselfde as almal sin-positief*”. Die navorser is oortuig dat figuur 29 nie alleenlik toon dat toets resultate nie met die nodige kennis en insig bekend gemaak word nie, maar dat die afwesigheid van opgeleide persone wat kennis en insig rondom psigososiale en emosionele aspekte van MIV aanbetref, duidelik waargeneem kan word.

In hierdie studie is respondente se toets resultate in 88%(44) gevalle deur 'n mediese dokter bekend gemaak en in 8%(4) gevalle deur 'n verpleegkundige bekend gemaak. Slegs 1(2%) respondent se toets resultaat is deur 'n maatskaplike werker bekend gemaak en nog 1(2%) deur 'n MIV-berader. Die afwesigheid van maatskaplike werkers en opgeleide beraders in die bekendmaking van toets resultate dui vir die navorser op 'n groot leemte. Daar mag verskeie redes bestaan vir die afwesigheid van bogenoemde persone, maar daar behoort dan ook gefokus te word op volledige opleiding vir persone wat wel beskikbaar is om toets resultate bekend te maak, wat in hierdie studie hoofsaaklik mediese personeel is. Daar word vervolgens gelet op ander persone waarmee respondente op gereelde basis in aanraking kom gedurende hulpverlening of behandeling.

**Tabel 16: Hospitaal personeel betrokke by
hulpverlening aan respondente**

	Frekwensie	%
Mediese dokter	50	100%
Verpleegkundige	38	76%
Dieetkundige	5	10%
Sielkundige	3	6%
Pastorale berader	9	18%
Maatskaplike werker	23	46%
Totaal	n=128	

Alle respondente het genoem dat hul op gereelde basis kontak het met 'n mediese dokter. Dit blyk dan uit tabel 16 vir die navorser dat veral mediese dokters mag baat by opleiding wat verband hou met psigososiale en emosionele aspekte van MIV. Ook 76%(38) respondente sien op 'n gereelde basis 'n verpleegkundige, terwyl 46%(23) 'n maatskaplike werker op 'n gereelde basis sien. Hierdie tekort aan maatskaplike werkers en ander opgeleide beraders is al in 1997 in die Witskrif vir Maatskaplike Welsyn uitgelig. In die Witskrif vir Maatskaplike Welsyn is daar genoem dat maatskaplike werkers en welsynsorganisasies onderbenut word in die veld van MIV/Vigs. Dit blyk verder dat samewerking tussen die maatskaplikewerkprofessie en gesondheidsdienste,

wat MIV/Vigs aanbetref nie na wense is nie(Witskrif vir Maatskaplike Welsyn, 1997:90). Die leemtes wat reeds ses jaar gelede deur die Witskrif vir Maatskaplike Welsyn uitgelig is, bestaan dus steeds. Die navorser meen egter dat swak ekonomiese toestande mag bydra tot 'n tekort aan opgeleide personeel en maatskaplike werkers by instansies soos hospitale, en daar nie noodwendig 'n onwilligheid bestaan by maatskaplike werkers om betrokke te raak by hulpverlening aan persone met MIV/Vigs nie.

5.4.5.7 Instansies vir mediese behandeling

Tabel 17 dui daarop dat alle respondente in hierdie studie mediese behandeling ontvang by beide hospitale en klinieke. Dit blyk egter dat slegs 6%(3) respondente die dienste van 'n privaat mediese praktisyn kan bekostig. Ook 12%(6) respondente ontvang verdere behandeling vir MIV vanaf 'n tradisionele geneser. Laasgenoemde dui vir die navorser aan dat ook tradisionele genesers mag baat vind by opleiding rondom emosionele en psigososiale aspekte van MIV. Respondente wat behandeling ontvang vanaf hospitale en klinieke noem dat hulle deur middel van staatshulp slegs 'n klein bedrag van R10-15 per maand betaal ten einde medikasie en behandeling vir MIV te ontvang. Slegs 20%(10) respondente vind toegang tot 'n hospitaal of kliniek moeilik waarvan 16%(8) respondente laasgenoemde toeskryf aan finansiële probleme en 4%(2) respondente dit toeskryf aan die vër afstand wat hulle van die hospitaal af woon.

Tabel 17: Instansies

	Frekwensie	%
Hospitaal	50	100%
Kliniek	50	100%
Tradisionele Geneser	6	12%
Privaat behandeling	3	6%
Totaal	n=109	

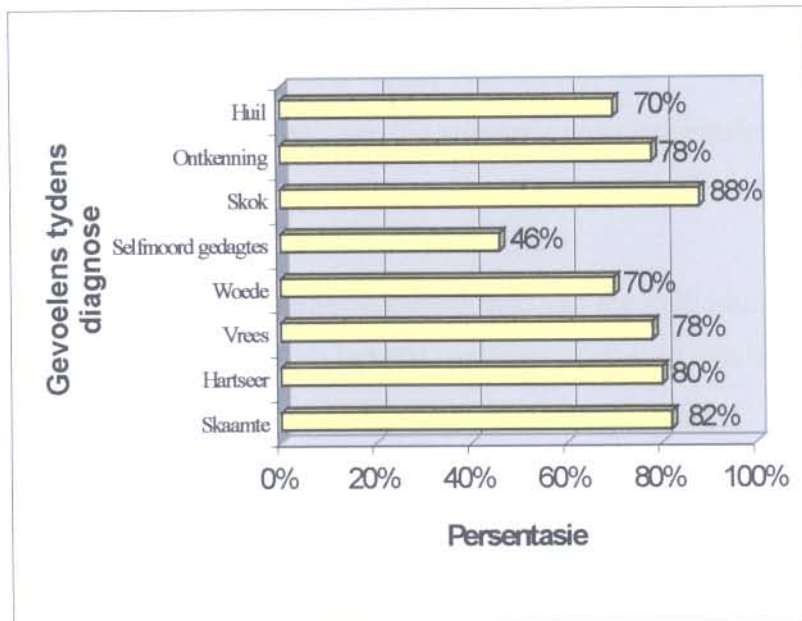
5.4.6 Emosionele en psigososiale aspekte van MIV/Vigs

In hierdie afdeling fokus die navorser op aspekte van MIV/Vigs wat ernstige emosionele en psigososiale gevolge vir die vrou met MIV inhou. Daar word veral gelet op hoe respondente gedurende en na die bekendmaking van hul MIV-toets resultate gevoel het, asook respondente se gevoelens oor hul eie lewens en toekoms. Die navorser let verder op hoe respondente die siekte hanteer en gevoelens wat hul rondom die dood mag hê.

5.4.6.1 Gevoelens tydens diagnose en huidige gevoelens

Figuur 30.1 dui op gevoelens wat respondente ervaar het gedurende die bekendmaking van hul positiewe serotatus. Die meerderheid respondente (88%/44) het skok ervaar wat volgens die navorser saam met ontkenning wat deur 78%(39) respondente aangedui is, moontlik die eerste gevoelens mag wees direk nadat die toets uitslag bekend gemaak is. Hierdie gevoelens het gepaard gegaan met 70%(35) respondente wat genoem het dat hul ook gehuil het met bekendmaking van hul toets resultate.

Figuur 30.1: Gevoelens tydens diagnose(n=296)



Die navorser vergelyk vervolgens die afnames in gevoelens wat voorgekom het tydens bekendmaking soos in **figuur 30.1** met gevoelens wat huidiglik by respondente voorkom soos in **figuur 30.2** deur ooreenstemmende gevoelens saam te voeg in **tabel 18**.

Tabel 18: Afname in gevoelens vanaf MIV-diagnosering tot hede

Gevoelens	Tydens diagnose	%	Huidiglik	%
Skaamte	41	82%	31	62%
Hartseer	40	80%	22	44%
Vrees	39	78%	29	58%
Woede	35	70%	7	14%
Selfmoord gedagtes	23	46%	8	16%
Totaal	n=178		n=97	

Tabel 18 dui dat repondente gedurende bekendmaking van hul MIV-toets uitslag in 82%(41) gevalle skaamte ervaar het, maar dat laasgenoemde afgeneem het met 20%(10) tot op hede. Volgens die navorser hou hierdie skaamte veral verband met die stigma wat daar aan MIV gekoppel word, veral onder Afrika-kulture. Alonzo en Reynolds (1995:304) meen dat persone met MIV om die volgende redes stigmatisering ervaar:

- MIV/Vigs word geassosieer met afwykende gedrag, en gesien as die gevolg van afwykende gedrag
- MIV/Vigs word gesien as die verantwoordelikheid van die individu
- Volgens sekere geloofsoortuigings is MIV verteenwoordigend van 'n swak karakter
- MIV word gesien as aansteeklik en 'n gevaar vir die samelewing
- MIV word nie deur die samelewing verstaan nie.

Die afname in gevoelens van skaamte in hierdie studie mag volgens die navorser verband hou met inligting wat aan respondente deurgegee is, asook bekendmaking aan betekenisvolle ander wat respondente sou help om hul serostatus te aanvaar.

Tabel 18 toon verder dat 80%(40) respondente gedurende bekendmaking van hul MIV-diagnose hartseer ervaar het, terwyl 44%(22) respondente huidiglik nog hartseer ervaar.

Die navorser meen dat hierdie gevoel veral verband hou met moontlike verliese wat die respondent sal ervaar na aanleiding van die voorkoms van MIV/Vigs. Nie net sal die respondent uiteindelik sterf as gevolg van Vigs nie, maar die volgende verliese kan dikwels in die praktyk waargeneem word by Afrika-vroue met MIV:

- Verlies aan onafhanklikheid wat gesondheid aanbetref
- Verlies aan status in die gemeenskap
- Verlies aan betekenisvolle ander waar verhoudings beskadig word
- Verlies van 'n baba as gevolg van MIV/Vigs
- Verlies van 'n eggenoot/maat as gevolg van MIV/Vigs
- Verlies aan 'n liggaam soos wat dit voorheen gelyk het.

Tabel 18 wys dat 78%(39) respondente vrees ervaar het gedurende bekendmaking van hul toets uitslae, maar dat daar 'n afname van 20%(10) tot op hede was. Bisset en Gray (1992:131) het in hul studies gevind dat vrees veral voorkom waar vroue met MIV nie afhanklik wil raak van ander se hulp nie en ook vrees ervaar dat gesins- en familieledes hul sal verwerp. Vir die navorser blyk dit dat vrees en hartseer as gevolg van sekere verliese wat mag voorkom na aanleiding van MIV, sterk verband hou met mekaar.

Woede het by 70%(35) respondente voorgekom tydens bekendmaking van hul toets uitslae. Tabel 18 toon egter dat hierdie gevoel tot op hede met 56%(28) afgeneem het. Volgens Bisset en Gray (1992:131) kan woede wat by vroue met MIV voorkom aanleiding gee tot depressie en word woede hoofsaaklik op die volgende persone geprojekteer:

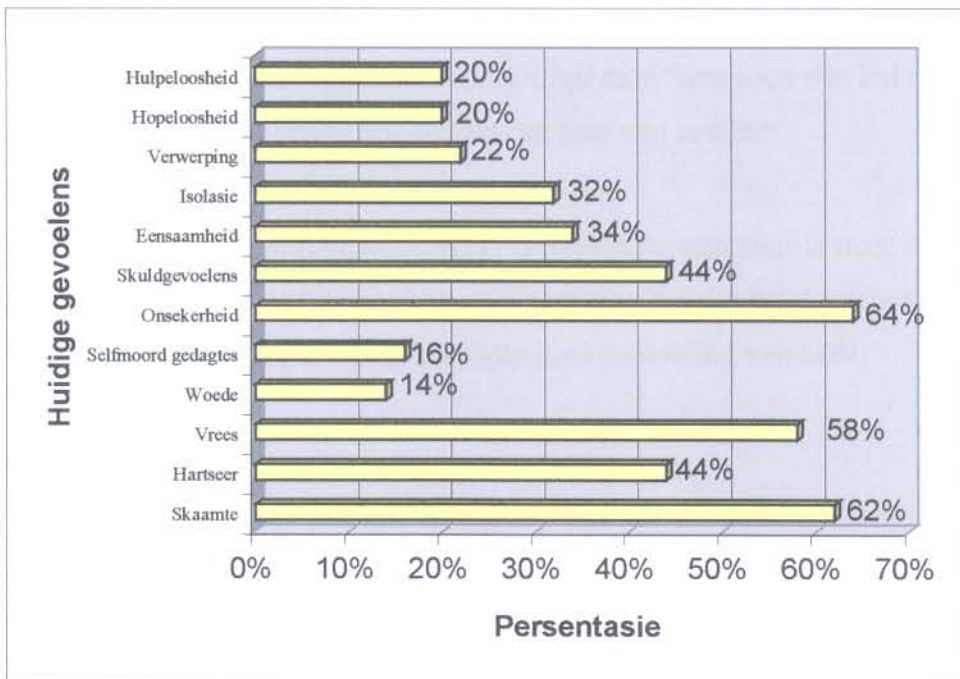
- Woede teenoor die persoon wat die virus aan hul oorgedra het
- Woede teenoor die mediese professie, polisie, media en gemeenskap wat uit onkunde die siekte gestigmatiseer het.

Die dramatiese afname van woede soos bo verduidelik, mag volgens die navorser verband hou met die respondent se behoefte aan ondersteuning, selfs al was die seksmaat moontlik die persoon wat MIV aan die respondent oorgedra het. In hierdie studie het dit geblyk dat alle respondente wat hul serostatus aan hul seksmaats bekend gemaak het, ondersteuning van hul maats ontvang het. Die navorser neem aan dat respondente se

behoefte na ondersteuning groter was as hul woede teenoor die persoon wat MIV aan hul oorgedra het. Die afname in woede mag ook verband hou met ondersteuning wat vanaf betekenisvolle ander ontvang is nadat respondente hul serostatus bekend gemaak het, en geheimhouding en gepaardgaande emosies wat voorheen die vrou weerhou het van spesifieke kontak en openlikheid met betekenisvolle ander, uit die weg geruim kon word.

Anderson en Wilkie (1992:150) noem dat selfmoord dikwels deur vroue met MIV as uitweg oorweeg word na aanleiding van die traumatiese veranderinge wat in hul lewens plaasgevind het. In hierdie studie het dit geblyk dat 46%(23) respondente tydens bekendmaking van hul toets uitslae selfmoord gedagtes gehad het. Laasgenoemde het egter afgeneem met 30%(15) en slegs 16%(8) respondente noem dat hul huidiglik nog selfmoord gedagtes koester. Laasgenoemde afname mag volgens die navorser verband hou met vroue se verantwoordelikheid teenoor ander, veral vir vroue wat kinders het, asook ondersteuning vanaf betekenisvolle ander.

Figuur 30.2: Huidige gevoelens(n=207)



Figuur 30.2 toon dat 64%(32) vroue huidiglik gevoelens van onsekerheid ervaar. Onsekerheid kan volgens die navorser gekoppel word aan al die ander gevoelens wat deur respondente in figuur 30.2 aangedui is, aangesien MIV 'n verskeidenheid gevoelens meebring wat ongewoon en verwarrend kan wees vir die persoon met MIV, en dus onsekerheid veroorsaak.

Skuldgevoelens en selfblaaam word volgens Bisset en Gray (1992:127) geassosieer met 'n swak selfbeeld by die vrou met MIV. Dit blyk dat 44%(22) respondente in hierdie studie skuldgevoelens ervaar wat volgens die navorser moontlik ook verband mag hou met die oordra van MIV aan 'n kind of maat. Respondente ervaar huidiglik ook gevoelens van isolasie(32%/16), eensaamheid(34%/17), hulpeloosheid(20%/10) en hopeloosheid(20%/10). Bogenoemde outeurs het in hul navorsing soortgelyke gevoelens geïdentifiseer naamlik:

- Isolاسie vanaf die self - vroue noem dikwels dat hul liggame soos die van 'n vreemdeling voel. Die navorser het in hierdie studie gevind dat 62%(31) vroue dieselfde voel.
- Isolاسie vanaf die gemeenskap. Ook 18%(9) vroue in hierdie studie het genoem dat hul nie wil hê dat die gemeenskap en vriende hul moet sien soos wat hul nou lyk nie, terwyl 1 vrou slegs haar gesinslede toelaat om haar nog te sien.
- Hulpeloosheid en magteloosheid.

Gevoelens van verwerping wat deur 22%(11) respondente aangedui is mag verband hou met die aantal respondente wat in tabel 10 en 9 aangedui het dat betekenisvolle ander hul verwerp het of dat verhoudings ernstig beskadig is na aanleiding van MIV.

5.4.6.2 Gevoelens rondom die toekoms en die dood

Respondente is onder hierdie afdeling gevra hoe hul oor hul lewens en die dood voel. Hierdie vraag was vir baie respondente 'n emosionele en meer sensitiewe vraag as enige vrae oor hul seksuele gedrag. Die meerderheid respondente (86%/43) vind hul lewens betekenisvol, tog was 12%(6) respondente oortuig dat hul geen beheer oor hul lewens het nie. Ook 64%(32) respondente het genoem dat hul die dood vrees en 34%(17) het genoem dat hul alreeds gereed voel om te sterf. Die navorser het ook gepoog om te

bepaal of repondente die dood na aanleiding van Vigs, sou beskou as 'n skande. Die meerderheid repondente het (70%/35) was van mening dat die dood na aanleiding van Vigs vir hulle 'n skande sou wees, terwyl 30%(15) repondente die dood as vredevol gesien het. In 'n verdere vraag wat grootliks by bogenoemde aansluit is daar gelet op hoe repondente hul toekoms sien. Die meerderheid repondente (88%/44) het genoem dat hul hoopvol is oor die toekoms, maar 18%(9) repondente het ook genoem dat hul verkies om nie te veel oor die toekoms te dink nie. Ook 58%(29) repondente het genoem dat hul die toekoms vrees en 8%(4) repondente meen dat hul geen hoop het vir die toekoms nie. Die navorser is oortuig dat hierdie gevoelens verband hou met die aantal repondente (70%/35) wat depressie ervaar. Relevante inligting aangaande die beskikbaarheid, bekostigbaarheid en effektiwiteit MIV-medikasie wat lewenskwaliteit en lewensduur mag bevorder, kan moontlik ook verband hou met bogenoemde. Soos in hoofstuk 2 bespreek is ernstige probleme aangaande anti-retrovirale medikasie in Suid-Afrika ervaar en leef meeste persone met MIV in onsekerheid wat die beskikbaarheid van hierdie medikasie aanbetref. Dit is dus verstaanbaar dat repondente in hierdie studie noem dat hul die toekoms vrees of geen hoop het vir die toekoms nie.

5.4.6.3 Hanteringsmeganismes

Daar is vervolgens in hierdie afdeling ook gekyk na hoe repondente MIV hanteer. Bisset en Gray (1992:127) het in hul navorsing gevind dat daar dikwels destruktiewe hanteringsmeganismes gevind word by vroue met MIV. In tabel 19 blyk dit dat daar 'n ooreenstemming mag wees tussen bevindings van laasgenoemde outeurs en hierdie studie. Repondente het genoem dat hul probeer om nie oor die siekte dink nie (74%/37), nie oor die siekte te praat nie (80%/40) en ook die siekte weg wens (70%/35). Commerford *et al.* (1994:225-229) het gevind dat die MIV-geïnfekteerde persoon 'n sterk behoefte ondervind dat die siekte moet verdwyn en wensdenkery dus voorkom. Die individu probeer haarself oortuig dat die siekte mettertyd sal verdwyn. Volgens die navorser is hierdie vorm van hantering van die siekte nadelig vir die persoon en word die realiteit van die siekte ontken. Laasgenoemde is dus 'n belangrike aspek wat gedurende berading aangespreek behoort te word.

Tabel 19: Wyses waarop MIV hanteer word

Hantering van siekte	Frekwensie	%
Deur nie aan die siekte te dink nie	37	74%
Deur nie oor die siekte te praat nie	40	80%
Deur self te blameer	23	46%
Deur die siekte weg te wens	35	70%
Deur nie verantwoordelikheid vir die siekte te neem nie	19	38%
Deur heelyd te huil	9	18%
Deur heelyd kwaad te wees	10	20%
Deur ander te probeer infekteer	7	14%
Deur die siekte te sien as 'n geleentheid om te groei	45	90%
Totaal	n=225	

Daar kan verder in tabel 19 gelet word op selfblamering wat by 46%(23) respondente voorkom. Selfblamering hou volgens Commerford *et al.* (1994:225-229) verband met vermeerderde angs en depressie soos ook gevind in tabel 14 in hierdie studie. Selfblamering hou verder volgens laasgenoemde outeurs verband met met ontkenning van die siekte en die vermyding daarvan, wat lei tot verdere spanning. 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.

Tabel 19 toon dat 38%(19) respondente meen hul die siekte hanteer deur nie verantwoordelikheid daarvoor te neem nie. Daar is dus 'n aantal van 62%(31) respondente wat wel voel dat hul verantwoordelikheid neem vir hul siekte. Commerford *et al.* (1994:225-229) het in hul navorsing gevind dat laasgenoemde weereens verband hou met selfblamering. Dit blyk dat selfblamering juis impliseer dat die individu verantwoordelikheid dra vir die voorkoms van die siekte en deur middel van ontkenning en vermyding van die siekte haarself distansieer deur selfblamering. Laasgenoemde hou volgens bogenoemde outeurs veral verband met die oordrag van MIV wat met spesifieke gedrag vereenselwig word, en 98%(49) respondente in hierdie studie was seker dat hul

MIV opgedoen het na aanleiding van onbeskermd seksuele omgang met 'n geïnfekteerde persoon.

Hantering van die siekte deur te huil of kwaad te word kan volgens Commerford *et al.* (1994:225-229) gesien word as die simptome van psigologiese spanning wat weereens terug gevoer 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. Tabel 19 toon dat 18%(9) respondente die siekte hanteer deur te huil en 20%(10) die siekte hanteer deur kwaad te wees. Daar is ook gevind dat 14%(7) respondente genoem het dat hul die siekte hanteer deur te probeer om ander te infekteer. 'n Suid-Afrikaanse studie deur CIETAfrica onder 9 300 adolessente het ook bevind dat 15% adolessente in hierdie studie van mening was dat hul steeds seks sal hê indien hul bewus was dat hul MIV-positief is, en dat hul MIV ook intensioneel sal versprei (Pretoria News, 2002:3). Laasgenoemde stem ooreen met die aantal respondente (14%/7) in hierdie studie wat genoem het dat hul seksueel aktief is en poog om deur middel van onbeskermd seksuele omgang ander te infekteer. Die tendens soos gevind onder adolessente blyk dus soortgelyk te wees onder volwasse vroue. Hierdie aspek is volgens die navorser een van die noodsaaklikste aspekte wat tydens berading hanteer behoort te word.

Tabel 19 toon laastens dat 90%(45) respondente die siekte as 'n geleentheid beskou om steeds te groei, wat nie noodwendig ooreenkom met die 14%(7) respondente wat genoem het dat hul die siekte probeer hanteer deur ander te infekteer nie. By hierdie vraag het respondente aan die navorser genoem dat hul graag meer van MIV sou wou leer ten einde ander geïnfekteerde vroue by te staan en veral van hul eie ervarings gebruik te maak. Die navorser meen dat selfs die respondente wat die siekte hanteer deur ander te probeer infekteer, se woede nie gefokus is op ander vroue in 'n soortgelyke situasie nie, en daar dus by hierdie respondente ook die behoefte bestaan om die siekte as 'n geleentheid te benut om steeds te groei en ander by te staan. Bogenoemde kan volgens die navorser 'n belangrike konsep wees wat tydens berading benut kan word om negatiewe gevoelens en hanteringsmeganismes van die vrou wat poog om ander te infekteer teen te werk, en dus

die kliënt in 'n posisie plaas waar sy voel dat sy 'n werklike bydra kan lewer deur ander by te staan en sodoende ook haar eie selfwaarde verhoog. Laasgenoemde verhoging van selfwaarde mag dan van nut wees in hulpverlening tot gedragsverandering by vroue wat die siekte hanteer deur te poog om ander te infekteer.

5.4.7 Beradingsbehoefte van respondente

Hierdie afdeling wat die laaste afdeling van die vraelys is, fokus op beradingsbehoefte van respondente en sluit dus inligting aangaande die berader, asook respondente se spesifieke voorkeure gedurende berading in. Daar word gelet op kulturele aspekte van berading sowel as gedragsverandering en die belang van sterwensbegeleiding, en berading vir oorblywende gesins- en familieledede na afsterwe van die respondent.

5.4.7.1 Beradingsdienste in gemeenskappe

Dit blyk eerstens in hierdie afdeling dat 98%(49) respondente bewus is van beradingsdienste in hul gemeenskappe. Tabel 20 dui aan dat die meerderheid respondente bewus is van beradingsdienste by hospitale(98%/49) en klinieke(98%/49). Laasgenoemde mag wees aangesien die meeste persone met MIV, klinieke en hospitale op 'n gereelde basis besoek vir mediese behandeling.

Tabel 20: Beradingsdienste in gemeenskappe

Beradingsdienste	Frekwensie	%
Klinieke	49	98%
Hospitale	49	98%
Hospiese	4	8%
Kerke	9	18%
Welsynsorganisasies	4	8%
Nie-regeringsorganisasies	1	2%
Privaat beraders	3	6%
Tradisionele Genesers	6	12%
Totaal	n=125	

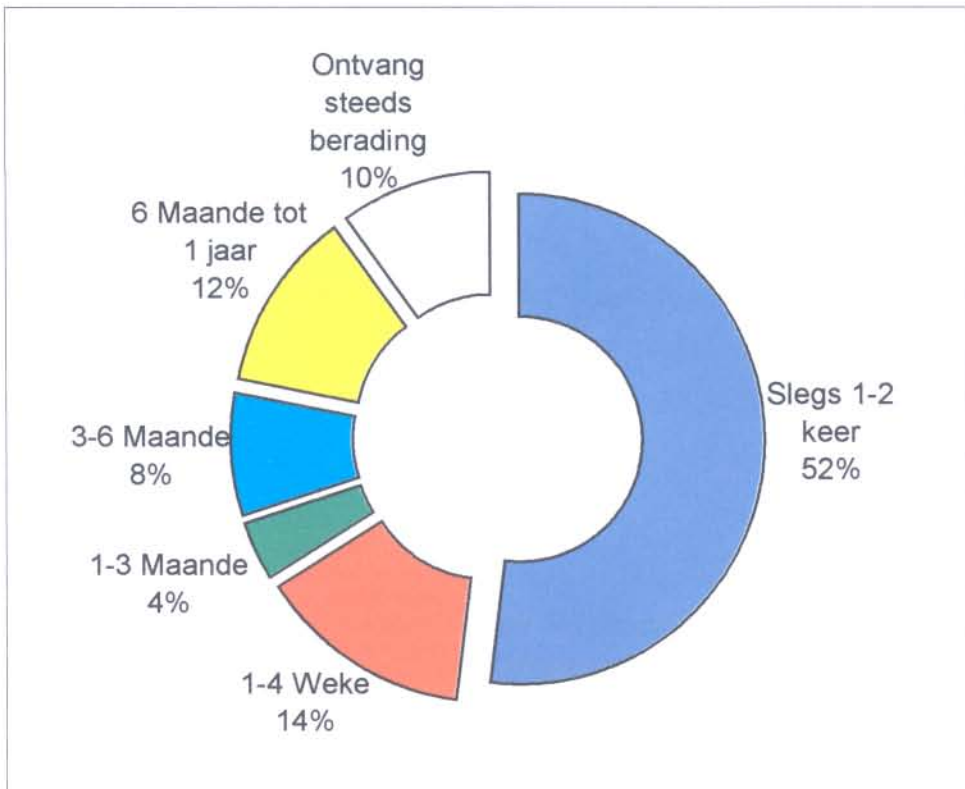
Tabel 20 toon ook dat 18%(9) respondente bewus is van beradingsdienste by kerke en 12%(6) bewus is van beradingsdienste wat deur tradisionele genesers gelewer word. Dit blyk egter dat slegs 8%(4) respondente bewus is van welsynsorganisasies wat beradingsdienste lewer in hul gemeenskappe. Laasgenoemde dui volgens die navorser op moontlike swak sigbaarheid van welsynsorganisasies in respondente se gemeenskappe indien welsynsorganisasies wel daar gevind word. Daar behoort dus gelet te word op redes vir die swak sigbaarheid van welsynsorganisasies in hierdie gemeenskappe.

5.4.7.2 Tydperk van berading

Alle respondente het genoem dat hul berading ontvang het of steeds ontvang en daar word in figuur 31 gekyk na die tydperk wat respondente berading ontvang het. Figuur 31 dui daarop dat 52%(26) respondente slegs 1-2 keer berading ontvang het. Dit blyk dus dat hierdie respondente een keer 'n berader gesien het tydens voortoets berading en moontlik nog 'n keer na die bekendmaking van die toets uitslag. Hierdie tekort aan berading mag volgens die navorser verband hou met ernstige emosionele en psigososiale probleme wat in hierdie studie by respondente aangedui is. Van Rooyen en Combrink (1990:167-168) is van mening dat gedragsverandering 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. In hierdie studie kan daar byvoorbeeld gekyk word na 14%(7) respondente wat die siekte hanteer deur ander te probeer infekteer met MIV. Om berading dus slegs 1-2 keer te ontvang sou nie voldoen in die aanspreek van ernstige probleme soos bogenoem nie. Nog 14%(7) respondente het berading vir 1-4 weke ontvang wat daarop dui dat hierdie respondente ook nie 'n berader noodwendig vir meer as 4 keer gesien het nie. Laasgenoemde is volgens die navorser onvoldoende aangesien emosionele en psigososiale veranderings en probleme/behoeftes by die persoon met MIV oor 'n langer tydperk sal ontstaan en hulpverlening aan die persoon met MIV dan van groot waarde sou wees. Dit blyk ook dat 4%(2) respondente berading tussen 1-3 maande ontvang het en 8%(4) respondente berading tussen 3-6 maande ontvang het. Die *World Health Organisation* (1994:10) is van mening dat berading van groot belang is ten einde gesins- en gemeenskapsverhoudings te verbeter. MIV-berading bied dus

ondersteuning aan gesinne en betekenisvolle ander van die persoon met MIV/Vigs, sodat hierdie persone ook die kliënt kan aanmoedig en versorg. Met inagname van bogenoemde is dit belangrik om te onthou dat baie min persone hul MIV-status dadelik aan betekenisvolle ander bekend maak, en gewoonlik self eers tyd nodig het om gepaardgaande vrese te verwerk. Die respondent sou moontlik eers na 'n aantal maande ander gesinslede kan begin voorberei op bekendmaking, en waar berading dan eindig na 'n 3-6 maande periode, sou dit onvoldoende wees.

Figuur 31: Tydperk wat berading ontvang is(N=50)



Figuur 31 dui laastens dat 12%(6) respondente berading oor 'n tydperk van 6 maande tot 'n jaar ontvang het en dat 10%(5) respondente steeds berading ontvang. Laasgenoemde respondente wat steeds berading ontvang hou moontlik verband met respondente wat eers onlangs uitgevind het dat hul MIV-positief is. Daar is in hierdie afdeling verder aan respondente gevra op watter wyses hul deur beraders bygestaan is oor bogenoemde tydperke waar hul berading ontvang het.

Respondente het aangedui dat basiese aspekte soos inligting aangaande MIV-toetsing(98%/49), ondersteuning tydens bekendmaking van toets resultate(96%/48), inligting aangaande behandeling, medikasie en simptome(92%/46) asook risiko gedrag(98%/49) aangespreek is. Die navorser lei ook af uit data soos by figuur 31 dat bogenoemde aspekte oor 'n kort tydperk aangespreek is. Dit blyk verder dat 'n groot aantal vroue ook lank genoeg berading ontvang het sodat ondersteuning gebied is tydens aanpassing by diagnose(82%/41), emosionele-, seksuele- en gesinsprobleme(78%/39) aangeraak kon word en bekendmaking van hul MIV-status aan betekenisvolle ander(74%/37) bespreek kon word. Dit blyk egter dat minder respondente die geleetheid gehad het om hulp te ontvang in finansiële beplanning(32%/16), beplanning van kinders se toekoms(36%/18) en verwysing na ander relevante dienste(52%/26). Die navorser let egter later in hierdie afdeling weer op sekere van die bogenoemde aspekte.

5.4.7.3 Die aanspreek van risiko gedrag

Soos reeds verduidelik het 98%(49) respondente genoem dat risiko gedrag tydens berading aangespreek is. Tabel 21 dui aan dat 80%(40) respondente in hierdie studie se eggenote/maats meervoudige seksmaats gehad het en dat 98%(49) respondente deur beraders aanbeveel is om kondome te gebruik tydens seksuele omgang indien hul seksueel aktief is.

Tabel 21: Risiko gedrag deur beraders aangespreek

Risiko gedrag/situasie	Frekwensie	%
Eggenoot/Maat het meervoudige seks maats	40	80%
Alkohol misbruik	11	22%
Rook/Nikotien gebruik	7	14%
Ongesonde dieet	42	84%
Persoonlike higiëne	48	96%
Higiëne binne en rondom huis	46	92%
Is gevra om kondome te gebruik	49	98%
Totaal	n=243	

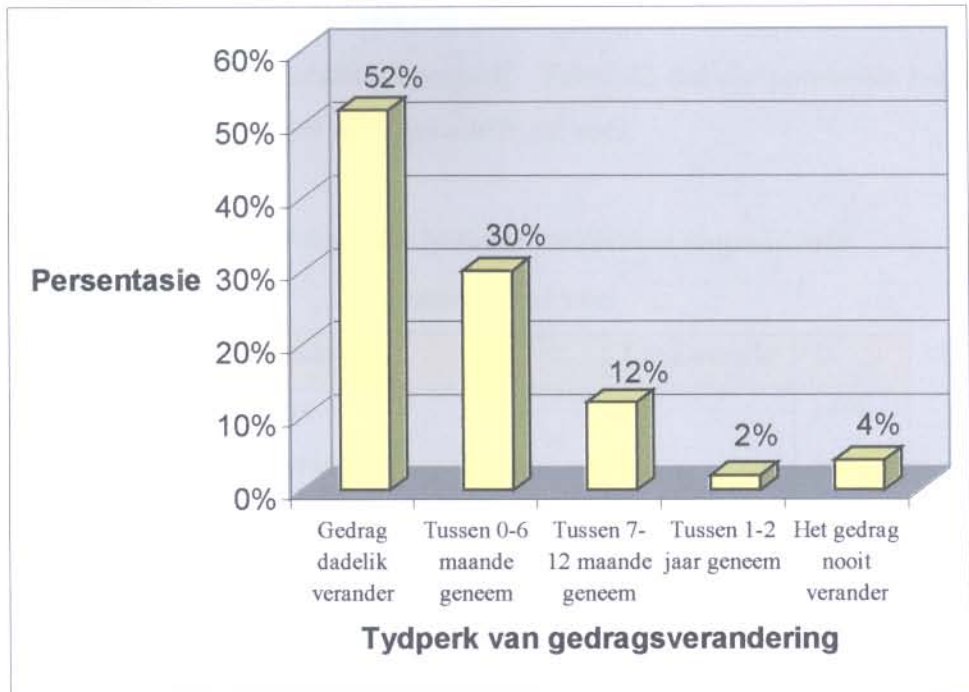
Die sukses van berading ten opsigte van kondoomgebruik in hierdie studie kan dan ook gemeet word aan die aantal vroue wat huidiglik seksueel aktief is en van kondome gebruik maak tydens seksuele omgang. Soos reeds bespreek blyk dit dat 58%(29) uit die 70%(35) seksueel aktiewe respondente huidiglik van kondome gebruik maak.

Uit tabel 21 wil dit voorkom asof 'n ongesonde dieet, persoonlike higiëne en higiëne in en rondom die huis ook belangrike aspekte is wat deur beraders aangespreek moes word en moontlike verandering in die kliënt se lewenssituasie impliseer. Die navorser verwys dus weereens na die belang van 'n veilige leef- en werksomgewing vir die persoon met MIV soos reeds bespreek. Laastens toon tabel 21 dat enkele respondente(14%/7) nodig gehad het om op te hou rook en 22%(11) respondente alkohol misbruik het, en deur die berader bygestaan is in 'n poging om hierdie gedrag te probeer verander. Bisset en Gray (1992:127) meen dat destruktiewe hanteringsmeganismes soos die gebruik van alkohol en dwelms dikwels by vroue met MIV gevind word. Hierdie studie het egter getoon dat bogenoemde oueteurs wie se navorsing in die VSA onder nie-blanke en ander minderheidsgroepe onderneem is, nie noodwendig ooreenstem met gedrag van Afrika-vroue met MIV nie, aangesien geen vroue in hierdie studie dwelms gebruik nie en slegs 22%(11) respondente alkohol misbruik getoon het.

5.4.7.4 Tydperk van verandering van risiko gedrag

Na aanleiding van bogenoemde risiko gedrag was dit vir die navorser belangrik om te bepaal hoe lank dit respondente geneem het voordat risiko gedrag verander is. Volgens Dennill *et al.* (1999:130) se Transteoretiese model kan gedragsverandering as 'n proses van progressie deur 'n reeks van ses fases gesien word. Hierdie fases strek oor 'n periode van langer as twee jaar. Die navorser kan egter uit praktykervaring noem dat persone wat met MIV gediagnoseer word dikwels hul gedrag daadwerklik verander.

Figuur 32: Tydperk geneem om gedragsverandering aan te bring(N=50)



Figuur 32 stem ooreen met die navorsers se praktykervaring en meer as die helfte (52%/26) van die respondente in hierdie studie het geneem dat hul gedrag dadelik verander het. Ook 30% (15) respondente het hul gedrag binne 'n tydperk van 6 maande verander. 'n Verdere 12% (6) respondente het tussen 7-12 maande geneem om hul gedrag te verander, terwyl slegs 'n enkele respondent se gedragsverandering in 'n mate ooreenstem met die Transteoretiese model soos bogenoem, aangesien dit hierdie respondent tussen 1-2 jaar geneem het om haar gedrag te verander. Die navorsers is dus van mening dat die Transteoretiese model nie noodwendig van toepassing is op MIV as siekte waar gedragsverandering aangebring behoort te word nie. Daar bestaan dus 'n moontlikheid dat die erns van MIV as siekte werklik verstaan word deur persone met MIV en gedragsverandering vinniger plaasvind as by ander siektes soos deur die Transteoretiese model aangedui.

5.4.7.5 Potensiële MIV-beraders

Daar word vervolgens in hierdie afdeling gelet op die MIV-berader en wat respondente verwag van die berader en berading opsigself. Tabel 22 dui die potensiële beraders aan waarmee respondente meen hul meer gemaklik sal voel.

Tabel 22: Potensiële beraders waarmee respondente gemaklik sal voel

Potensiële berader	Frekwensie	%
Verpleegkundige	7	14%
Gesondheidswerker	8	16%
Maatskaplike werker	43	86%
Pastorale berader	7	14%
Tradisionele Geneser	2	4%
Sielkundige	9	18%
Opgeleide vrywilliger uit gemeenskap	5	10%
Totaal	n=81	

Die meerderheid respondente(86%/43) toon dat hul meer gemaklik sal voel met 'n maatskaplike werker as MIV-berader, tog dui hierdie studie deurentyd op die tekort aan maatskaplike werkers. 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 geleenthede optimaal te benut ten spyte van die voorkoms van MIV/Vigs. Maatskaplike werkers word dus gesien as pioniers in die ontwikkeling van psigososiale dienste vir persone wat geaffekteer word deur MIV/Vigs, of MIV-geïnfekteer is.

Dit blyk ook dat berading deur 'n sielkundige, gesondheidswerker, verpleegkundige en ander potensiële beraders soos in tabel 22 aangedui, nie so gewens is deur respondente nie. Hierdie studie het egter getoon dat veral mediese personeel betrokke is by

bekendmaking van MIV-toets resultate en dus sou baat by opleiding as MIV-beraders. Daar word vervolgens gelet op spesifieke kulturele voorkeure tydens berading.

5.4.7.6 Kulturele voorkeure tydens berading

Tabel 23: Spesifieke kulturele voorkeure tydens berading

Voorkeure	Frekwensie	%
Dit sal aanvaarbaar wees indien die berader engels magtig is	32	64%
Dit sal aanvaarbaar wees indien die berader afrikaans magtig is	15	30%
Die berader moet die respondent se eie taal magtig wees	3	6%
N=50		
Die respondent sou dit aangenaam vind indien die berader ook die respondent se taal magtig is, maar dit is nie van so groot belang nie	22	44%
Die berader moet afkomstig wees uit dieselfde kulturele groep as die respondent	3	6%
Indien die berader nie afkomstig is vanuit dieselfde kultuur nie, is insig van die respondent se kultuur belangrik	42	84%
Die respondent is van mening dat kultuur nie belangrik is tydens berading nie	5	10%
N=50		
Die berader moet afkomstig wees vanuit dieselfde etniese groep as die respondent	5	10%
Die respondent het geen probleem met 'n berader vanuit 'n ander etniese groep nie	45	90%
N=50		
Die berader moet afkomstig wees vanuit 'n gemeenskap soortgelyk aan die van die respondent	4	8%
Die berader kan afkomstig wees vanuit enige gemeenskap	46	92%
N=50		

Tabel 23 toon dat slegs 6%(3) respondente verwag dat die berader die respondent se taal magtig moet wees, wat in hierdie geval 'n Afrika-taal is aangesien alle respondente getoon het dat hul moedertaal 'n Afrika-taal is. Die meerderheid respondente verkies egter dat die berader engels magtig is. Wat kultuur aanbetref blyk dit dat 84%(42) respondente dit as belangrik beskou dat die berader insig het van die respondent se kultuur, wat in hierdie studie aanduidend is van die Afrika-kultuur. 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 berader behoort dus die Afrika-vrou met MIV te benader met insig van haar kultuur asook die situasie waarin die vrou haarself bevind as gevolg van haar minderheidstatus in die Afrika-kultuur. Whiteside en Sunter (2000:59) is van mening dat die vinnige verspreiding van MIV onder Afrikane veral 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. Dit is dan nie vir die navorser verbasend dat die meerderheid respondente in hierdie studie van mening is dat die berader oor insig van die respondent se kultuur behoort te beskik nie. Tabel 23 toon laastens dat respondente nie probleme sou ondervind indien die berader vanuit 'n ander gemeenskap of etniese groep as die van die respondent afkomstig is nie.

5.4.7.7 Verwagtinge gestel aan MIV-berader

Onder hierdie afdeling het die navorser gevind dat alle respondente die volgende belangrike verwagtinge aan die MIV-berader stel naamlik:

- Die berader moet 'n goeie luisteraar wees
- Die berader moet goed ingelig wees ten einde relevante inligting aan die klient oor te dra
- Die berader moet oor 'n aangename of warm persoonlikheid beskik
- Die berader behoort die kliënt soos 'n vriend te behandel

- Die berader behoort nie fisiese kontak met die kliënt te vrees as gevolg van MIV nie
- Die berader behoort alle inligting as konfidensieel te hanteer
- Die berader behoort die kliënt by te staan om op haar eie te funksioneer en nie die kliënt toe te laat om te afhanklik te raak van die berader nie
- Die berader behoort die kliënt by te staan te einde probleme en behoeftes op 'n praktiese wyse aan te spreek.

Dit blyk dus uit bogenoemde dat respondente 'n behoefte het aan vriendelikheid, maar ook vriendskap vanaf die berader, wat verband mag hou met verwerping en stigmatisering wat deur respondente in hul gesinne en gemeenskappe ervaar word. Die navorser sou egter aanbeveel dat die berader eerder ondersteuning in plaas van vriendskap bied aangesien professionele grense nie oorskry moet word nie. Respondente vereis ook dat die berader oor genoegsame MIV-verbandhoudende kennis beskik om inligting aan hul oor te dra, wat vir die navorser dui op 'n mate van verantwoordelikheid by respondente ten einde MIV en verbandhoudende kwessies en probleme te konfronteer. Daar word vervolgens gelet op sterwensbegeleiding aan die respondent asook berading aan oorblywende gesins- en familielede na afsterwe van die respondent.

5.4.7.8 Sterwensbegeleiding

Tabel 24: Wanneer sterwensbegeleiding benodig word

Wanneer is sterwensbegeleiding nodig	Frekwensie	%
Wanneer die respondent gereed voel om oor die dood te praat	14	28%
Wanneer die respondent baie siek word	23	46%
Wanneer die respondent nog gesond genoeg is om belangrike sake met haar gesin te bespreek	19	38%
Wanneer dit duidelik is dat die respondent se gesin rou ervaar	9	18%
Wanneer die respondent onseker en bevrees voel oor die dood	8	16%
Totaal	n=73	

Tabel 24 toon dat 46%(23) respondente oor die dood en sterfte wil praat wanneer hul baie siek, en dus sterwend is. Daar was egter 38%(19) respondente wat voel dat hul eerder

oor bogenoemde wil gesels terwyl hul nog gesond genoeg is om belangrike sake met gesinslede te bespreek. Aangesien respondente meer as een antwoord kon gee by hierdie vraag blyk dit dat die respondent se gesin ook van belang was en 18%(9) respondente het verder genoem dat hul oor die dood en sterfte wil praat wanneer hul kan sien dat gesinslede rou ervaar. Die navorser is oortuig dat die MIV-berader sterwensbegeleiding behoort te inisier wanneer die kliënt nog gesond genoeg is om belangrike sake af te handel. Daar moet byvoorbeeld gekyk word na verliese wat deur die kliënt, maar ook betekenisvolle ander ervaar sal word. Sterwensbegeleiding is dus tweeledig van aard wanneer dit kom by emosionele maar ook praktiese sake, en nie net die kliënt bystaan word nie, maar ook betekenisvolle ander bygestaan word. Hoffman (1996:143) het in haar navorsing gevind dat baie MIV-beraders wegstroom van sterwensbegeleiding, 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.

5.4.7.9 Aspekte van bespreking tydens sterwensbegeleiding

Sterwensbegeleiding is volgens die navorser 'n intense proses waar dit in die berader se hande gelaat word om die kliënt by te staan om met waardigheid te sterf. Dit sou dan vir die berader nodig wees om kennis te dra van aspekte wat deur die persoon met MIV bespreek wil word tydens sterwensbegeleiding. Daar word in tabel 25 gekyk na watter aspekte deur respondente aangetoon is.

Aangesien alle aspekte in tabel 25 deur die meerderheid respondente as belangrik aangedui word, bespreek die navorser nie elke aspek nie, maar sou dit belangrik wees vir die berader om oor die volgende te beskik:

- Kennis van die respondent se spesifieke godsdienst indien die respondent verkies om met die berader daarvoor te gesels

- Inligting aangaande lewensversekering, polisse en die opstel van 'n testament sodat die berader die respondent kan bystaan deur verwysing na 'n deskundige
- Kennis van die Wet op Kindersorg ten einde die respondent te verseker dat wetlike prosedures gevolg sal word wanneer kinders in pleegsorg of 'n kindershuis geplaas word of aangeneem word, en hierdie prosedures op 'n verstaanbare en gerusstellende wyse aan die respondent oorgedra kan word
- Inligting aangaande begrafnisonderneming ten einde die respondent en haar gesin by te staan deur hulle te verwys na relevante dienste en die respondent en haar gesin dus nie bekommernisse daarvoor hoef te hê nie
- Terapeutiese opleiding ten einde vrese en onsekerhede wat die respondent en haar gesin mag ervaar, te help konfronteer.

Tabel 25: Bespreking van sekere aspekte tydens sterwensbegeleiding

	Frekwensie	%
Vrees vir die dood	43	86%
Geloof/Godsdiens	47	94%
Praktiese sake soos lewensversekering en polisse	31	62%
Respondent se testament	28	56%
Toekoms van respondent se kinders	40	80%
Respondent se begrafnis	34	68%
Vrese wat deur respondent se gesin ervaar word	45	90%
Hoe om gemoedsrus te vind	49	98%
Onopgeloste sake/probleme met ander persone	44	88%
Totaal	n=361	

5.4.7.10 Berading aan gesins- en familieledede na afsterwe van die respondent

In hierdie studie het 88%(44) respondente genoem dat hul sou verkies dat hul gesins- en familieledede berading ontvang na sterfte van die respondent. Die navorser kyk vervolgens na watter gesinslede volgens respondente sou baat vind by berading na afsterwe van die respondent en waarom hierdie gesinslede berading sou benodig.

In hierdie studie het dit geblyk dat 86%(43) respondente kinders het en ook 86%(43) respondente het genoem dat hul kinders sou baat by berading na afsterwe van die respondent om die volgende redes:

- 78%(39) respondente wil hê dat die berader kinders wat nog nie ingelig is van die rede vir die respondent se sterfte nie, ook inlig daarvan
- 6%(3) respondente meen dat 'n spesifieke kind berading sal benodig aangesien hierdie kind ander gesins- en familieleden sal moet inlig vir die rede van die respondent se sterfte
- 'n Enkele respondent is van mening dat haar kinders nog baie jonk is en die berader die kinders sal moet help verstaan waarom die moeder gesterf het.

Respondente is in 58%(29) gevalle oortuig dat hul eggenote/maats berading sal vereis om die volgende redes:

- 26%(13) respondente wil hê die berader moet die eggenoot/maat inlig vir die rede van haar sterfte
- 18%(9) respondente meen dat hul eggenote/maats rou sal ervaar en dus iemand sal nodig hê om ondersteuning te bied
- 12%(6) respondente meen dat dit nodig sou wees om die eggenote/maats in te lig van presies wat MIV is sodat hulle dit nie ook opdoen nie
- 'n Enekele respondent noem dat haar eggenoot/maat finansiëel na die res van die gesin sal moet omsien en dus bystand sal benodig vanaf die berader.

Ten minste 16%(8) respondente is oortuig dat hul ouers berading sou benodig om die volgende redes:

- 6%(3) noem dat hul ouers rou sal ervaar en dus ondersteuning sal benodig
- 4%(2) respondente wil hê dat die rede vir hul sterfte asook wat MIV is, aan hul ouers bekend gemaak moet word deur die berader
- 1 respondent meen dat haar ouers verantwoordelik sal wees vir die emosionele ondersteuning van die res van die gesin en dus ondersteuning van die berader sal benodig

- 1 respondent noem dat haar ouers finansiëel na die res van die gesin sal moet omsien en dus bystand sal benodig vanaf die berader
- 1 respondent meen dat haar ouers ingelig moet word van MIV sodat hulself dit nie opdoen nie.

Respondente was ook in 14%(7) gevalle van mening dat hul broers en susters berading sou benodig na afsterwe van die respondent, om die volgende redes:

- 4%(2) respondente wil hê dat die berader die rede vir hul sterfte aan broers en susters bekend moet maak indien hulle nog nie ingelig is nie
- 4%(2) respondente is van mening dat hul broers of susters rou sal ervaar en dus ondersteuning sal benodig
- 4%(2) respondente is van mening dat hul broers of susters ingelig moet word van MIV sodat hulle self MIV-toetsing kan ondergaan
- 'n Enkele respondent wil hê dat die berader haar broers en susters moet help om negatiewe gedagtes as gevolg van MIV teenoor die respondent te hanteer.

Laastens het 22%(11) respondente genoem dat uitgebreide familie om die volgende redes berading sou benodig na afsterwe van die respondent:

- 8%(4) respondente wil hê dat die rede vir hulle sterfte aan familieleden bekend gemaak word
- 12%(6) respondente meen dat sekere lede van die uitgebreide familie rou sal ervaar en dus ondersteuning sal benodig
- 'n Enkele respondent meen dat sekere familieleden ingelig moet word van die erns van MIV ten einde dit nie self op te doen nie.

Die laaste vraag in hierdie afdeling het duidelik getoon dat respondente hoofsaaklik dieselfde redes noem waarom gesins- en familieleden berading sou vereis na afsterwe van die respondent, ten spyte van watter gesins- of familielid dit is. Dit blyk dat berading nie alleenlik sou verband hou met ondersteuning en die hantering van gevoelens wat by gesins- en familieleden mag voorkom na afsterwe van die respondent nie, maar dat respondente ook 'n behoefte ervaar dat die rede vir hul sterfte aan oningeligte persone

bekend gemaak moet word. Respondente voel ook dat die erns van MIV aan oorblywende gesins- en familieledede oorgedra moet word ten einde te voorkom dat hierdie persone ook MIV opdoen.

5.5 Samevatting

Hierdie hoofstuk het die navorsingsmetodologie wat gevolg is ten einde volledige gegewens soos deur die navorser geanaliseer en geïnterpreteer, ingesluit. Data is dus kwantitatief op 'n grafiese wyse voorgestel en het grafieke sowel as tabelle ingesluit. Data is bekom vanaf 50 Afrika-vroue met MIV en die navorsing is onderneem by die Immunologiekliniek van Kalafong Hospitaal.

Data is geanaliseer en geïnterpreteer deur relevante aspekte saam te voeg en hierdie aspekte met die literatuur asook die navorser se praktykervaring te vergelyk. Die navorser kon ook verskeie bevindings van die studie in konteks bring met mekaar ten einde die kompleksiteit van probleme en behoeftes wat deur Afrika-vroue met MIV en hul gesinne ervaar word, te beklemtoon.

Die navorser is oortuig dat hierdie hoofstuk aanduidend is van die erns van die behoeftes wat deur Afrika-vroue met MIV ervaar word. Sekere bevindings van hierdie studie het ook gedui dat alle sisteme waarin die respondent haarself bevind, integraal verbind is en verandering in een sisteem ook verandering in ander sisteme sal meebring. Dit was ook duidelik uit die studie dat maatskaplike werkers 'n groter rol kan speel in hulpverlening aan hierdie vroue en hul gesinne. Dit het verder geblyk dat mediese personeel daagliks in kontak is met Afrika-vroue met MIV en dat veral medici dus sou baat by opleiding in MIV-berading, ten einde aspekte van voor- en natoets berading suksesvol te hanteer en ook bewus sou wees van relevante dienste waarheen pasiënte verwys kan word. Dit wil dus voorkom dat waar die vrou met MIV van multi-professionele dienste gebruik maak wat mediese dokters, verpleegkundiges, dieetkundiges, sielkundiges, maatskaplike werkers en tradisionele genesers insluit, elk van hierdie persone sal baat by opleiding in MIV berading. Laasgenoemde sou hierdie persone in staat stel om die leefwêreld en

probleme en behoeftes van die vrou met MIV beter te verstaan en haar dus met meer insig te benader waar sekere dienste gelewer word.

HOOFTUK 6

RIGLYN VIR MIV-BERADING

6.1 Inleiding

Hierdie riglyn is saamgestel ten einde die belangrike aspekte van MIV-berading vir die vrou met MIV/Vigs en haar gesin, uit te lig. Daar is gepoog om die riglyn eenvoudig en chronologies uiteen te sit. Die doel van hierdie riglyn is om beraders te voorsien van 'n raamwerk waar belangrike aspekte van berading saamgevat is. Sekere dele van die riglyn word ook soos 'n invul vraelys benader waar belangrike inligting deur die berader afgemerk kan word en hierdie inligting die berader sal voorsien van 'n spesifieke struktuur waardeur die beradingsproses bepaal kan word. Die MIV-berader wat dan van hierdie riglyn gebruik maak word verseker dat belangrike aspekte van MIV-berading volledig aangespreek is. Daar word vervolgens na berading gekyk in terme van die fases van MIV-berading. Laasgenoemde sal dus bespreek word vanaf die eerste ontmoeting met die kliënt, tot en met die laaste fase waar sterwensbegeleiding voorkom.

6.2 Voortoets-berading

Dit is ideaal dat die MIV-berader die kliënt tydens voortoets-berading vir die eerste keer sal ontmoet. Laasgenoemde verloop egter nie altyd so in die praktyk nie, en dit is dikwels mediese personeel wat die kliënt tydens voortoets-berading sal bystaan. Kennis en insig van die aspekte van voortoets-berading kan dus van groot waarde wees vir veral mediese personeel.

Wanneer die berader en die kliënt vir die eerste keer ontmoet is dit van belang dat die berader gemaklik voorkom en nie wegsgram van moontlike fisiese kontak tussen die kliënt en die berader nie. Waar die berader enige vrees toon wat 'n handdruk of soortgelyke kontak aanbetref sal die kliënt gestigmatiseer voel nog voordat die MIV-toets enigesins ondergaan is. Hierdie aspek geld vir die res van die beradingsproses waar die berader dikwels die kliënt sal moet vertrou. Die berader sal ook eerstens die aspek van

konfidensialiteit met die kliënt bespreek en 'n kontrak met die kliënt aangaan ten opsigte van inligting wat die kliënt met die berader mag deel. 'n Geskrewe kontrak word aanbeveel en mag die kliënt meer selfvertroue gee om sensitiewe inligting te deel.

Die berader behoort verder te let op biografiese faktore soos ouderdom, huwelikstatus en veral etniese groep wat spesifieke kulturele oortuigings mag impliseer. Die berader behoort ook reeds tydens voortoets-berading die volgende te bepaal:

Die kliënt verkies 'n berader vanuit haar eie etniese groep en wat haar taal magtig is	✓
Die kliënt verkies 'n engelse of afrikaanse berader wat nie noodwendig vanuit dieselfde etniese groep hoef te wees nie	✓
Die kliënt gee nie om of sy haar eie taal of engels praat tydens berading nie, en die berader se etniese groep is nie van belang nie	✓

Hierdie aspekte is van belang aangesien daar soveel verskillende tale in Suid-Afrika bestaan en nie alle kliënte engels magtig is nie, en moontlik verwys sal word na 'n berader wat hierdie spesifieke behoefte kan vervul. Deur bogenoemde reeds aan die begin van die beradingsproses uit te klaar sal die berader ook bewus wees van watter taal die opvolgende gesprekke in gevoer sal word, sodat die kliënt geen onduidelikhede mag ervaar ten opsigte van belangrike inligting wat oorgedra sal word nie, en kommunikasie tussen die berader en kliënt dus duidelik sal wees.

Die kliënt mag bevrees en onseker voorkom, maar het reeds 'n groot stap geneem om die berader te kontak vir voortoets-berading. Die berader kan hier die voor- en nadele wat MIV-toetsing inhou aan die kliënt verduidelik, ten einde die kliënt te help om sekerheid te bekom oor haar besluit. Die volgende voor- en nadele kan uitgewys word:

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.

Die kliënt is moontlik ook na die berader verwys deur mediese personeel. Die berader kan die volgende moontlike redes verwag vir waarom die kliënt MIV-toetsing wil ondergaan:

Die kliënt ervaar gesondheidsprobleme en moontlike vroeë simptome van MIV	✓
Die kliënt het 'n baba gehad wat MIV-positief getoets het	✓
Die kliënt se seksmaat het MIV-positief getoets	✓

Die kliënt is bewus dat risiko gedrag van haar of haar seksmaat(s) moontlik kon aanleiding gee tot MIV-infektering	✓
'n Gewedlsmisdaad soos verkragting of aanranding is teen die kliënt gepleeg	✓

Bogenoemde aspekte is van belang aangesien die berader daardeur dadelik ingelig word van die kliënt se situasie en gedrag, byvoorbeeld dwelmgebruik en seksuele risiko gedrag wat die redes vir vrese wat deur die kliënt ervaar mag word, verduidelik. Ander persone wat moontlik reeds geïnfekteer is of die risiko loop om deur die kliënt geïnfekteer te word kan ook deur die berader geïdentifiseer word. Die voorkoming van die verspreiding van MIV behoort dus daadwerklik aanvang te neem en die berader kan 'n lysie opstel wat soos volg mag lyk:

- Die kliënt het huidiglik twee seksmaats waarvan een ook ander seksmaats het
- Die kliënt het ses maande gelede geboorte geskenk aan 'n baba wat gesondheidsprobleme ervaar het wat aanduidend mag wees van MIV.

Deur bogenoemde teiken die berader betekenisvolle ander wat later 'n belangrike deel sal uitmaak van moontlike behoeftes en probleme wat ervaar mag word en daar word dus gelet op:

- Seksualiteit en voordele van goeie gesondheid
- Verhoudings
- Risiko gedrag.

Die berader assesseer hierdie aspekte ten einde te bepaal of daar moontlike versteurings by die kliënt mag voorkom, maar ook om die kliënt in te lig van die belang van veilige seksuele gedrag en 'n goeie gesondheid. Dit is van groot belang dat die kliënt weet dat sy ander moontlik kan infekteer of deur ander geïnfekteer kan word en dus veilige seksuele gedrag moet onderhou. Die berader sou verder met die kliënt gesels oor mites wat mag voorkom en laasgenoemde uit die weg ruim deur op 'n eenvoudige wyse vir die kliënt te verduidelik wat MIV is en hoe dit oorgedra word. Die kliënt behoort ook ingelig te word van anti-retrovirale medikasie wat gebruik kan word deur persone met MIV/Vigs en dat daar tot op hede nog nie 'n genesing gevind is vir MIV nie.

‘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. Die kliënt kan voorberei 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 kan die berader ‘n duidelike idee kry van moontlike reaksies en gevoelens wat by die kliënt sal voorkom gedurende bekendmaking van die toets uitslag. Aangesien baie persone wat wag op ‘n MIV-toets uitslag ook intense vrese mag ervaar dat die uitslag positief sal wees, gebeur dit dat sommige kliënte nooit opdaag vir die bekendmaking van hul toets uitslag nie. Die berader behoort laasgenoemde in ag te neem en die belang van bekendmaking vir die kliënt se toekoms aan haar te verduidelik ten einde te verseker dat sy terug sal keer vir haar toets uitslag.

Die berader se persoonlikheid en karakertreкке is veral belangrik tydens voortoets-berading aangesien die kliënt daardeur op haar gemak gestel sal word of wantrouig en ongemaklik mag voel. Die berader behoort dus ‘n omgewing te skep waar die kliënt voel dat sy sensitiewe inligting met die berader kan deel en dat hierdie inligting konfidensieel sal bly. Daar word dan laastens tydens voortoets-berading gekyk na toets prosedure

waardeur die kliënt sal gaan en wanneer die toets uitslag verwag kan word. Die berader kan hier veral aanbevelings maak ten einde die kliënt te help ontspan terwyl sy wag op die bekendmaking van haar toets resultate. Ingeligte toestemming deur die kliënt om MIV-toetsing te ondergaan word ook hier aangespreek, aangesien MIV-toetsing nie sonder ingeligte toestemming onderneem mag word nie.

6.2.1 Nagaanlys vir voortoets-berading

Is die kliënt op haar gemak gestel?	✓
Is 'n kontrak van vertroulikheid en konfidensialiteit aangegaan?	✓
Is relevante biografiese faktore soos ouderdom, huwelikstatus, taal en etniese groep bekom?	✓
Is die voor- en nadele van MIV-toetsing aan die kliënt uitgewys?	✓
Is daar bepaal waarom die kliënt MIV-toetsing wil ondergaan?	✓
Kom daar enige duidelike versteunings by die kliënt voor?	✓
Staan die kliënt die gevaar om MIV op te doen of dit aan iemand ander oor te dra na aanleiding van spesifieke gedrag?	✓
Is die kliënt ingelig van die belang van veilige seksuele gedrag wat haar eie en ander se gesondheid aanbetref?	✓
Is insig by die kliënt ontwikkel ten opsigte van die voordele van bogenoemde veilige seksuele gedrag en 'n goeie gesondheid?	✓
Kon die berader bepaal wat die kliënt se moontlike reaksies sal wees op 'n positiewe MIV-toets uitslag en is gepaardgaande vrese hanteer?	✓
Verstaan die kliënt wat MIV is en hoe dit oorgedra word?	✓
Is die kliënt bewus van toets prosedure en wanneer die resultate bekend gemaak sal word?	✓
Is ingeligte toestemming om MIV-toetsing te ondergaan bekom?	✓
Voel die berader verseker dat die kliënt genoegsaam ingelig is van die belang van haar toets uitslag, dat sy sal terug keer vir die bekendmaking daarvan?	✓

6.3 Natoets-berading

By natoets-berading word daar onderskei tussen die MIV-positiewe toets resultaat en die MIV-negatiewe toets resultaat. Daar word vervolgens gelet op die positiewe toets uitslag.

6.3.1 Die MIV-positiewe toets uitslag

Waar die MIV-toets resultaat positief is, is dit eerstens nodig om die kliënt voor te berei op die toets uitslag. Met inagnome van spanning wat deur die kliënt ervaar word en die kliënt se hoop dat sy nie MIV-positief sal wees nie, is dit verstaanbaar dat sommige kliënte dalk nie eens sal wil opdaag vir die bekendmaking van die toets uitslag nie, terwyl ander kliënte dit so gou as moontlik agter die rug sal wil kry. Die berader kan die kliënt voorberei op bekendmaking van die uitslag deur die kliënt te verseker dat die berader daar sal wees om die kliënt te ondersteun, inligting te verskaf en hulpverlening te bied. Die volgende lys voorsien die berader 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.

Die berader kan verwag dat veral gevoelens van skok, skaamte en hartseer intens beleef sal word met bekendmaking van die positiewe toets uitslag. Die kliënt mag baie ontvanklik wees vir eksterne hulp as gevolg van die krisis wat sy beleef en die berader kan veral hulpverleningstegnieke soos katarsis en onderskraging benut gedurende bekendmaking van die toets uitslag. Katarsis hou veral verband met ander gevoelens wat ook voorkom tydens bekendmaking van die toets uitslag soos vrees, woede en selfmoord gedagtes. Die kliënt behoort toegelaat te word om te huil en haar gevoelens te verbaliseer ten einde emosionele spanning te verlig en ook hierdie gevoelens met die berader te deel.

Die berader se rolle gedurende hierdie proses kan dus gesien word as die van luisteraar en ondersteuner nadat die berader die toets uitslag so sensitief moontlik oorgedra het. Die berader se houding is hier van groot belang aangesien aanvaarding, vertroulikheid en nie-veroordeling die kliënt in 'n groot mate sal bystaan om gevoelens te verbaliseer en positiewe hanteringsmeganismes vanaf bekendmaking te ontwikkel. Daar word reeds hier na hanteringsmeganismes gekyk aangesien baie vroue met bekendmaking van 'n positiewe toets uitslag aan selfmoord dink en selfs wraakgevoelens wat uit woede spruit, mag ervaar. Waar 'n kliënt laasgenoemde gevoelens ervaar is dit nodig dat die berader seker maak dat die kliënt nie haar gevoelens hanteer deur selfmoord te oorweeg of ander met MIV te probeer infekteer nie. Voor die einde van hierdie sessie behoort die berader dus weer seker te maak dat die kliënt bewus is van die voordele van veilige seksuele verhoudings vir haarself en ander. Die berader self moet ook 'n gerustheid hê dat die kliënt huis toe gestuur kan word nadat gevoelens hanteer is en die kliënt meer rustigheid ervaar.

Waar die vrou 'n baba het wat geborsvoed word sou mediese personeel haar moontlik reeds tydens die toets prosedure ingelig het om nie verder te borsvoed indien die toets uitslag positief sou wees nie, maar die berader kan haar weer hieraan herinner noudat die toets uitslag definitief is. Dit is egter belangrik om nie die kliënt met 'n oormaat van inligting te laat nie, aangesien sy min sal onthou van wat die berader probeer oordra. Gevoelens van skok, hartseer en woede sal bogenoemde inligting moontlik teenwerk en die berader behoort eerder op die hantering van gevoelens en die oordra van spesifieke

belangrike inligting te let as om groot hoeveelhede inligting te probeer oordra. Waar die kliënt egter sekere inligting verlang wat eers in die opvolgende sessies bespreek mag word, behoort die berader te bepaal of die kliënt hierdie inligting sal kan opneem en onthou, en of die kliënt nie eerder tyd nodig het om gevoelens te verwerk voordat inligting met 'n volgende sessie oorgedra sal word nie. Dit is egter belangrik dat die voordele van die behandeling van oppertunistiese siektes en infeksies aan die klient uitgewys word.

6.3.2 Nagaanlys by die MIV-positiewe toets uitslag

Is die kliënt genoegsaam voorberei op bekendmaking van die toets uitslag?	✓
Het die berader die toets uitslag so sensitief en menslik moontlik oorgedra?	✓
Voel die berader dat alle belangrike aspekte gevolg is ten einde die toets uitslag korrek oor te dra?	✓
Het die verwagte gevoelens en reaksie by die kliënt voorgekom?	✓
Is daar na aanleiding van bogenoemde gevoelens en reaksies enige abnormaliteit of verstuurings by die kliënt waargeneem?	✓
Is potensieel gevaarlike gedrag soos selfmoord of wraak as gevolg van woede by die kliënt hanteer?	✓
Is die kliënt genoegsaam ondersteun?	✓
Is die kliënt toegelaat om spanning te verlig deur middel van katarsis?	✓
Is veilige seksuele gedrag en voedingsopsies vir die baba met die kliënt bespreek?	✓
Is die voordele van die behandeling van oppertunistiese siektes en infeksies aan die kliënt verduidelik?	✓
Het die berader gerus gevoel om die kliënt huis toe te stuur nadat gevoelens hanteer is en relevante inligting oorgedra is?	✓

6.3.3 Die MIV-negatiewe toets uitslag

Die negatiewe toets uitslag verloop op 'n soortgelyke wyse as die positiewe toets uitslag. Aangesien die kliënt spanning en vrese ervaar het waar sy gewag het vir haar toets resultaat, behoort die berader te poog om spanning te verlig. Die berader kan laasgenoemde uitvoer deur die toets uitslag so gou as moontlik aan die kliënt bekend te maak voordat ander belangrike aspekte bespreek word. Die kliënt behoort hier ook toegelaat te word om gevoelens en vrese wat ervaar is te verbaliseer, veral waar die toets uitslag 'n definitiewe uitslag is en die kliënt nie hertoetsing sou ondergaan nie. Die berader sou veral let op gesondheidsbevorderende gedrag by die kliënt. Die kliënt mag selfs vir 'n verdere sessie terug kom om die versterking en onderhouding van gesondheidsbevorderende gedrag met die berader te bespreek. Insigontwikkeling ten opsigte van die voordele van veilige seksuele verhoudings is hier van groot belang, en die berader kan laastens ook klem lê daarop dat daar tot op hede nog geen genesing is vir MIV nie en dat niemand immuun is om MIV op te doen nie. Voorkoming behoort dus die enigste benadering tot goeie gesondheid te wees, veral vir kliënte wat mag dink dat hul immuun is om MIV op te doen waar hul toets uitslag negatief is.

Waar die kliënt hertoetsing moet ondergaan is dit die berader se taak om aan die kliënt te verduidelik waarom hertoetsing ondergaan behoort te word en dat intense spanning mag voorkom terwyl die kliënt wag om die volgende toets te onderneem. Die berader sou let op tegnieke waardeur die kliënt gehelp kan word om te ontspan en dus spanning te verlig, en behoort die kliënt te verseker dat ondersteuning ook deurentyd beskikbaar sal wees terwyl die kliënt wag op die uitslag van die tweede toets. Die berader kan weer verwagte gevoelens en reaksies van die kliënt op hertoetsing en die uitslag na aanleiding daarvan, bepaal deur sekere vrae aan die kliënt te stel ten einde moontlike probleme te konfronteer. Die berader het ook nodig om die kliënt in te lig van die voordele van veilige seksuele omgang aangesien die kliënt self MIV-positief mag wees en MIV dus kan oordra aan ander, of aangesien die kliënt MIV-negatief mag wees en onveilige seksuele gedrag aanleiding mag gee tot infektering deur ander.

6.3.4 Nagaanlys vir die MIV-negatiewe toets uitslag

Is die toets uitslag bekend gemaak en het die kliënt nodig om hertoetsing te ondergaan?	✓
Is die kliënt toegelaat om gevoelens en vrese te verbaliseer?	✓
Is veilige seksuele- en gesondheidsbevorderende gedrag bespreek?	✓
Is daar aan die kliënt verduidelik dat niemand immuun is teen MIV nie en 'n negatiewe toets uitslag dus nie immuniteit om MIV op te doen impliseer nie?	✓
Is daar aan die kliënt verduidelik wat hertoetsing is en hoe lank sy sal moet wag voordat hertoetsing ondergaan kan word?	✓
Is die kliënt verseker van ondersteuning oor die tydperk wat daar gewag sal word op hertoetsing?	✓
Is verwagte gevoelens en reaksies van die kliënt op hertoetsing en die uitslag daarvan bepaal ten einde sekere probleme wat mag voorkom te hanteer?	✓
Is sekere ontspanningstegnieke aan die kliënt oorgedra?	✓

6.4 Die Tussen-fase

Die tussen-fase is 'n fase wat oor 'n lang tydperk mag strek waar die kliënt verskeie probleme en behoeftes mag ervaar wat afsonderlik of gelyktydig kan voorkom en baie divers van aard mag wees. Die kliënt mag ook oor die volgende aantal jare die berader slegs besoek wanneer probleme voorkom en nie byvoorbeeld op 'n weeklikse basis nie. Daar is egter spesifieke probleme en behoeftes wat definitief deur die berader aangespreek sal word in die tussen-fase naamlik:

- Hanteringsmeganismes
- Risiko gedrag en gedragsverandering
- Gesondheidsbevorderende gedrag en 'n positiewe lewe met MIV/Vigs ("*living positively*")
- Swangerskap
- Voorbereiding op bekendmaking en bekendmaking opsigself
- Die invloed van MIV/Vigs op verhoudings met betekenisvolle ander
- Verwysing na relevante dienste wat deur die kliënt benut kan word.

Die berader mag voel dat bogenoemde 'n magdom aspekte is en dalk onseker wees oor wanneer bogenoemde aspekte aangespreek behoort te word. Deur volledige en deurlopende assessering van die kliënt sal die berader egter gelei word om te bepaal watter behoeftes eerste of moontlik gelyktydig by die kliënt aangespreek behoort te word, aangesien assessering reeds gedurende voortoets-berading begin het. Deur ook te let op aspekte wat die kliënt en ander se gesondheid en veiligheid in gevaar stel, kan die berader bogenoemde aspekte prioritiseer.

Die berader behoort eerstens bekend te wees met die omstandighede waarin die kliënt en haar gesin hulself bevind, ten einde spesifieke probleme wat mag voorkom met insig te benader. Daar kan dus gelet word op meer volledige biografiese en ander aspekte soos die aantal gesinslede en die kliënt se posisie of rol in die gesin. Waar die kliënt byvoorbeeld as moeder of broodwinner in die gesin optree sou die berader bewus wees van spesifieke take wat met hierdie rolle gepaard gaan en watter invloed die voorkoms van MIV/Vigs op hierdie rolle sou uitoefen. Daar kan ook gekyk word na die tipe werk wat die kliënt doen, skool- en tersiêre opleiding, maandelikse inkomste en uitgawes en of die kliënt en haar gesin se woonplek en omgewing veilig is. Waar die berader bekend is met hierdie aspekte sou beter insig bekom word van die tipe probleme en behoeftes wat deur die kliënt ervaar word en die redes waarom hierdie probleme en behoeftes voorkom. Die verwysing na relevante dienste gedurende berading is ook van groot belang en daar word eerstens gekyk na die tipe dienste wat benodig mag word na aanleiding van MIV/Vigs.

6.4.1 Verwysing na relevante dienste

Die MIV-berader word met 'n groot aantal behoeftes en probleme wat by die kliënt met MIV/Vigs en haar gesin mag voorkom, gekonfronteer. Hierdie behoeftes is nie net emosioneel of psigososiaal van aard nie, maar sluit ook mediese-, finansiële en basiese behoeftes van die kliënt in. Die berader wat as gevolg van werkslading min tyd tot sy/haar beskikking mag hê, behoort dus 'n volledige lys saam te stel van dienste waarheen kliënte verwys kan word. Daar word aanbeveel dat hierdie lys die volgende

besonderhede sal bevat wat die naam, telefoon nommer en adres van spesifieke organisasies, instansies of persone insluit:

- Mediese dokter(s)- Indien die kliënt nie gemaklik voel met haar huidige mediese dokter nie kan die berader haar verwys na 'n dokter wat daaglik in kontak kom met persone met MIV/Vigs en kennis dra van verbandhoudende emosionele en psigososiale probleme.
- Verpleegkundige/Gesondheidswerker- Indien die berader se werkslading dit vereis kan 'n verpleegkundige of gesondheidswerker die kliënt se mediese- en ander gesondheidsverbandhoudende vrae beantwoord.
- Gesinsbeplanningskliniek- Gespesialiseerde dienste en hulpverlening ten opsigte van die gebruik van voorbehoedmiddels, swangerskap of die beëindiging van 'n swangerskap en borsvoeding kan hier bekom word.
- Dieetkundige- 'n Dieetkundige kan met inagnome van die kliënt se finansiële situasie help om 'n dieet uit te werk waardeur die MIV-positiewe vrou se gesondheid bevorder kan word.
- Welsynsorganisasie- Veral nooddienste soos die voorsiening van kospakkies, klere en komberse in die winter kan deur welsynsorganisasies onderneem word totdat die kliënt se situasie weer herstel het. Hierdie organisasies kan ook bystand bied wat pleegsorg, aanneming en ander plasingsfasiliteite aanbetref na afsterwe van die kliënt.
- Organisasies of ondersteuningsgroepe waardeur persone gehelp word om werk te vind- Waar die kliënt nog gesond genoeg is om te werk en oor sekere kwalifikasies beskik kan hierdie organisasies die kliënt help om 'n werk te vind en haar finansiële situasie te verbeter. Ondersteuningsgroepe betrek ook dikwels MIV-positiewe vroue in kleinsake ondernemings waar hierdie vroue sekere vaardighede aanleer en finansiël meer onafhanklik kan funksioneer.
- Opgeleide vrywilligers in die kliënt se gemeenskap- Waar 'n kliënt baie vër van die naaste hospitaal of kliniek woon waar beradingsdienste ontvang word, byvoorbeeld op die platteland kan 'n opgeleide vrywilliger uit die kliënt se gemeenskap haar bystaan.

- Tradisionele geneser- Sommige kliënte mag 'n behoefte hê om MIV op 'n tradisionele wyse te benader en die berader behoort die kliënt te kan verwys na 'n tradisionele geneser wat oor kennis en insig van MIV/Vigs beskik.
- Kerk of religieuse instansies- Sommige kliënte mag sterk religieuse oortuigings hê en ondersteuning vanaf die kerk verlang. Die berader behoort ingelig te wees van watter dienste gelewer word aan persone met MIV/Vigs.
- Gespesialiseerde terapeute- Kinders en adolessente ontwikkel dikwels spesifieke behoeftes wat nie volledig aangespreek kan word tydens gesinsberading nie en kan verwys word na 'n gespesialiseerde terapeut.
- Begrafnisondernemer- Ten einde reëlings met die afsterwe van die kliënt te vergemaklik vir die gesin en familie kan die berader die gesin verwys na 'n begrafnisondernemer wat die spesifieke behoeftes wat mag voorkom, sal hanteer.
- Versekeringsmakelaar of Prokureur- Laasgenoemde persone kan die kliënt en haar gesin bystaan deur te verduidelik hoe lewensversekering en polisse werk, en veral die kliënt gerusstel oor wanneer bogenoemde sal uitbetaal ten einde beskikbaar te wees vir oorblywende gesinslede wat ernstige finansiële behoeftes mag ervaar na afsterwe van die kliënt.

6.4.2 Risiko gedrag, gedragsverandering en hanteringsmeganismes

Van die eerste aspekte waarna die berader sal kyk tydens die tussen-fase sluit faktore in wat die kliënt en ander in gevaar mag stel om MIV op te doen, soos risiko gedrag wat veral seksuele gedrag en soms substansgebruik insluit. Seksuele gedrag hou verband met sekswerk, aantal sekssmaats en spesifieke seksuele voorkeure, asook die kliënt se minderheidsposisie in die Afrika-kultuur waar sy dikwels nie toegelaat word om haar eie besluite te neem nie. Die berader kan 'n lysie opstel om te bepaal watter tipe seksuele risiko gedrag by die kliënt voorkom en die volgende aspekte kan op hierdie lysie verwag word:

Die kliënt gebruik nie kondome tydens seksuele omgang nie of word blootgestel aan hoë risiko gedrag	✓
Die kliënt het 'n geskiedenis van seksueel oordraagbare siektes	✓

Die kliënt het meervoudige seksuele verhoudings	✓
Die kliënt se seksmaat(s) het meervoudige seksuele verhoudings	✓
Die kliënt kommunikeer glad nie met haar seksmaat(s) oor hul seksuele verhouding(s) nie	✓
Die kliënt word deur haar seksmaat(s) geforseer tot onveilige seksuele omgang	✓
Die kliënt word deur haar seksmaat(s) mishandel wanneer sy aandrang op veilige seksuele omgang of word blootgestel aan sadistiese, geweldadige seksuele gedrag	✓
Die kliënt is of was voorheen 'n sekswerker	✓

Hierdie aspekte gee vir die berader 'n aanduiding van watter risiko gedrag voorkom en of die kliënt in 'n posisie staan om aan te dring op veilige seksuele gedrag. Waar die berader deur middel van insigontwikkeling poog om die kliënt se gedrag te help verander, maar nie bewus sou wees dat die kliënt byvoorbeeld mishandel word deur haar seksmaat waar sy aandrang op veilige seksuele omgang nie, sou insigontwikkeling van geen waarde wees nie, aangesien die kliënt nie in 'n posisie staan om haar gedrag te verander nie. Hierdie aspekte hou gewoonlik direk verband met die kliënt se finansiële situasie en minderheidstatus. Waar die berader bewus is dat die kliënt finansiël afhanklik is van haar seksmaat(s) wat as gevolg van hierdie afhanklikheid en haar minderheidstatus alle seksuele gedrag bepaal, sou dit nodig wees dat die berader op die volgende let:

Watter tipe skool- of tersiêre opleiding het die kliënt ongaan waardeur sy 'n spesifieke werk kan verrig om nie meer finansiël afhanklik te wees nie?	✓
Is die kliënt nog gesond genoeg om te werk en vir hoe lank sal sy nog kan werk?	✓
Is daar ander relevante dienste waardeur die kliënt gehelp kan word om 'n werk te bekom, by 'n 'n kleinsake onderneming betrokke te raak of voedselpakkies te ontvang?	✓
Is daar enige ander gesins- of familieledede wat kan help bydra tot die finansiële onderhoud van die gesin?	✓
Is dit moontlik om die kliënt te help met die finansiële bestuur van haar maandelikse inkomste ten einde meer onafhanklik van ander te funksioneer?	✓
Indien die kliënt finansiël onafhanklik van haar seksmaat(s) kan funksioneer, sou	✓

dit veilig wees vir haar om nou aan te dring op beskermede seksuele omgang of haar verhouding(s) met die seksmaat(s) te beëindig?	
---	--

Hierdie aspekte is 'n aanduiding dat risiko gedrag nie verander kan word deur berading alleenlik nie, maar 'n gekompliseerde proses is waardeur die berader van verskeie hulpbronne gebruik sal maak in 'n poging om die kliënt se situasie te help verander, voordat insig wat die kliënt tydens berading ontwikkel het, van toepassing sal wees. Die berader sou moontlik ook let op die kliënt se selfbeeld en poog om die selfwaarde van die Afrika-vrou in konteks van haar minderheidstatus, asook die selfwaarde van die mishandelde vrou te help bou. Die meerderheid Afrika-vroue verander egter hul gedrag daadwerklik deur wyses te vind om veilige seksuele omgang te hê of ongewenste verhoudings te beëindig. Daar is egter sekere risiko gedrag wat deur die kliënt onderhou word en nie noodwendig verband hou met haar verhouding(s) met haar seksmaat(s) nie. Die berader sal moontlik die volgende risiko gedrag by die kliënt identifiseer:

Akohol misbruik	✓
Rook	✓
Ongesonde dieet	✓
Tekort aan higiëne in en rondom die huis	✓
Tekort aan persoonlike higiëne	✓
Die kliënt self wil nie van kondome gebruik maak nie	✓

Die gebruik van dwelms kom selde voor by Afrika-vroue met MIV, maar alkohol misbruik en die rook van sigarette wat 'n nadelige uitwerking kan hê op die gesondheid van die vrou met MIV/Vigs is al waargeneem. Ander risiko faktore soos higiëne kan suksesvol saam met bogenoemde aangespreek word deur die oordra van inligting aan die kliënt. Wat die dieet aanbetref bestaan daar spesifieke dienste waarheen die kliënt verwys kan word met inagnome van haar finansiële situasie en dat sy slegs basiese voedselgroepe sal kan bekostig. Alle aanbevelings of verwysings vanaf die berader behoort dus gepaard te gaan met inagnome van spesifieke aspekte soos die kliënt se finansiële situasie, mobiliteit en gesondheid wat beperkings aan haar mag stel.

Gedragsverandering by vroue met MIV geskied dikwels oor 'n kort tydperk wat mag aanleiding gee daartoe dat bestaande modelle vir gedragsverandering deur die berader verwerk en geïntegreer mag word tot 'n meer werkbare benadering waardeur die kliënt oor 'n kort tydperk bygestaan kan word. Die berader sal dus nodig hê om gedragsverandering te fasiliteer deur te let op die volgende aspekte wat 'n invloed mag uitoefen op gedragsverandering:

Wat is die kliënt se oortuigings, houding en waardes ten opsigte van MIV?	✓
Beïnvloed bogenoemde die kliënt se gedrag direk?	✓
Is daar sekere aspekte wat die kliënt se poging tot voorkomende gedrag belemmer?	✓
Watter subjektiewe norme kom by die kliënt voor?	✓
Is die kliënt se selfbeeld sterk genoeg om gedragsverandering aan te bring?	✓
Voel die kliënt verantwoordelik vir haarself en haar gedrag?	✓
Is insigontwikkeling van die onderliggende dinamiek van gedragsverandering by die kliënt moontlik?	✓
Is daar genoeg tyd gedurende die proses van gedragsverandering om bogenoemde insigontwikkeling in te sluit, of sal dit eers later aangespreek word?	✓

Bogenoemde faktore kan die proses van gedragsverandering bemoeilik byvoorbeeld die voorkoms van sekere oortuigings, houdings en waardes in die Afrika-kultuur. Afrika-vroue word dikwels as die mindere beskou terwyl Afrika-mans alle besluite neem. Vroue kommunikeer nie oor seks nie aangesien dit as promisku beskou word, terwyl mites en onwaarhede wat in die kultuur voorkom, die vrou onder 'n vals indruk laat van wat MIV werklik is en hoe dit versprei word. Die man se seksuele gedrag hou veral verband met oortuigings, waardes en houdings in die Afrika-kultuur en word direk op die vrou geprojekteer. Die berader kan verwag dat die kliënt se seksmaat(s) die volgende houding sal inneem teenoor byvoorbeeld die gebruik van kondome:

Afrika-mans verkies seksuele omgang sonder die gebruik van kondome vir beter seksuele stimulering	✓
Afrika-mans voel beledig deur die gebruik van 'n kondoom	✓

Afrika-mans glo nie dat kondoomgebruik deel is van die Afrika-kultuur nie	✓
Afrika-mans glo dat MIV nie so maklik oorgedra word nie	✓
Afrika-mans vertrou nie vroue wat van kondome gebruik wil maak nie	✓

Hierdie aspekte oefen nie alleen 'n direkte invloed uit op gedragsverandering by die kliënt nie, maar mag ook gedragsverandering belemmer, veral waar dit met die subjektiewe norme van die kliënt gekombineer word. Afrika-vroue wil dikwels steeds kinders hê ten spyte van die voorkoms van MIV of die risiko om MIV op te doen as gevolg van subjektiewe norme. Afrika-vroue sal ook steeds onveilige seksuele verhoudings onderhou ten spyte daarvan dat hul bewus is dat hul seksmaat(s) ander seksmaats het. Waar die berader dus poog om gedragsverandering by die kliënt te help bewerkstellig sou die bou van 'n goeie selfbeeld van groot belang wees, aangesien die meeste Afrika-vroue nog voordat MIV voorgekom het, moontlik nie oor die selfbeeld beskik het om verantwoordelikheid te neem en veranderinge aan te bring in hul eie gedrag nie. Waar die berader dan die kliënt se selfbeeld versterk sou gedragsverandering vinniger kan plaasvind en die kliënt ook meer verantwoordelikheid neem vir haar eie gedrag en gesondheid. Aangesien hierdie proses oor 'n kort tydperk mag geskied sal nie alle kliënte die onderliggende dinamiek van gedragsverandering verstaan nie, maar kan die berader eerstens poog om gedrag te help verander en in stand te hou, en daarna fokus op insigontwikkeling van die onderliggende dinamiek daarvan.

Waar daar gelet word op gedragsverandering kan die berader ook die voordele van 'n positiewe lewe ("*living positively*") met MIV/Vigs aan die kliënt verduidelik en help bewerkstellig. 'n Positiewe lewenswyse waar aspekte soos gereelde oefening, 'n gesonde dieet en die neem van relevante vitamines en medikasie onderneem word, kan aanleiding gee tot verbeterde lewenskwaliteit en lewensduur vir persone met MIV/Vigs. Met inagnome van beperkings wat in die kliënt se daaglikse lewe mag voorkom wat tyd, kennis en beperkte finansiële vermoëns aanbetref, kan die berader self 'n positiewe lewenswyse by die kliënt help bewerkstellig of die kliënt na spesifieke programme of ondersteuningsgroepe verwys waar "*living positively*" aangespreek word. Daar kan ook

van die beskikbare dienste van personeel by hospitale en klinieke gebruik gemaak word byvoorbeeld:

Verwysing na 'n dieetkundige vir die samestelling van 'n dieet wat die kliënt se serostatus in ag neem	✓
Verwysing na 'n fisio- of arbeidsterapeut wat die kliënt van inligting oor die korrekte tipe en hoeveelheid daaglikse oefening kan voorsien	✓
Verwysing na hospitale of klinieke waar die kliënt teen lae koste van relevante medikasie en vitamines voorsien kan word	✓

Daar word vervolgens gekyk na die hanteringsmeganismes wat gepaard mag gaan met die kliënt se risiko gedrag en dus saam met risiko gedrag aangespreek kan word. Hanteringsmeganismes hou verband met spesifieke gedrag wat deur die berader geïdentifiseer behoort te word ten einde te bepaal watter tipe hanteringsmeganisme by die kliënt voorkom. Die volgende destruktiewe gedrag kom veral in die tydperk direk na MIV-diagnosering voor en kan deur die berader afgemerk word tydens assessering van die kliënt:

Die kliënt poog om nie oor die siekte te dink nie	✓
Die kliënt poog om nie oor die siekte te praat nie	✓
Die kliënt blameer haarself heeltyd	✓
Die kliënt wens die siekte weg en ander vorme van wensdenkery kom ook voor	✓
Die kliënt neem geen verantwoordelikheid vir die siekte nie	✓
Die kliënt huil die heeltyd	✓
Die kliënt is die heeltyd kwaad	✓
Die kliënt poog om ander te infekteer	✓
Oormatige vermindering van psigologiese spanning deur minimalisering van die bedreiging of gevaar van die siekte, kom voor	✓
Distansiëring vanaf betekenisvolle ander	✓

Hierdie aspekte sal dus aan die begin van berading voorkom en mag 'n baie negatiewe invloed uitoefen op die emosionele welstand van die kliënt. Die berader kan na aanleiding van bogenoemde bepaal of probleem-gefokusseeerde of emosie-gefokusseeerde

hantering by die kliënt voorkom en hoe verandering aangebring sal word ten einde positiewe hantering van die siekte mee te bring. Hoewel die kliënt haar gedrag oor 'n kort tydperk mag verander impliseer dit nie dat positiewe hanteringsmeganismes aangeleer is nie. Die kliënt mag byvoorbeeld veilige seksuele verhoudings onderhou, maar steeds die siekte wegwens en nie oor die siekte praat of dink nie. Laasgenoemde dui daarop dat positiewe hanteringsmeganismes nog nie by die kliënt voorkom nie.

Bepaling van die kliënt se emosionele funksionering is dikwels moeilik aangesien emosies wisselvallig mag wees en van week tot week kan verskil, terwyl ander ernstige probleme soos armoede en stigmatisering ook kan voorkom. Indien die berader onseker is van watter gevoelens by die kliënt voorkom as gevolg van die wisselvalligheid daarvan, kan die berader die voorkoms van die volgende moontlike gevoelens later by die tussen-fase verwag:

Onsekerheid	✓
Skuldgevoelens	✓
Eensaamheid	✓
Isolasie	✓
Verwerping	✓
Hopeloosheid	✓
Hulpeloosheid	✓
Skaamte	✓
Vrees	✓

Daar sal ook in die verloop van berading 'n afname wees in gevoelens wat aanvanklik intens waargeneem is by die kliënt soos selfmoord gedagtes, woede en hartseer. Die hantering van hierdie gevoelens kan nie afsondelik gesien word van die ontwikkeling van positiewe hanteringsmeganismes en gedragsverandering nie, en behoort deurentyd aangespreek te word.

6.4.2.1 Nagaanlys vir gedragsverandering en hanteringsmeganismes

Is risiko gedrag by die kliënt geïdentifiseer?	✓
Kom risikos voor as gevolg van die kliënt se gedrag of as gevolg van die gedrag van seksmaat(s) of ander omstandighede/faktore?	✓
Watter faktore belemmer gedragsverandering?	✓
Kon die kliënt bogenoemde konfronteer?	✓
Is die kliënt se selfbeeld en selfwaarde gebou ten einde gedragverandering te bewerkstellig?	✓
Is insigontwikkeling bewerkstellig ten opsigte van die gevare van risiko gedrag en die voordele van gesondheidsbevorderende gedrag?	✓
Is insig by die kliënt ontwikkel ten opsigte van die onderliggende dinamiek van gedragsverandering?	✓
Is die kliënt se emosionele funksionering geassesseer?	✓
Is die kliënt se hantering van die siekte volledig geassesseer?	✓
Het die kliënt se aanvanklike hantering van die siekte haar verhoudings met ander beskadig of emosionele skade by die kliënt self aangebring?	✓
Is die aanleer van positiewe hanteringsmeganismes daadwerklik aangespreek?	✓
Word positiewe hanteringsmeganismes steeds onderhou?	✓
Het daar 'n afname voorgekom in gevoelens wat aanvanklik intens beleef is?	✓
Is gevoelens deurentyd hanteer?	✓

6.4.3 Swangerskap

Gedurende die tussen-fase sal die kliënt op 'n gereelde basis kontak hê met mediese personeel vir behandeling van die siekte asook toediening van medikasie. Die kliënt mag egter vrae hê rondom MIV as siektetoestand en verkies om eerder met die berader hieroor te gesels, aangesien daar reeds 'n vertrouensverhouding tussen die kliënt en die berader bestaan. Die berader behoort dus oor kennis van alle aspekte van MIV as siektetoestand te beskik ten einde dit eenvoudig en verstaanbaar oor te dra en die vrese en spanning wat mag voorkom met diagnose van oppertunistiese siektes in die verloop van MIV te help konfronteer. Bogenoemde geld ook vir die bespreking van swangerskap wat meestal

deur mediese personeel onderneem word. Afrika-vroue beplan in meeste gevalle nie hul swangerskappe nie en aangesien swangerskap en seksuele gedrag direk verband hou met mekaar, sou dit ook die taak van die berader wees om hierdie aspekte aan te spreek. Daar sal dus gelet word op die kliënt se behoefte en reg om swanger te word en die berader behoort verbandhoudende aspekte volledig uit te wys. Waar swangerskap reeds voorkom sou dit nodig wees dat die berader die kliënt kan lei in watter keuse sy ten opsigte van die swangerskap maak. Die berader kan verwag dat die kliënt wat besluit om die baba te behou een van die volgende redes sal aanvoer:

Kliënt se rede	Berader se taak
Wil baba behou selfs al is baba MIV-positief	Lig kliënt in van anti-retrovirale medikasie en prosedure wat by geboorte gevolg word om MIV by baba te voorkom
Het reeds baba as gevolg van MIV verloor en wil volgende baba hou	Help die kliënt die pyn van verlies van vorige baba te verwerk en om nie hierdie baba te sien as substituuat vir vorige baba nie
Eggenoot/maat wil 'n baba hê	Bou die kliënt se selfbeeld ten einde sterk genoeg te wees om eie besluite ten opsigte van haar gesondheid en liggaam te neem
Vrees mediese prosedure van aborsie	Verduidelik aan die kliënt presies wat prosedure gedurende aborsie behels ten einde vrese te konfronteer en objektiewe besluit te neem ten opsigte van haar toekoms

Die kliënt mag ook reeds swanger wees en die swangerskap wil beëindig om die volgende redes:

Wil nie MIV-positiewe baba hê nie	✓
Het reeds baba verloor as gevolg van MIV, sien nie kans om dit weer deur te gaan nie	✓
Te oud of te siek om baba te hê	✓

Sal finansiëel nie na baba kan omsien nie	✓
Daar sal niemand wees om na baba om te sien na afsterwe van die kliënt nie	✓

Dit is belangrik vir die berader om te bepaal of die kliënt definitief die baba wil behou of nie, en ook die redes vir hierdie besluit met die kliënt te bespreek. Indien die kliënt nie seker was of sy die baba wou behou of 'n aborsie wou ondergaan nie, maar reeds die nodige stappe in haar besluit geneem het, mag sy die berader verantwoordelik hou vir hierdie besluit waar dit nie goed deurgewerk is nie. Waar die kliënt egter seker is van haar besluit sal die berader haar na 'n kliniek verwys waar haar spesifieke behoeftes aangespreek kan word.

6.4.3.1 Nagaanlys vir swangerskap

Is daar bepaal of die kliënt swanger is of graag wil swanger raak?	✓
Is daar bepaal of die swanger kliënt die baba wil behou of 'n aborsie wil ondergaan?	✓
Was die kliënt vooraf seker van haar besluit ten opsigte van die swangerskap?	✓
Is die redes vir die kliënt se besluit soos bogenoem bepaal?	✓
Het die berader die bogenoemde redes saam met die kliënt deurgewerk ten einde die kliënt te help om sekerheid te bekom oor haar besluit?	✓
Het die berader die kliënt na relevante dienste verwys na aanleiding van haar besluit?	✓

6.4.4 Bekendmaking en die invloed van MIV op verhoudings met betekenisvolle ander

Die kliënt mag op 'n stadium gedurende die tussen-fase 'n behoefte ontwikkel om haar serostatus aan betekenisvolle ander bekend te maak nadat haar gedrag verander het, positiewe hanteringsmeganismes aangeleer is en sy die meeste van haar gevoelens en vrese kon verwerk. Dit sou ook van belang wees dat laasgenoemde aspekte eers aangespreek is ten einde die kliënt te voorsien van die nodige "gereedskap" en selfbeeld om betekenisvolle ander in te lig van haar serostatus. Aangesien so te sê alle Afrika-

vroue met MIV hul gesinslede as hul hoof ondersteuningsnetwerk sien, sou dit verder belangrik wees dat gesinslede ingelig word van die kliënt se serostatus ten einde te weet wat om te verwag en hoe die kliënt bygestaan en ondersteun kan word na aanleiding van die voorkoms van MIV/Vigs. Die meerderheid Afrika-vroue wat hul gesinslede inlig van hul serostatus ontvang wel die nodige ondersteuning, maar ervaar vooraf vrese ten opsigte van moontlike verwerping. Daar kan aan die kliënt verduidelik word watter voordele bekendmaking van haar serostatus sal inhou naamlik:

- 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 ook te besluit of sy 'n volle bekendmaking wil onderneem waar sy haar serostatus ook aan die gemeenskap/publiek sal bekend maak, of 'n gedeeltelike bekendmaking waar slegs sekere persone uitgesonder sal word vir bekendmaking.

Om verwerping van die kliënt na aanleiding van bekendmaking te voorkom is dit nodig vir die berader om te bepaal wie eerste deur die kliënt ingelig sal word van haar serostatus en hoe haar verhoudings met hierdie persone lyk. Die berader kan deur middel van assessering 'n volledige lys van die volgende saamstel:

Hoe 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?	✓

Die berader kan verwag dat die kliënt se behoefte na bekendmaking van haar serostatus spruit uit die volgende redes:

- Die kliënt wil nie meer die “geheim” van haar seorstatus alleen dra nie
- Die kliënt wil hê dat ander wat ‘n gevaar staan om MIV op te doen of reeds opgedoen het, byvoorbeeld die seksmaat(s) ingelig moet word van haar serostatus ten einde ook MIV-toetsing te ondergaan
- Die kliënt wil die werklike rede vir haar behoefte tot veilige seksuele omgang aan haar seksmaat(s) bekend maak
- Die kliënt het die ondersteuning van betekenisvolle ander nodig met inagnome van haar spesifieke behoeftes na aanleiding van MIV/Vigs.

Waar die berader die kliënt se ondersteuningsnetwerk geïdentifiseer het en ook bepaal het wat die kliënt se redes vir bekendmaking van haar serostatus is, kan daar met die eerste stap in die proses van bekendmaking begin word, naamlik voorbereiding op bekendmaking. Voorbereiding op bekendmaking is ook tweeledig van aard waar die berader die kliënt sal voorberei op verwagte reaksies van betekenisvolle ander deur middel van rollespel, en waar die kliënt self betekenisvolle ander sal voorberei op bekendmaking. Indien die berader ‘n volledige assessering van die kliënt se ondersteuningsnetwerk onderneem het, sou die berader en die kliënt kon bepaal op watter wyses betekenisvolle ander voorberei kan word op bekendmaking. Die kern van laasgenoemde sou verband hou met die oordra van inligting ten opsigte van MIV/Vigs, ten einde betekenisvolle ander van die nodige kennis en insig te voorsien ten einde verwerping van die kliënt te voorkom. Die berader en kliënt sal saam besluit wanneer betekenisvolle ander genoegsaam voorberei is en dus gereed is vir bekendmaking van die kliënt se serostatus. Die berader behoort ook seker te maak dat die kliënt self genoegsaam voorberei is op bekendmaking.

By bekendmaking sou die kliënt haar betekenisvolle ander inlig van haar serostatus en kan die berader verwag dat bekendmaking op die volgende wyse sou verloop wat volgorde aanbetref:

Eerste bekendmaking	Eggenoot/Maat
Tweede bekendmaking	Broers/Susters/Ouers/Nabye vriende
Derde bekendmaking	Kinders
Vierde bekendmaking	Lede van uitgebreide familie
Vyfde bekendmaking	Direkte gemeenskap

Bekendmaking sal nie noodwendig in hierdie volgorde geskied nie, maar bogenoemde volgorde word algemeen in die praktyk gevind. Die berader mag gevra word om teenwoordig te wees tydens bekendmaking van die kliënt se serostatus aan betekenisvolle ander of dat die berader self die kliënt se serostatus bekend moet maak. Indien die kliënt se serostatus aan betekenisvolle ander bekend gemaak is sou dit ook moontlik wees vir die berader om met egpaar- of gesinsberading te begin en spesifieke gesinslede soos kinders en adolessente te verwys na gespesialiseerde dienste, indien nodig. Die meeste kliënte sal met aanvaarding en ondersteuning tegemoet gekom word, maar skok en hartseer sal ook by betekenisvolle ander waargeneem word. Die kliënt behoort ook ingelig te word dat sommige betekenisvolle ander ontkenning en twyfel sal ervaar, terwyl woede en self verwerping in 'n mindere mate verwag kan word. Dit blyk dat verwerping waar dit mag voorkom, veral by die kliënt se ouers en kinders gevind sal word, en die berader dan tydens voorbereiding op bekendmaking die kliënt behoort te help om juis op hierdie gesinslede te fokus, ten einde bekendmaking moontlik te maak sonder dat verwerping voorkom.

Wanneer daar na die invloed van MIV/Vigs op verhoudings van die kliënt met betekenisvolle ander gekyk word, kan die berader verwag dat ten spyte van bogenoemde gevoelens, die meeste verhoudings onveranderd sal bly en die kliënt dus voorsien sal word van 'n ondersteuningsnetwerk waardeur die behoeftes en probleme wat MIV/Vigs mag meebring, gekonfronteer sal word. Die berader kan ook verwag dat sommige verhoudings na bekendmaking sterker sal wees en dat baie min verhoudings beskadig of

vernietig sal word as gevolg van MIV/Vigs. Die meerderheid kliënte sal positief voel oor bekendmaking aangesien hul uiteindelik eerlik kan wees teenoor betekenisvolle ander, nie meer die “geheim” alleen hoef te dra nie en ondersteuning sal ontvang. Kliënte wat negatief mag voel oor bekendmaking sal nodig hê om hierdie proses saam met die berader deur te werk ten einde insig te ontwikkel van die voordele van bekendmaking, en ook met die berader se hulp hul verhoudings met betekenisvolle ander oor ‘n tydperk te herstel.

6.4.4.1 Nagaanlys vir bekendmaking

Het die kliënt haar gedrag verander en positiewe hanteringsmeganismes aangeleer voordat bekendmaking geïnisieer is?	✓
Is daar gekyk na wie/wat die kliënt se ondersteuningsnetwerk is?	✓
Is die kliënt se ondersteuningsnetwerk volledig geassesseer?	✓
Is die voordele van bekendmaking aan die kliënt oorgedra?	✓
Is daar gelet op wat die kliënt se redes vir bekendmaking is?	✓
Het die kliënt besluit of sy ‘n gedeeltelike of volle bekendmaking wil onderneem?	✓
Is betekenisvolle ander genoegsaam voorberei op bekendmaking?	✓
Het die kliënt besluit aan wie sy eerste haar serostatus bekend wil maak en hoe sy dit bekend sal maak?	✓
Is daar besluit of die kliënt self haar serostatus bekend wil maak, of die berader teenwoordig moet wees en of die berader die kliënt se serostatus bekend sal maak?	✓
Is die kliënt voorberei op wat om te verwag met bekendmaking en hoe betekenisvolle ander sal reageer?	✓
Is die kliënt se verhoudings beïnvloed na aanleiding van bekendmaking?	✓
Het die berader aandag geskenk aan verhoudings wat moontlik beskadig is as gevolg van bekendmaking?	✓

6.5 Sterwensbegeleiding

Sterwensbegeleiding kan gesien word as die betreding van 'n laaste onafwendbare fase. Waar die berader oor jare hulpverlening gebied het aan 'n spesifieke kliënt en haar gesinslede, mag hierdie fase ook 'n emosionele impak hê op die berader en sou dit nie net vir die kliënt nie, maar ook vir die berader van belang wees dat die kliënt met waardigheid mag sterf. Die berader kan hier veral van die kennis en dienste van pastorale beraders en kerkorganisasies gebruik maak om die kliënt by te staan om vrese ten opsigte van die dood te konfronteer. Sterwensbegeleiding kan geïnisieer word na aanleiding van assessering van die kliënt en haar betekenisvolle ander se gereedheid daarvoor asook die kliënt se gesondheid. Ten einde te bepaal wanneer bogenoemde persone gereed is vir sterwensbegeleiding kan daar na die volgende faktore gekyk word:

Kom daar reeds rou voor by die kliënt en betekenisvolle ander?	✓
Voel die kliënt onseker en bevrees oor die dood?	✓
Wil die kliënt sterwensbegeleiding inisieer terwyl sy nog gesond genoeg is om oor belangrike sake te gesels met betekenisvolle ander?	✓
Dink die berader dat die kliënt gereed voel om oor die dood te praat?	✓
Vermag die kliënt dit om oor die dood te praat?	✓
Forseer die kliënt se gesondheid die berader om sterwensbegeleiding te inisieer?	✓

Sterwensbegeleiding kan dan geïnisieer word wanneer die kliënt nog gesond is en bogenoemde aspekte daarop dui dat sy graag oor die dood en ander belangrike aspekte wil gesels. In hierdie geval sou die berader oor genoeg tyd beskik om die volgende aspekte aan te spreek en die kliënt help om sekere vrese te konfronteer:

Die kliënt se vrese ten opsigte van die dood	✓
Die kliënt se geloof of godsdiens	✓
Toekoms van die kliënt se kinders	✓
Die kliënt se begrafnis	✓
Vrese wat deur betekenisvolle ander ervaar word	✓
Onopgeloste sake met ander	✓
Hoe om gemoedsrus te vind	✓

Waar die kliënt nie gereed voel om sterwensbegeleiding te inisieer nie of om ander redes nie oor die dood wil gesels nie, word die berader moontlik gekonfronteer met ontkenning van die dood deur die kliënt, en is dit belangrik dat laasgenoemde aangespreek word voordat die kliënt te siek word. Ontkenning mag ook verband hou met baie kliënte se gevoel dat hul dood 'n skande vir hulself en hul gesinslede sal wees. Die berader kan gevoelens van skande voorkom deur reeds gedurende die tussen-fase te let op hierdie aspek deur middel van insigontwikkeling, gevoelshantering en onderskragingstegnieke. Ontkenning sal nie alleenlik 'n negatiewe invloed hê op die kliënt nie, maar ook op betekenisvolle ander wat nie 'n geleentheid gegun word om hul eie vrese en gevoelens te verbaliseer nie, en dus nie hulself kan voorberei op die kliënt se dood nie. Waar ontkenning voorkom terwyl die kliënt alreeds baie siek is, mag 'n krisissituasie in die gesin beleef word en krisisingryping deur die berader vereis word. Die berader kan hier poog om insig te ontwikkel by die kliënt ten opsigte van die belang daarvan om haar en haar gesin voor te berei op die dood, onderskraging bied deur aansluiting by gevoelens, fokussering, verduideliking en gerusstelling. Die berader kan ook die kliënt direk konfronteer wat mag aanleiding gee tot katarsis by die kliënt en die kliënt moontlik oortuig van die belang van voorbereiding op die dood.

Sterwensbegeleiding is 'n intense proses waar 'n onervare berader self emosioneel beïnvloed kan word en moontlik van mag wegstroom. Waar die berader egter deurentyd van hulpverleningstegnieke en ander terapeutiese vaardighede gebruik maak soos om te luister en empaties te wees, sal die sterwensproses suksesvol aangespreek kan word, en mag die berader verseker voel dat die kliënt gehelp word om die dood op 'n konkrete wyse te verwerk en met waardigheid sal sterf. Met die afsterwe van die kliënt word die proses egter nie beëindig nie aangesien ander gesinslede berading mag benodig ten einde die kliënt se dood te verwerk. Daar kan veral gekyk word na berading vir die respondent se kinders en eggenoot/maat wat die kliënt se dood intens beleef het en ernstige rou ervaar.

6.5.1 Fases in die sterwensproses

Ten einde die kliënt se ervaring van die sterwensproses beter te verstaan kan daar laastens opsommend na sterwensbegeleiding gekyk word deur die volgende fases in ag te neem. Hierdie fases sal nie noodwendig op mekaar volg nie, maar gee 'n duideliker beeld van wat die berader kan verwag.

6.5.1.1 Eerste fase: Ontkenning en Isolاسie

- Die eerste verwagte reaksie op die bekendmaking van die kliënt se diagnose is 'n tydelike toestand van skok wat geleidelik sal begin verdwyn.
- Die kliënt sal daarna reageer met reaksies soos: “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 sal 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.
- Later in hierdie fase kom isolasie meer voor as ontkenning. Die kliënt maak gebruik van isolasie om oor haar siekte/gesondheid en sterflikheid/onsterflikheid te gesels terwyl die dood in die gesig gestaar word en hoop terselfdetyd onderhou word.

6.5.1.2 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 beseft dat daar na haar geluister sal word sonder dat 'n woede uitbarsting nodig is.

6.5.1.3 Derde fase: Onderhandeling

- Die kliënt sal 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.

6.5.1.4 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 en 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. Hierdie vorm van depressie is stil in kontras met bogenoemde vorm van depressie en die berader se teenwoordigheid is 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.

6.5.1.5 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 benyding 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 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.

6.5.2 Nagaanlys vir sterwensbegeleiding

Is die kliënt en haar gesin se gereedheid vir sterwensbegeleiding geëvalueer?	✓
Is belangrike aspekte van bespreking tydens sterwensbegeleiding saam met die kliënt bepaal?	✓
Is alle bogenoemde aspekte aangespreek ten einde die kliënt gemoedsrus te gee?	✓
Kon die kliënt haar vrese ten opsigte van die dood konfronteer?	✓
Is die kliënt gerus gestel oor haar kinders en betekenisvolle ander se toekoms?	✓
Is die kliënt na relevante dienste verwys ten einde praktiese sake af te handel?	✓
Het ontkenning van die dood voorgekom en is dit aangespreek?	✓
Voel die berader positief oor die wyse waarop sterwensbegeleiding verloop het deurdat gevoelens van ontkenning, woede, skuld/skaamte en depressie in die verskillende fases by die kliënt hanteer is?	✓

Watter gesinslede benodig berading na afsterwe van die kliënt en sal die berader self hulpverlening bied of gesinslede verwys?	✓
--	---

6.6 Samevatting

Hierdie riglyn is 'n kort samevatting van die belangrike aspekte van MIV-berading vanaf die eerste ontmoeting met die kliënt tot en met die afsterwe van die kliënt. Dit is duidelik dat die kliënt met MIV/Vigs se behoeftes en probleme nie alleenlik verband hou met die voorkoms van 'n siekte wat die liggaam affekteer nie. Die kliënt met MIV/Vigs sal ook probleme van diskriminasie en verwerping selfs vanaf haar eie gesins- en familieledes ervaar as gevolg van mites en onwaarhede wat hierdie siekte oor die afgelope dekades gestigmatiseer het. Die ingeligte berader kan die kliënt egter bystaan deur ag te slaan op belangrike aspekte van MIV-berading en die kliënt en haar gesin dus met insig benader van die moeilike situasie waarin die voorkoms van MIV/Vigs hul plaas. Waar die berader die kliënt en haar gesin kon bystaan vanaf die eerste ontmoeting tot en met sterwensbegeleiding sou dit nie net vir laasgenoemde persone van groot waarde wees nie, maar ook vir die berader wat 'n verskil kon maak deur middel van insig en kennis waardeur die gesin spesifieke probleme en behoeftes kon konfronteer.

HOOFSTUK 7

SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

7.1 Inleiding

Hierdie hoofstuk word benut ten einde 'n opsommende oorsig van vorige hoofstukke te weergee. Daar word gelet op die bereiking van die doelstelling en doelwitte vir hierdie studie soos in hoofstuk 1 geformuleer. Die hooftrekke van die literatuurstudie wat hoofstukke 2, 3 en 4 insluit word saamgevat en sekere gevolgtrekkings word gemaak. Daar word ook na die kwantitatiewe bevindings van hoofstuk 6 gekyk en gevolgtrekkings word na aanleiding hiervan gemaak. Daar word laastens gekyk na aanbevelings ten opsigte van hulpverlening aan Afrika-vroue met MIV en hul gesinne. Daar sal ook aanbevelings gemaak word ten opsigte van die empiriese studie sowel as verdere navorsing.

7.2 Samevatting en Bereiking van Doelstellings

In hoofstuk 1 is die volgende aspekte volledig aangespreek ten einde 'n raamwerk te vorm waarop die navorsingsproses gebaseer is en waarvolgens navorsing verloop het in hierdie studie: inleiding en motivering vir die keuse van die onderwerp, probleemformulering, doelstelling en doelwitte vir die studie, stellings vir die studie, die navorsingsbenadering, soort navorsing, navorsingsontwerp, navorsingsprosedure en werkwyse, die voorondersoek, omskrywing van die universum, afbakening van die steekproef en wyse van steekproefneming, die definisies van hoofkonsepte en inhoud van die navorsingsverslag.

In hoofstuk 1 is die volgende doelstelling en doelwitte geformuleer:

- **Doelstelling: Om ondersoek in te stel na die psigososiale behoeftes en ander probleme wat deur swart Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul gesinslede ervaar word, ten einde 'n riglyn saam te stel wat benut kan word tydens MIV-berading.**

Die doelstelling vir hierdie studie is bereik deurdat kennis en insig van die psigososiale behoeftes en ander probleme wat deur Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul gesinne ervaar word, bekom is. Eksplorering van die behoeftes en probleme soos bogenoem, het aanleiding gegee tot die samestelling van 'n profiel van Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul gesinne, ten einde 'n riglyn te kon saamstel waarvolgens hulpverlening deur die maatskaplike werker en ander MIV-beraders gebied kan word.

- **Doelwit 1: Om MIV/Vigs as siektetoestand te omskryf en na die beskikbaarheid, bekostigbaarheid en effektiwiteit van anti-retrovirale middels in Suid-Afrika te kyk deur middel van 'n literatuurstudie waarin resente gebeure bespreek word.**

Doelwit 1 is bereik deur middel van 'n in-diepte studie in hoofstuk 2 van MIV/Vigs as siektetoestand waardeur insig en kennis bekom is van die wyses waarop MIV/Vigs oorgedra word en hoe dit die geïnfekteerde persoon se gesondheid beïnvloed. Daar is gekyk na die venster periode, die asimptomatiese fase, die vroeë simptomatiese fase, die laat simptomatiese fase en die terminale fase van MIV/Vigs. Belangrike konsepte wat die funksionering van MIV/Vigs as retrovirus meer duidelik maak is ook omskryf. Resente verwikkelings aangaande die beskikbaarheid, bekostigbaarheid en effektiwiteit van anti-retrovirale middels, asook die ontwikkeling van 'n MIV-entstof in Suid-Afrika is verder in die literatuurstudie saamgevat. Bogenoemde dra by tot insigontwikkeling ten opsigte van die finansiële en politiese dinamika agter die beskikbaarheid van anti-retrovirale middels in Suid-Afrika.

- **Doelwit 2: Om die psigososiale implikasies van MIV/Vigs op die geïnfekteerde persoon en haar gesin te eksplorieer deur middel van 'n volledige literatuurstudie.**

Doelwit 2 is bereik deur 'n volledige literatuurstudie waar die psigososiale aspekte van MIV/Vigs by Afrika-vroue geëksplorieer is ten einde insig te bekom van sekere verskynsels wat die Afrika-vrou meer kwesbaar maak om MIV op te doen. Daar is verder gekyk na hoe die Afrika-vrou se gesin geaffekteer word na aanleiding van MIV/Vigs deur let op MIV-geïnfekteerde gesinslede, maar ook te kyk na gevoelens en

houdings van nie-geïnfekteerde gesinslede. Insig ten opsigte van die funksionering van die MIV-gesin is dus bekom.

- **Doelwit 3: Om na belangrike aspekte van MIV-berading te kyk wat tydens hulpverlening aan die Afrika-vrou met MIV/Vigs en haar gesin, in ag geneem behoort te word.**

Doelwit 3 is bereik deur kennis te bekom van belangrike aspekte van MIV-berading wat in 'n literatuurstudie saamgevat is. Insigontwikkeling ten opsigte van die belang van sekere aspekte tydens voortoets- en natoets berading, berading gedurende die tussen-fase en sterwensbegeleiding asook berading vir spesifieke kliënte was dus moontlik.

- **Doelwit 4: Om 'n empiriese ondersoek te onderneem ten einde te bepaal watter psigososiale behoeftes en ander probleme deur Afrika-vroue met MIV/Vigs ervaar word en aandag te skenk aan gesinslede wat deur bogenoemde geaffekteer word.**

Doelwit 4 is bereik deur middel van 'n volledige empiriese ondersoek waar daar gepoog is om nuwe kennis te bekom aangaande die impak van MIV/Vigs op alle moontlike aspekte van die Afrika-vrou en haar gesin se lewens. Daar is dus kennis en insig bekom ten opsigte van die volgende:

- Huislike en finansiële omstandighede
- Psigososiale aspekte van bekendmaking
- Seksuele verhoudings en swangerskap
- Mediese aspekte
- Emosionele en psigososiale aspekte van MIV/Vigs
- Beradingsbehoefte van die Afrika-vrou met MIV/Vigs.

- **Doelwit 5: Om 'n riglyn saam te stel waarvolgens hulpverlening gebied kan word aan Afrika-vroue met MIV/Vigs en ander gesinslede wat geaffekteer word.**

Doelwit 5 is bereik deur na aanleiding van die literatuurstudie, die empiriese bevindings en praktykervaring 'n eenvoudige en duidelike riglyn saam te stel waarvolgens hulpverlening deur middel van MIV-berading aan Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul

gesinne gelewer kan word. Die riglyn volg ook 'n chronologiese verloop deur veral te let op die fases in MIV-berading.

7.2.1 Gevolgtrekkings ten opsigte van doelbereiking

- Na aanleiding van die bereiking van bogenoemde doelstelling en doelwitte was dit duidelik dat spesifieke behoeftes en probleme by Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul gesinne bestaan. Gaitley (1989:11) het reeds gedurende die laat 1980's verwys na MIV as 'n komplekse siekte wat ernstige psigososiale gevolge inhou wat stigmatisering, diskriminering en ostrasisme insluit. Dit blyk egter dat daar steeds min navorsing bestaan aangaande die Afrika-vrou met MIV en die behoeftes en probleme wat deur haar en haar gesinslede ervaar word.
- Bogenoemde behoeftes kan slegs aangespreek word waar daar oor die nodige insig en kennis beskik word van alle vlakke waarop persone geaffekteer word as gevolg van MIV/Vigs. Volgens die Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (1997:90) was laasgenoemde nie bevredigend nie en dit blyk dat kennis van MIV as siektetoestand nodig is ten einde beter samewerking tussen maatskaplike werkers en die gesondheidsstelsel mee te bring. Dit is dus nodig dat die maatskaplike werker goeie kennis dra van MIV as siektetoestand ten einde beter hulpverlening te bied wat die psigososiale en ander probleme wat 'n direkte gevolg van MIV mag wees, aanbetref.
- Waar die maatskaplike werker noodgedwonge in die posisie van aktivis geplaas mag word waar die regte van ander geskend word, sou dit nodig wees om oor kennis te beskik van die bekikbaarheid, bekostigbaarheid en effektiwiteit van anti-retrovirale middels in Suid-Afrika. Aangesien ernstige probleme ten opsigte van die beskikbaarheid van laasgenoemde in Suid-Afrika voorgekom het, sou dit van die maatskaplike werker vereis om die regte van persone met MIV/Vigs om van anti-retrovirale middels voorsien te word, op te weeg teen redes wat aangevoer mag word om hierdie middels nie aan geïnfekteerde persone te voorsien nie.
- Waar die Afrika-vrou as gevolg van verskeie redes in 'n minderheidsposisie geplaas word, en verder benadeel word as gevolg van die voorkoms van MIV, is dit nodig om insig te dra van haar psigososiale behoeftes en ander probleme, ten einde die Afrika-

vrou te bemagtig sodat sy mag aandring op sekere regte, byvoorbeeld die reg tot veilige seksuele omgang.

- Kennis van MIV-berading ten einde effektiewe hulpverlening te bied skep die moontlikheid dat talle persone met MIV/Vigs en hul gesinne bygestaan kan word ten einde verbeterde lewenskwaliteit te handhaaf. Dit is dus nodig dat meer maatskaplike werkers en ander professionele- en selfs leke beraders oor die nodige insig en kennis beskik om probleme wat mag voorkom te help konfronteer en ook ander behoeftes te hanteer.

7.3 Samevatting en gevolgtrekkings van die literatuurstudie

Deur middel van 'n volledige literatuurstudie is verskeie doelwitte vir hierdie studie bereik. Daar word dan vervolgens gekyk na watter hoofstukke verband hou met doelwitbereiking en hierdie hoofstukke word kortliks saamgevat ten einde 'n oorsig van die literatuur te gee en kort gevolgtrekkings van elke hoofstuk te maak.

7.3.1 Hoofstuk 2: Teoretiese fundering vir MIV/Vigs as verskynsel en mediese aspekte wat met MIV/Vigs verband hou

Doelwit 1: Om MIV/Vigs as siektetoestand te omskryf en na die beskikbaarheid, bekostigbaarheid en effektiwiteit van anti-retroviralemiddels in Suid-Afrika te kyk deur middel van 'n literatuurstudie waarin resente gebeure bespreek word.

7.3.1.1 Samevatting

Die ontstaan van MIV

Hierdie afdeling het gefokus rondom die ontstaan van MIV/Vigs aangesien daar dikwels onwaarhede en mites hieraan gekoppel word, en dit dus nodig was om onduidelikhede op te klaar ten einde MIV/Vigs as siektetoestand te verstaan. Daar is gekyk na MIV/Vigs vanaf die eerste persoon wat in New York gesterf het as gevolg daarvan, asook die identifisering daarvan in Suid-Afrika by twee gevalle slegs twee jaar later. Daar is ook

gekyk na MIV as retrovirus wat gedurende die 1930's en selfs so vroeg as die 1920's die spesiegrens tussen mens en dier oorgesteek het.

- **Wyses van oordraging van MIV**

In hierdie afdeling is daar gefokus op die wyses waarop MIV oorgedra kan word. Hierdie inligting is van belang aangesien onnodige vrese ten opsigte van die oordraging van MIV daardeur gekonfronteer kan word. Infektering wat dui op die oordra van die virus vanaf een persoon na 'n ander kan dan slegs op die volgende wyses geskied:

- Deur seksuele omgang met 'n geïnfekteerde persoon, spesifiek onveilige seksuele omgang
- Deur blootstelling aan geïnfekteerde bloed
- Deur die geïnfekteerde moeder aan die fetus.

- **MIV-toetsing**

Onder hierdie afdeling is daar gekyk na die tipe MIV-toetse wat beskikbaar is en wanneer toetsing ondergaan behoort te word. Daar is gekyk na die ELISA of die *enzyme-linked immunosorbent assay* wat 'n *teenliggaam* toets is, wat dui daarop dat die toets uitvoer word ten einde teenliggaampies wat deur die liggaam geproduseer is teen die MI-virus, waar te neem. Die venster periode van die virus beperk egter die ELISA toets, aangesien die teenliggaampies nie gedurende hierdie periode waargeneem kan word nie. Dit is dus nodig dat twee ELISA toetse oor 'n tydperk ondergaan word, veral waar die persoon moontlik nog in die venster periode van die virus verkeer. 'n Meer definitiewe toets naamlik die Western Blot toets, wat ook 'n *teenliggaam* toets is kan later ondergaan word. Daar bestaan ook *antigeen* toetsing vir MIV, wat bekend staan as PCR (*polymerase chain reaction technique*). Laasgenoemde impliseer toetsing ten einde dele van die virus se materiaal self waar te neem. Hierdie tegniek word egter gebruik vir navorsingsdoeleindes en nie vir kliniese diagnostiese toetsing nie.

Daar bestaan ook 'n vorm van toetsing wat nog nie in Suid-Afrika benut word nie naamlik "*rapid*" of snelle MIV-toetsing. Deur hierdie toets word teenliggaampies waargeneem binne 5-30 minute na toetsing. 'n Tweede snelle toets sal ook na 'n tydperk

van 25 dae ondergaan word waar die eerste toets reaktief was, dit wil sê positief gereageer het op MIV-teenliggaampies.

- **Fases in MIV/Vigs**

In hierdie afdeling is daar gelet op die fases van MIV/Vigs. In MIV/Vigs bestaan daar hoofsaaklik vyf fases wat die venster periode, die asimptomatiese fase, die vroeë simptomatiese fase, die laat simptomatiese fase en die terminale fase insluit. Die venster periode dui op 'n 3-6 maande periode wat dit die MIV-teenliggaampies neem om geproduseer te word nadat MIV-infeksie plaasgevind het. Dit word veral gekenmerk aan 'n kort periode van 10-21 dae wat volg direk na infektering. Gedurende hierdie periode word daar hoër vlakke van die virus geproduseer as in enige ander fase, hoewel die teenliggaampies wat die liggaam teen die virus ontwikkel meestal eers na ses maande vanaf infektering waargeneem kan word.

Die asimptomatiese fase is 'n uitgerekte fase waar die persoon van gesond tot siek kan beweeg aangesien ernstige immunologiese agteruitgang voorkom. Angstigheid, spanning, depressie en hiperventilasie kom ook dikwels voor waar 'n persoon vermoed dat sy MIV-positief is. Die Vroeë simptomatiese fase is die volgende fase waar kroniese siekte met mediese simptome voorkom. Ligte simptome soos gewigsverlies, koors, uitslag, moegheid, geswolle kliere en bors infeksies soos verkoue kom voor. Gedurende hierdie fase kan die meeste geïnfekteerde persone hul normale daaglikse aktiwiteite uitvoer sonder om enige ernstige probleme te ervaar.

Die laat simptomatiese fase word gekenmerk deur ernstiger simptome as die vorige fase. Simptome soos nagsweet, koors, uitslag, geheue verlies, diarree, moegheid, gewigsverlies, vergrote kliere, herpes en sekere kanker sere kom voor. Soos wat die CD4 sel telling laer word sal die geïnfekteerde persoon ernstiger simptome beleef en verskeie opportunistiese infeksies sal voorkom.

Die terminale fase kom voor wanneer die CD4 sel telling laer as 200 selle per mikroliter daal en sekere Vigs-indikatore soos Kaposi's sarcoma, pneumocystis pneumonie,

indringende servikale kanker en tuberkulose voorkom. Baie min persone sterf egter voordat die sel telling nie laer as 50 selle per mikroliter bloed is nie.

- **Beskikbaarheid van anti-retrovirale medikasie in Suid-Afrika**

Hierdie afdeling het gefokus op redes waarom anti-retrovirale middels nie in die verlede beskikbaar was in Suid-Afrika nie, en waarom daar steeds probleme ervaar word om hierdie middels in Suid-Afrika beskikbaar te stel. Soos baie ander derde wêreld lande beskik Suid-Afrika nie oor die nodige kapasiteit en hulpbronne om self die medikasie vir MIV/Vigs pasiënte te administreer en te verskaf nie. Die hoë pryse wat betaal word vir hierdie anti-retrovirale middels het groot ongelukkigheid in verskeie Afrika-lande, asook in Suid-Afrika gewek. Die regering wat nie anti-retrovirale middels wou voorsien nie, het eerder gefokus op armoede en die gebruik van anti-retrovirale middels as aspekte wat moontlik aanleiding kan gee tot Vigs. Sekere anti-retrovirale middels soos AZT en Nevirapien is beskikbaar gestel by staatshospitale nadat die regering so beveel is deur 'n hof uitspraak. Daar bestaan egter tans steeds 'n moontlikheid dat sekere middels soos Nevirapien gederegistreer mag word en dus nie meer beskikbaar sal wees in Suid-Afrika nie.

- **Spesifieke anti-retrovirale middels**

Onder hierdie afdeling is daar spesifiek na twee middels gekyk wat algemeen bekend is naamlik AZT en Nevirapien. *Azidothymidine*(AZT) was die eerste anti-retrovirale medikasie en is gedurende 1987 goedgekeur. AZT word beskou as die middel wat publieke opinie ten opsigte van MIV verander het, aangesien daar nou vir die eerste keer behandeling vir geïnfekteerde persone beskikbaar was. AZT kan beskryf word as 'n geselekteerde gif teen MIV, aangesien dit selle toelaat om aan te hou groei en genetiese materiaal te vervaardig, maar MIV nie effektief geproduseer kan word nie. Vigs pasiënte wat AZT neem toon toenemende oorlewing

Nevirapien is 'n middel wat gedurende 1999 deur die Amerikaanse Nasionale Instituut vir Gesondheid by die Mulago-hospitaal in Uganda getoets is. Met hierdie middel is daar gepoog om die oordrag van MIV van moeder na kind te verminder tydens swangerskap.

In Uganda is 'n groep van 308 vroue met AZT behandeling en 'n groep van 310 vroue met Nevirapien. Slegs 13,1% van die vroue wat met Nevirapien behandeling is se babas het MIV-positief getoets, terwyl 25,1% van die vroue wat met AZT behandeling is se babas MIV-positief getoets het. Nevirapien is dus nie net meer effektief as AZT wat moeder-tot-kind oordrag aanbetref nie, maar die nodige eenmalige toediening daarvan kos slegs R24 per persoon, terwyl AZT teen R600 per persoon voorsien kan word en oor die laaste vier weke van die swangerskap toegedien moet word. Die volgende eenvoudige stappe dui die proses aan waar Nevirapien toegedien sal word waar dit beskikbaar is by staats hospitale:

- Swangerskap word bevestig
- Die vrou word gevra of sy berading wil ontvang en getoets wil word
- Indien skriftelike toestemming van die vrou ontvang word, word berading verskaf en die vrou ondergaan MIV-toetsing
- Indien die vrou MIV-negatief toets word sy van die program verwyder en gevra om die baba te borsvoed
- Indien die vrou MIV-positief toets word berading voorsien en die vrou word Nevirapien aangebied
- Die vrou word aangeraai om nie haar baba te borsvoed nie
- Die Nevirapien tablet word soms saam huis toe gegee
- Die vrou drink Nevirapien sodra kraampyne begin
- Dokters word opgelei om nie instrumente gedurende geboorte te gebruik nie en die vrou se water moet verkieslik nie spontaan breek nie
- 'n Keisersnee kan die kans op oordrag van MIV van moeder na kind met ongeveer 50% verlaag
- Binne 72 uur na geboorte kry die baba Nevirapien druppels in die mond.

Daar bestaan egter die moontlikheid van die deregistrasie en onttrekking van Nevirapien uit Suid-Afrika, aangesien die effektiwiteit en veiligheid van Nevirapien bevraagteken word, ten spyte daarvan dat hierdie aspekte reeds gedurende 2000 in die Nevirapien-studie in Suid-Afrika aangespreek is, en dit as veilig en effektief bewys is.

- **Die ontwikkeling van 'n MIV-entstof in Suid-Afrika**

Hierdie afdeling was 'n samevatting waar daar gelet is op die ontwikkeling van 'n MIV-entstof in Suid-Afrika. Daar word spesifiek gefokus op C-MIV wat die spesifieke sub tipe van MIV-1 is waardeur 90% van alle MIV-geïnfekteerde persone in die land geïnfekteer word. Die ontwikkeling van 'n entstof in Suid-Afrika is volgens die *South African Aids Vaccine Initiative*(SAAVI) gebaseer op die volgende aspekte:

- Die entstof behoort eerstens veilig te wees en die immunsisteem teen siektes te beskerm terwyl dit minimale newe-effekte toon
- Entstowwe bevat dikwels antigene en stukkies materiaal van die siekteveroor sakende mikrobe wat die immuunsisteem kan stimuleer om te reageer en dus potensiële infeksie sal afweer
- 'n Voorkomende entstof behoort die aanval van die MI-virus op die immunsisteem te stop, en dus te voorkom dat CD4 selle aangeval word wat aanleiding gee tot ernstige oppertunistiese siektes soos TB
- Aangesien so te sê alle MIV-geïnfekteerde persone in Suid-Afrika deur C-MIV geïnfekteer word, is die entstof gebaseer op 'n mengsel van die C-virus en 'n ander siekte wat veral onder perde gevind word naamlik *Venezuelan Equine Encephalitis*(VEE)
- Die entstof word aanvanklik op diere getoets, maar sodra dit goedgekeur word sal die entstof in 'n eerste fase op 'n klein groep vrywilligers getoets word om die veiligheid van verskillende dosisse van die entstof te bepaal. Indien daar geen nadelige effek waargeneem word nie, sal die entstof in fase twee getoets word om te bepaal of dit 'n immuun-respons stimuleer. In fase drie sal die entstof op grootskaal beproef word waarby duisende individue ingesluit kan word.

7.3.1.2 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 2

- MIV/Vigs is in die verlede deur beide professionele persone en die publiek gestigmatiseer na aanleiding van spekulاسie oor die ontstaan daarvan en die wyse waarop MIV oorgedra word. Hierdie spekulاسies en stigmatisering het vrese laat ontstaan wat aanleiding gegee het daartoe dat persone met MIV/Vigs dikwels in

isolasie geleef het, en baie persone huidiglik steeds in isolasie leef. Kennis aangaande die werklike redes vir die ontstaan van MIV/Vigs is dus nodig ten einde te verstaan dat MIV ook soos ander soortgelyke siektes ontwikkel het, maar dat die verspreiding daarvan baie vinnig en globaal plaasgevind het as gevolg van die wyses waarop dit oorgedra word.

- Deur kennis te bekom van die wyses waarop MIV oorgedra word kan die maatskaplike werker haar vrese konfronteer en meer effektiewe hulpverlening bied waar die persoon met MIV spesifieke behoeftes het wat aangespreek behoort te word.
- Kennis aangaande MIV as siektetoestand sal hulpverleners instaat stel om inligting aangaande die siekte aan MIV-geïnfekteerde persone oor te dra en om die geïnfekteerde persoon met insig te benader wat die ongemak en pyn aanbetref wat deur MIV/Vigs veroorsaak word. Dit sou ook belangrik wees dat hulpverleners/beraders oor spesifieke mediese kennis beskik ten einde simptome te identifiseer en die persoon te kan verwys vir MIV-toetsing. MIV/Vigs as siektetoestand is dan duidelik 'n aspek van die siekte wat nie alleenlik deur medici hanteer behoort te word nie, maar ook van belang kan wees waar ander probleme wat daarmee verband mag hou, tydens berading bespreek kan word.
- Anti-retrovirale middels soos Nevirapien en AZT is regoor die wêreld bewys as veilig en effektief en by die 2002 Barcelona Vigs konferensie is die belang van anti-retrovirale middels soos Nevirapien weereens bevestig (Jubasi, 2002:12). Hierdie middels kan duisende verkragtingslagoffers en babas se lewens red en ook die lewenskwaliteit van ander MIV-geïnfekteerde persone verbeter. Hierdie middels kan ook teen geen koste aan geïnfekteerde persone deur oorsese farmasetiese maatskappye voorsien word, tog skaar die regering homself daarteen om redes wat nie altyd verstaanbaar is nie.
- Vir professionele en nie-professionele persone wat optree as aktiviste ten einde te poog om hierdie middels wel in bereik van geïnfekteerde persone te plaas, is dit van groot belang om te weet wat die doel van hierdie middels is en hoe hierdie middels te werk gaan om MIV by babas en verkragtingslagoffers te voorkom, en ander geïnfekteerde persone se lewenskwaliteit en -duur te verbeter.

- In maatskaplike werk waar hulpverlening gerig is op die bevordering van die maatskaplike funksionering van mense, sou bogenoemde kennis van groot belang wees, aangesien die maatskaplike werker juis oor die agtergrond beskik om as aktivis op te tree waar die regte van ander geskend word. Hierdie uitgangspunt mag radikaal voorkom in vergelyking met die maatskaplike werker se algemene benaderings tot probleemoplossing, maar waar die maatskaplike werker daagliks die regte van ander beskerm, is die beskikbaarstelling van anti-retroviale middels van net soveel belang.

7.3.2 Hoofstuk 3: Teoretiese fundering vir die kwesbaarheid van die Afrika-vrou vir MIV/Vigs en die MIV-gesin

Doelwit 2: Om die psigososiale implikasies van MIV/Vigs op die geïnfekteerde Afrika-vrou en haar gesin te eksploreer deur middel van 'n volledige literatuurstudie.

7.3.2.1 Samevatting

- **Redes vir kwesbaarheid van die Afrika-vrou om MIV op te doen**

In hierdie afdeling is daar gekyk na verskeie aspekte wat die Afrika-vroue meer kwesbaar maak om MIV op te doen soos haar biologiese kwesbaarheid, kondoomgebruik, kulturele determinante, swak ekonomiese toestande en misdaad in Suid-Afrika. Biologies, blyk dit dat daar 'n groter hoeveelheid van die MI-virus in die seropositiewe man se semen aanwesig is as wat daar in die seropositiewe vrou se vaginale afskeiding aanwesig is. Die vroulike anatomie en fisiologie is van so aard dat die vrou se liggaam semen ook baie langer en dieper behou na aanleiding van seksuele kontak. Die vrou word dus oor 'n langer tydperk blootgestel aan geïnfekteerde vloeistof, en sere as gevolg van seksueel oordraagbare siektes wat meer versteek is by die vrou, verhoog haar kans op infektering verder.

Wat kondoomgebruik aanbetref blyk dit om aan te dring op veilige seks 'n meer dominante posisie van die vrou vereis, wat in meeste Afrika-kulture as nie-tradisionele gedrag beskou word. Dit blyk dat die effektiwiteit van kondoomgebruik dus grootliks bepaal word deur die gedrag van die manlike seksmaat. Vroue mag wel ingelig word oor

die voordele van kondoomgebruik, maar nie in die posisie staan om op kondome aan te dring wanneer hul manlike seksmaat dit weier nie.

Kultuur het ook 'n groot invloed op die Afrika-vrou se kwesbaarheid om MIV op te doen. In Afrika en ook ander tradisionele samelewings, word dit as disrespekvol en promisku beskou om oor seks te praat. Vroue is tipies verantwoordelik vir die voorkoming van swangerskap, terwyl die man alle seksuele gedrag bepaal. Elke samelewing het dus sy unieke benaderings tot seksualiteit, en ook 'n unieke verklaring rondom siekte, en veral Afrikane onderhou sekere bygelowe rondom MIV/Vigs wat 'n spesifieke betekenis aan die siekte toegeken het, waardeur die siekte gestigmatiseer is.

Swak ekonomiese toestande gee aanleiding tot verstedeliking in Afrika en is dus die gevolg van armoede. Die meeste Afrika-vroue is finansiële afhanklik van die man, en as gevolg van onderontwikkeling en 'n lae vlak van skoolopleiding het daar nog min aan die situasie verander. Wanneer hierdie vroue dan na hulself en hul kinders moet omsien is dit nie verbasend dat sommige vroue hul wend tot sekswerk nie. Van die vroue wat wel kan werk vind in stede en hulself nie tot sekswerk hoef te wend nie, word daar steeds verwag om gereeld seksuele gunste toe te staan, ten einde hul werk te behou en hul inkomste aan te vul. Dit blyk dat die kern van hierdie vroue se kwesbaarheid lê in die tekort aan enige seksuele norme in stedelike gebiede in Afrika. Hierdie tekort aan seksuele norme gee dikwels aanleiding tot seksuele promiskuïteit wat gepaard gaan met die verlies aan sosiale kontrole en tradisionele waardes. Afrika-mans weier dikwels ook om van kondome gebruik te maak wanneer daar van die dienste van kommersiële sekswerkers gebruik gemaak word, en die bekamping van die virus word deur laasgenoemde verder bemoeilik.

In Suid-Afrika wat die land is met die hoogste misdadafsyfers ter wêreld, is dit nie verbasend dat misdaad bydra tot die verspreiding van MIV nie. Daar kan veral gekyk word na misdaad wat spesifiek gerig is op vroue byvoorbeeld verkragting, bloedsgrande en ander geweldsmisdade waar bloeduitruiling wel kan voorkom.

- **MIV-geïnfekteerde gesinslede**

In hierdie afdeling is daar gelet op individuele gesinslede met MIV wat die moeder of vrou, die vader of man, die adolessent en kind/baba insluit. Daar is gelet op hoe hierdie gesinslede benadeel word na aanleiding van MIV waar stigmatisering voorkom, welsyns- en gesondheidsdienste nie altyd effektief is nie en depressie, spanning en ander gevoelens voorkom by geïnfekteerde persone.

- **Die MIV/Vigs-gesin**

In hierdie afdeling is daar gelet op die MIV-gesin wat impliseer dat een of meer gesinslede MIV-positief is. Die voorkoms van MIV stel die voortbestaan van gesinne in gevaar waar hierdie MIV-gesinne slegs vir 'n relatiewe tydperk kan bly voortbestaan. By die enkel-ouer gesin beteken die dood van 'n ouer dat kinders wees gelaat word, en die gesin nie sal voortbestaan nie. In geval van 'n getroude egpaar sonder kinders beteken die dood van een van die eggenote dat die gesin ook nie sal voortbestaan nie, behalwe as die oorlewende eggenoot hertrou. Betreffende die kern gesin is daar 'n moontlikheid dat die gesin sal voortbestaan na die afsterf van 'n volwasse gesinslid, indien die oorlewende persoon die gesin as enkel-ouer kan onderhou.

- **Rolvervulling binne die MIV/Vigs-gesin**

Hierdie afdeling het gefokus rondom die rolle en gevoelens van nie-geïnfekteerde gesinslede teenoor die MIV-geïnfekteerde persoon. Daar is gekyk na die ouer(s), die kind en die adolessent se rolle wat verander waar 'n geïnfekteerde gesinslid versorg en ondersteun moet word. Die voorkoms van MIV impliseer ook dat ander nie-geïnfekteerde gesinslede gestigmatiseer word en dus sekere gevoelens en houdings teenoor die geïnfekteerde persoon ontwikkel wat verhoudings mag beskadig. Waar spesifieke gesinslede byvoorbeeld die adolessent of jong volwassene na verswakking of afsterwe van die broodwinner(s) in beheer van die gesin gelaat word, mag ernstige gevolge soos misdaad voorkom, ten einde die gesin te onderhou.

7.3.2.2 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 3

- Die Afrika-vrou is om verskeie redes meer kwesbaar om MIV op te doen as die man. Laasgenoemde kan in meeste gevalle direk terug gevoer word na die Afrika-kultuur wat die oorsaak is van die volgende:
 - Onveilige of promiskue seksuele omgang
 - Poligamiese verhoudings
 - Tekort aan gesinsbeplanning
 - Geen kommunikasie oor seksuele gedrag of -verhoudings
 - Onvoltooide skoolopleiding
 - Sekswerk onder Afrika-vroue ten einde hulslef en hul gesinne te onderhou
 - Onveilige seksuele omgang met sekswerkers aangesien Afrika-mans weier om van kondome gebruik te maak.
- Die rol van die Afrika-kultuur in die voorkoms van MIV by Afrika-vroue is klaarblyklik een van die belangrikste faktore wat aangespreek behoort te word ten einde verspreiding van MIV te voorkom. Om egter 'n spesifieke kultuur uit te sonder vir bogenoemde, en te poog om hierdie kultuur te verander, sou as oneties en moontlik diskriminerend gesien word. Daar behoort dan na spesifieke gebruike gekyk te word wat nie noodwendig as kultuur opsigself beskou word nie, maar wel uit die kultuur gespruit het, byvoorbeeld die verkragting van babas en maagde ten einde van MIV genees te word. Laasgenoemde sou egter 'n komplekse en omvattende studie opsigself wees, en kan nie noodwendig deur die maatskaplike werker aangespreek word sonder spesialiskennis nie.
- Die voorkoms van MIV bring drastiese rolverandering in gesinne mee waar die Afrika-vrou wat gewoonlik as versorger van die res van die gesin opgetree het, nie meer instaat is om hierdie rol te vervul nie. Laasgenoemde plaas stremming op ander gesinslede, veral kinders en adolessente wat hul skoolopleiding moet prysgee en hul selfs tot misdaad mag wend ten einde ander gesinslede te onderhou. MIV is dus 'n komplekse siekte wat elke vlak van die geïnfekteerde, maar ook die nie-geïnfekteerde gesinslede se bestaan beïnvloed. Dit sou nodig wees dat die maatskaplike werker bewus is van probleme wat in die gesin voorkom wat nie noodwendig waargeneem word tydens berading in 'n opset buite die kliënt se omgewing of gemeenskap nie.

Hierdie probleme behoort deur die maatskaplike werker self geïdentifiseer te word, aangesien die kliënt uit skaamte dit dalk nie noem nie, waar 'n spesifieke gesinslid homself/haarself byvoorbeeld tot sekswerk of misdadig mag wend ten einde die gesin te help ondersteun.

7.3.3 Hoofstuk 4: Die rol van die MIV-berader in die aanspreek van die behoeftes van die vrou met MIV/Vigs en haar gesin

Doelwit 3: Om na belangrike aspekte van MIV-berading te kyk wat tydens hulpverlening aan die Afrika-vrou met MIV/Vigs en haar gesin, in ag geneem behoort te word.

7.3.3.1 Samevatting

- **Modelle vir intervensie**

In hierdie afdeling is daar gekyk na moontlike modelle wat benut kan word gedurende hulpverlening. Daar is gekyk na die Gesondheidsoortuigings model (Health Belief Model) wat hoofsaaklik die voordele van gesondheidsbevorderende 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.

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.

'n Volgende model waarna daar gekyk is in hierdie afdeling, is die Transteoretiese model. Hierdie model word hoofsaaklik benut om die fases van verandering tot

gesondheidsbevorderende gedrag te verduidelik. Gedragsverandering word dus gesien as 'n proses van progressie deur 'n reeks van fases. Die moontlike fases wat 'n berader dan sal identifiseer soos wat die kliënt se gedrag verander, sal 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.

Fase 2- Oorweging: Hierdie is die fase waar 'n persoon voornem om te verander in die volgende ses maande.

Fase 3- Voorbereiding: In hierdie fase het die individu reeds spesifieke en openlike veranderinge oor die afgelope ses maande van haar lewe aangebring

Fase 4- Aksie: In hierdie fase neem die persoon voor om daadwerklik tot aksie oor te gaan in die nabye toekoms wat gewoonlik die volgende ses maande insluit.

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.

- **Die MIV-Berader**

In hierdie afdeling is daar gekyk na wie as MIV-beraders kan optree en wat die opleiding van MIV-beraders behels. 'n Berader kan gesien word as 'n persoon wat oor sekere vaardighede en tegnieke 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 van probleme en die bevordering van die kliënt se maatskaplike funksionering. 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 persoonlikheidstrekke waaroor die berader behoort te beskik ten einde suksesvol te wees in die beradingsproses. Maatskaplike werkers staan in die ideale posisie om op te tree as MIV-beraders en opleiers van MIV-beraders aangesien '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 geleenthede optimaal te benut ten spyte van die voorkoms van MIV/Vigs.

Kliniekgebaseerde berading word voorsien in 'n formele opset soos 'n hospitaal, gesondheidsentrum of kliniek. Hier word beradingsdienste voorsien deur ander professionele persone soos mediese dokters, verpleegkundiges en sielkundiges.

In Suid-Afrika is dit nie moontlik om 'n professionele versorger, berader of multi-profesionele span vir elke geïnfekteerde persoon te voorsien nie. Hierdie tekortkominge kan aangespreek word deur na die Afrika-vrou as versorger en leke berader te kyk. Gemeenskapgebaseerde berading kan dus gebied word in 'n nie-formele omgewing soos plattelandse gemeenskappe of stedelike buurte waar die berader een van die gemeenskapslede is wat opgelei is om beradingsdienste aan ander gemeenskapslede te verskaf.

In hierdie afdeling is daar ook gelet op wat die opleiding van MIV-beraders behels. 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). In die UNAIDS dokument, *Counselling and HIV/Aids* (1997:5) word daar egter genoem dat potensiële beraders 'n bewuswordingswerkswinkel moet 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.

- **Fases in MIV-berading**

In hierdie afdeling is daar gelet op die fases in MIV-berading en watter aspekte belangrik is gedurende berading. Voortoets-berading vind plaas waar vrywillige MIV-toetsing ondergaan word en ingeligte toestemming word altyd benodig voordat 'n MIV-toets

ondergaan mag word. Wanneer die kliënt onseker voel oor MIV-toetsing kan die berader ook die voor- en nadele aan die kliënt uitwys ten einde die kliënt te help om 'n besluit te neem. Die doel van voortoets-berading is:

- Om die kliënt voor te berei op die MIV-toets (toetsprosedure, die betroubaarheid daarvan en terugvoer)
- Om te verduidelik wat die betekenis en implikasies van 'n positiewe of negatiewe 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 toetsresultate bekend gemaak word aan die kliënt.

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
- Gedurende voortoets-berading is dit ook nodig dat die berader mites en misinformasie ten opsigte van MIV uit die weg ruim.

Natoets-berading help die kliënt om die MIV-toets resultaat te verstaan en te hanteer.

Die taak van die MIV-berader in natoets-berading is:

- Om die kliënt voor te berei op die moontlike uitslag van die toets
- Om die toets resultaat 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 toets uitslag behoort 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. Waar die MIV-toets positief is behoort die berader die toets resultaat openlik, eerlik en sonder ophef aan die kliënt oor te dra, maar ook so sensitief en menslik moontlik. Dit behoort gepaard te gaan met:

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

Waar sommige kliënte met skok, huilery, geïrriteerdheid, spanning, skuldgevoelens, ontrekking en woede mag reageer, kan ander kliënte weer met verligting reageer op die nuus. Sommige kliënte mag selfmoord oorweeg en die berader kan selfs die kliënt laat hospitaliseer om seker te maak van die kliënt se veiligheid, veral wanneer daar geen vriende of familie beskikbaar is om die kliënt te ondersteun nie. Elke kliënt sal dus op 'n unieke wyse reageer en die berader behoort die kliënt toe te laat om gevoelens te uiter.

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 beteken dat die kliënt in die venster periode verkeer, en dus nie noodwendig die afwesigheid van die virus impliseer nie. Die kliënt behoort dan later hertoetsing te ondergaan en mag spanning ervaar en ondersteuning benodig. 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 indien die kliënt MIV-negatief is, en infektering van ander te voorkom indien die kliënt MIV-positief is. Dis ook van belang om aan die kliënt te verduidelik dat 'n negatiewe toets uitslag nie impliseer dat die kliënt immuun is teen MIV nie, aangesien niemand immuun is teen MIV nie en. Waar die toets uitslag definitief negatief is word die berader 'n geleentheid gegun om inligting aan die kliënt oor te dra, veral oor die gebruik van kondome en vroulike kondome, ten einde te voorkom dat die spesifieke kliënt ooit MIV mag opdoen.

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 voorbereiding op bekendmaking van die kliënt se serostatus aan betekenisvolle ander, of die proses van bekendmaking opsigself. Die berader kan die voordele van bekendmaking aan die kliënt uitwys ten einde die belang van bekendmaking te beklemtoon. Die kliënt behoort dan ook te besluit of sy 'n volle bekendmaking wil onderneem waar sy haar serostatus ook aan die gemeenskap/publiek sal bekend maak, of 'n gedeeltelike bekendmaking waar slegs sekere persone uitgesonder sal word vir bekendmaking. Daar sal verder gekyk word na hoe bekendmaking onderneem sal word waar die berader teenwoordig kan wees of deur die kliënt gevra mag word om haar serostatus aan ander bekend te maak. Die kliënt mag ook besluit om bekendmaking sonder die teenwoordigheid van die berader te onderneem.

In hierdie afdeling is daar laastens gelet op die belang van sterwensbegeleiding. Sterwensbegeleiding kan gesien word as die laaste fase in hierdie proses, en die MIV-berader behoort oor die nodige kennis te beskik ten einde hierdie fase aan te spreek. 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. Die kliënt behoort gehelp te word 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. Die berader kan veral let op die fases in die sterwensproses naamlik ontkenning en isolasie, woede, onderhandeling, depressie en aanvaarding. Hierdie fases volg nie noodwendig by elke kliënt in 'n spesifieke volgorde nie, maar sal moontlik waargeneem word en behoort deur die berader hanteer te word.

Die MIV-berader se kriteria vir wanneer sterwensbegeleiding begin behoort te word, word gebaseer 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.

- **Berading met spesifieke kliënte**

Hierdie afdeling het gefokus op spesifieke behoeftes wat by sekere kliënte mag voorkom. Daar is gekyk na berading vir die swanger vrou, die heteroseksuele man, egpaar berading en berading vir kinders en adolessente. Elk van laasgenoemde persone bevind hulself in 'n unieke situasie in die gesin, en daar word dus spesifieke vereistes gestel gedurende berading. Die verwysing van kinders en adolessente na 'n spelterapeut of ander berader met die nodige agtergrond van MIV/Vigs, is van groot belang aangesien kinders en adolessente dikwels in die praktyk nie die nodige aandag ontvang nie. Hierdie kinders en adolessente sal later groot aanpassings moet maak, wat byvoorbeeld pleegsorg en selfs aanneming kan insluit. Berading vir kinders en adolessente is dus 'n gespesialiseerde veld opsigself aangesien daar soveel verskille tussen berading vir volwassenes en berading vir kinders en adolessente bestaan. Die gevallelading is ook van so aard dat beskikbare MIV-beraders dikwels geen ander keuse het as om kinders en adolessente te verwys nie.

7.3.3.2 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 4

- Wanner daar gekyk word na MIV-berading in geheel deur alle fases en aspekte daarvan in te sluit, is dit duidelik dat 'n 2-3 dag kursus ten einde 'n MIV-berader te word, nie genoegsaam sal wees nie. MIV-berading vereis nie alleenlik mediese kennis van die siekte asook kennis van die psigososiale en emosionele aspekte daarvan nie, maar ook kennis van modelle vir intervensie en benaderings tot

gedragsverandering. Daar is ook baie spesifieke behoeftes wat aangespreek word aangesien geaffekteerde persone verskeie rolle in die MIV-gesin handhaaf wat byvoorbeeld die swanger vrou, die adolessent, die kind ensomeer insluit. Hierdie kennis is eerstens baie gespesialiseerd van aard, maar vereis ook sekere karaktereenskappe van die MIV-berader. Wanneer daar dus gelet word op selektering van potensiële MIV-beraders sou dit nodig wees dat hierdie persone ‘n sekere mate van insig en aanvaarding toon en verder ‘n bereidheid sou hê om belangrike teoretiese kennis op te doen.

- Waar daar in Afrika die tendens bestaan om slegs van kennis in die praktyk gebruik te maak om die behoeftes van persone wat deur MIV geaffekteer word, aan te spreek, sal daar sigbare leemtes voorkom. Teoretiese kennis kan dus op so wyse verwerk en moontlik vereenvoudig word ten einde vrywilligers instaat te stel om ook as leke MIV-beraders op te tree, maar sou steeds sekere vereistes aan MIV-beraders stel. Dit sou eerstens belangrik wees dat die leke MIV-berader geletterd behoort te wees. Dit sou verder belangrik wees om potensiële beraders te identifiseer na aanleiding van hul posisie in die gemeenskap, waar vertroude en bereidwillige persone ‘n beter kans sou hê om geïsoleerde en gestigmatiseerde MIV-geïnfekteerde persone te bereik.
- Die selektering en opleiding van MIV-beraders, hetsy professionele- of leke beraders, is ‘n komplekse proses waar ‘n groot aantal faktore in ag geneem behoort te word. Dit is egter duidelik dat die maatskaplike werker in die ideale posisie staan om as MIV-berader op te tree, aangesien daar oor terapeutiese en praktiese kennis beskik word en maatskaplike werkers in die algemeen ook oor die nodige karaktereenskappe beskik.

7.4 Navorsingsbevindings

Doelwit 5: “Om ‘n empiriese ondersoek te onderneem ten einde te bepaal watter psigososiale behoeftes en ander probleme deur Afrika-vroue met MIV/Vigs ervaar word en aandag te skenk aan ander gesinslede wat deur bogenoemde geaffekteer word” is bereik. In hoofstuk 5 is data grafies voorgestel en ook met bestaande literatuur en

praktykervaring vergelyk. Die samevatting en gevolgtrekkings van die kwantitatiewe data word vervolgens gemaak.

7.4.1 Hoofstuk 5:Kwantitatiewe bevindings

7.4.1.1 Samevatting

- **Biografiese gegewens**

Ouderdom, geslag, taal, vlak van opleiding, posisie in die gesin, huwelikstatus en seksuele oriëntasie is in hierdie afdeling bespreek.

- **Huislike en Finansiële gegewens**

Hierdie afdeling het data ingesluit aangaande die respondent en haar gesin se behuising en verbandhoudende aspekte, finansiële toestand wat maandelikse inkomste en tipe uitgawes aanbetref, en finansiële ondersteuning van die gesin na afsterwe van die respondent.

- **Psigososiale aspekte van Bekendmaking**

In hierdie afdeling is daar gelet op watter gesinslede bewus is van die respondent se serostatus, hoe betekenisvolle ander op laasgenoemde gereageer het en of verhoudings na aanleiding van die respondent se serostatus beïnvloed is. Daar is ook gekyk na die volgorde waarin bekendmaking plaasgevind het en of respondente in retrospek dieselfde besluite sou neem.

- **Seksuele verhoudings en Swangerskap**

Hierdie afdeling het gefokus op seksuele tendense wat by respondente voorgekom het voordat MIV-toetsing ondergaan is, aspekte wat kondoomgebruik mag beïnvloed, swangerskap en aborsie en die toekoms van oorblywende kinders na afsterwe van die Afrika-vrou as gevolg van Vigs.

- **Mediese aspekte**

In hierdie afdeling is daar gekyk na die tydperk wat diagnose bekend is aan die respondent, hoe MIV opgedoen is en waarom die respondent besluit het om MIV-toetsing te ondergaan. Daar is verder gelet op persone wat toets resultate bekend gemaak het en hoe respondente hierdie persone ervaar het. Die respondent se gesondheid en die tipe

simptome wat huidiglik voorkom, sowel as instansies waar behandeling en hulp ontvang word is ook hier aangespreek.

- **Emosionele en Psigososiale aspekte van MIV/Vigs**

Hierdie afdeling het verband gehou met gevoelens van respondente tydens en na MIV-toetsing, asook die hantering van die siekte en die respondent se gevoelens rondom die toekoms en die dood.

- **Beradingsbehoefte van respondent**

Instansies waar berading ontvang word, die MIV-berader en vereistes wat aan die berader gestel word gedurende berading, sowel as risiko gedrag en gedragsverandering is hier bespreek. Daar is ook gelet op sterwensbegeleiding en ander gesinslede wat berading mag benodig na afsterwe van die respondent.

7.4.1.2 Gevolgtrekkings ten opsigte van die empiriese studie

- Alle respondente wat aan hierdie studie deelgeneem het was swart Suid-Afrikaanse vroue bo die ouderdom van 18, heteroseksueel en met 'n Afrika-taal as huistaal.
- Die meerderheid respondente was tussen 18-34 jaar, wat die ouderdomsgroep is wat in hul voortplantingsjare verkeer en die groep is wat hoofsaaklik deur MIV/Vigs geaffekteer word, maar 'n kleiner ouderdomsgroep van tussen 40-59 jaar is ook geïdentifiseer, wat mag aandui dat vroue wat nie meer in hul voortplantingsjare nie, steeds seksueel aktief is.
- Respondente se huidige posisie in die gesin het aangedui dat ongeveer die helfte van die respondente as hoof van die gesin optree, terwyl 86% respondente in hierdie studie kinders het en dus die rol van die moeder inneem. Wanneer daar gekyk word na die rol van die Afrika-vrou as moeder, asook die implikasies van hierdie rol, is die gevolge van MIV vir die gesin verreikend wanneer die moeder nie meer as broodwinner en versorger kan optree nie.
- Min respondente voltooi skoolopleiding wat hul in 'n posisie laat waar hul slegs ongeskoolde werk kan verrig en hul inkomste nie baie groot is ten einde die MIV-gesin te onderhou nie. Meer as die helfte van die respondente in hierdie studie is ook

werkloos wat die moontlike rede is waarom MIV-gesinne afhanklik is van familie of ander vir die voorsiening van verblyf en voedsel.

- Daar was baie min gesinne in hierdie studie waar die man of vader die hoof van die gesin is, wat aanduidend is van die afwesigheid van hierdie figuur in MIV-gesinne, en moontlik verband hou met die armoede waarin gesinne verkeer, en 'n verdere rede is waarom gesinne afhanklik is van ander vir finansiële ondersteuning.
- Min respondente is wettig of deur Lobola getroud wat direk in konteks gebring kan word met die afwesigheid van die vaderfiguur in MIV-gesinne en ook aanduidend is dat tradisionele rolle waarvolgens die gesin meer effektief funksioneer, nie meer bestaan nie.
- Huislike en finansiële gegewens het getoon dat respondente nie die lewenskwaliteit handhaaf wat nodig is ten einde lewensduur te verleng nie, aangesien daar maandeliks min geld tot hul beskikking is en die regte dieet en lewensomstandighede in konteks van MIV, nie onderhou kan word nie.
- Tipe behuising en aan wie huise behoort het weereens aangedui dat respondente en hul gesinne afhanklik is van ander en dat lewensomstandighede van die respondent onveilig is in terme van MIV.
- Televisies en radios wat teenwoordig is in die meerderheid respondente se huise mag effektiewe bronne wees om inligting aangaande MIV/Vigs te versprei.
- Minder as die helfte van die respondente is verantwoordelik vir hul eie inkomste en die meerderheid respondente het 'n maandelikse bedrag van R501-1000 tot hul beskikking ten einde 'n gemiddelde gesin van 5 gesinslede te onderhou. Afrika-vroue met MIV/Vigs leef dus in armoede en blyk uit lae-inkomste groepe afkomstig te wees.
- Respondente met hul eie ondernemings sal slegs vir 'n aantal jare nog instaat wees om te werk voordat MIV/Vigs dit onmoontlik sou maak om 'n verdere inkomste te hê. Laasgenoemde sal gesinne wat voorheen nog finansiël kon funksioneer, in armoede dompel en ernstige gevolge vir die gesin inhou.
- Maandelikse uitgawes in die MIV-gesin hou veral verband met die betaal van skoolgelde en aankoop van voedsel. Dit sou dus nodig wees om te let op wyses waarop bogenoemde uitgawes van die MIV-gesin verminder kan word deur

byvoorbeeld die verskaffing van voedselpakkies en dat kinders uit die MIV-gesin mag skoolgaan sonder die betaal van skoolgelde.

- Respondente is onseker oor wie finansiëel na oorblywende kinders en gesinslede sal omsien, wat aanduidend is van gemeenskappe wat nie oor die nodige infrastruktuur beskik om hierdie probleem aan te spreek nie.
- Waar 'n adolessente of jong seun/dogter na die res van die gesin sal moet omsien na afsterwe van die respondent word ernstige druk op hierdie persone uitgeoefen, wat hul in 'n posisie mag plaas waar hul hulself tot misdaad mag wend ten einde die gesin se behoeftes te bevredig, en minder adolessente en kinders sal moontlik hul skoolopleiding voltooi.
- So te sê alle respondente beskou hul gesinslede as hul hoof ondersteuningsnetwerk wat daarop dui dat positiewe verhoudings gehandhaaf moet word binne die gesin, ten einde te verseker dat respondente hierdie ondersteuningsnetwerke behou. Die onderhouding van positiewe ondersteuningsnetwerke is dus 'n belangrike aspek wat deur die berader aangespreek behoort te word.
- Min respondente lig hul gesinslede in van hul serostatus, wat ontnugtering sal veroorsaak wanneer gesinslede bewus word van die respondent se siekte, maar nie voorbereid was daarop nie. Die meerderheid respondente wat seksueel aktief is het ook nie hul seksmaats ingelig van hul serostatus nie, en kan dus MIV verder versprei. Bogenoemde twee aspekte behoort deur die berader aangespreek te word ten einde die respondent te help om betekenisvolle/die ondersteuningsnetwerk voor te berei op bekendmaking, asook die onderhouding van veilige seksuele verhoudings.
- Daar bestaan 'n behoefte by respondente om wel hul serostatus aan betekenisvolle ander bekend te maak ten einde ondersteuning te ontvang, eerlik te wees en ander te waarsku ten opsigte van die gevare van MIV en onveilige seksuele omgang. Hierdie behoefte kan deur die berader benut word as positiewe aspekte waardeur die kliënt bygestaan kan word om vrese te konfronteer ten opsigte van bekendmaking, en die respondent en haar gesin dus voorberei kan word op bekendmaking.
- Die meerderheid respondente poog om veilige seksuele verhoudings te handhaaf en die aantal seksmaats te beperk, wat aanduidend is dat respondente wel verantwoordelikheid neem vir die siekte, en die verspreiding daarvan wil voorkom.

- Respondente praat selde met hul seksmaats oor hul seksuele verhoudings wat aanduidend is dat kulturele invloede Afrika-vroue weerhou daarvan om openlik te wees oor MIV en hul seksuele gedrag.
- Alle respondente is bewus van die voordele van kondoomgebruik, maar sekere oortuigings wat deur die Afrika-man onderhou word, weerhou die vrou daarvan om van kondome gebruik te maak. Vroue mag wel ingelig word oor die voordele van kondoomgebruik, maar staan dus nie in die posisie om van kondome gebruik te maak wanneer hul manlike seksmaat dit weier nie. Die Afrika-man verwag dus dat die vrou hom moet vertrou dat hy nie MIV of enige ander seksueel oordraagbare siektes het nie, en dus nie 'n kondoom hoef te gebruik nie, terwyl die vrou wat op veilige seks aandring met agterdog bejeën word deur die man. Bemagtiging van die Afrika-vrou sal dus 'n belangrike taak van die MIV-berader wees.
- Die meerderheid respondente(80%) se seksmaats het voorheen ander seksuele verhoudings gehad terwyl hul steeds saam met die respondent was, en meer as die helfte(56%) van die respondente se seksmaats het huidiglik steeds ander seksuele verhoudings. Hierdie aspek hou duidelik verband met seksuele gedrag wat aanleiding gee tot die vinnige verspreiding van MIV in Suid-Afrika.
- Die meerderheid vroue het geen van hul swangerskappe beplan nie en die groot getalle babas wat daaglik in Suid-Afrika gebore word en later MIV-positief toets, is aanduidend van vroue se agterstand om aan te dring op veilige seksuele omgang en hul swangerskappe te beplan.
- Respondente is in 46% van gevalle oortuig dat hul 'n swangerskap sal laat termineer indien dit voorkom, en 52% respondente het genoem dat hul eerder die baba sal behou. Verskeie redes is hiervoor aangevoer, maar daar bestaan 'n duidelike behoefte na gesinsbeplanning. Gesinsbeplanning is dan juis van belang ten einde emosionele pyn te voorkom na aanleiding van 'n aborsie of afsterwe van 'n MIV-positiewe baba.
- Die meerderheid respondente(98%) het MIV na aanleiding van onveilige seksuele omgang met 'n MIV-geïnfekteerde persoon opgedoen. 'n Enkele respondent het ook MIV na aanleiding van 'n verkragting opgedoen. Bogenoemde dui daarop dat respondente bewus was daarvan dat hul onveilige seksuele omgang gehad het, maar dit moontlik nie kon voorkom nie as gevolg van hul minderheidstatus in die Afrika-

kultuur. Waar 'n respondent MIV na aanleiding van 'n verkragting opgedoen het, dui dit ook daarop dat geweldsmisdade in Suid-Afrika wel bydra tot die verspreiding van MIV.

- Voordat respondente met MIV gediagnoseer is, het hul of vroeë simptome van MIV ervaar, of 'n baba gehad wat gesondheidsprobleme ervaar het en MIV-positief getoets het, of hul eggenote/maats het MIV-positief getoets of respondente was oortuig dat hul maats ander seksmaats gehad het. Alle respondente het dus eers vir 'n tydperk gewag totdat daar duidelik bewyse was dat hul self moontlik MIV-positief is. Laasgenoemde aspek dui op onvoldoende voorkomings- en ander programme aangesien respondente nie deur programme bereik is, ten einde voorkomend op te tree nie. Laasgenoemde kan ook dui op die apatiese houding wat deur die Afrika-kultuur meegbring is by vroue wat selde toegelaat word om hul behoeftes te verbaliseer.
- Verskillende simptome van MIV, maar wat ook met die gebruik van MIV-medikasie mag voorkom is by respondente geïdentifiseer. Die meerderheid respondente is egter gesond genoeg om nog normale daaglikse funksionering te onderhou. Dit is egter nodig dat die maatskaplike werker oor kennis beskik van simptome ten einde die kliënt in te lig van wat verwag kan word in die verloop van MIV/Vigs.
- Met verwysing na die huislike en ander omstandighede is dit nodig dat respondente 'n veilige leef- en werksomgewing het. Daar kan veral gelet word op aspekte wat siekte-veroorsakend is in respondente se huislike omstandighede soos drinkwater, toilet en bad geriewe, die stoor van voedsel en die deel van slaapplek met ander gesinslede wat siek mag wees. Die maatskaplike werker behoort hierdie aspekte te identifiseer en in ag te neem ten einde die kliënt in te lig van moontlike veranderings wat aangebring kan word ten einde lewenskwaliteit en –duur te verbeter.
- Die voorkoms van duidelike MIV-verbandhoudende simptome byvoorbeeld swelling in die nek en veluitslae is ook faktore wat die respondent se siekte aan ander bekend kan maak, en die voorbereiding op bekendmaking is hier van groot belang aangesien MIV/Vigs nie vir altyd weg gesteeek kan word nie.
- Simptome soos depressie en spanning behoort deur die berader aangespreek te word ten einde te voorkom dat ondersteunende verhoudings beskadig word en selfmoord by persone met MIV/Vigs voorkom word.

- Min respondente is bewus van wat 'n CD4 seltelling is en wat hul eie CD4 sel tellings is. Laasgenoemde is egter nie van groot belang nie, aangesien dit moontlik meer spanning vir die respondent kan meebring waar dalings in die CD4 sel telling voorkom. Dit sou egter van belang wees om aan respondente te kan verduidelik wat 'n CD4 telling is indien hul belangstel om dit met die berader te bespreek.
- Die meerderheid respondente se toets resultate is deur mediese dokters en in 'n mindere mate deur verpleegkundiges bekend gemaak. Die afwesigheid van die maatskaplike werker is aanduidend daarvan dat nie genoeg maatskaplike werkers betrokke is in die gesondheidsopset nie. Moontlike programme om maatskaplike werkers uit maatskaplikewerk- en welsynsorganisasies op 'n gereelde basis in te sluit by bogenoemde opset, mag hierdie probleem moontlik aanspreek.
- Hoewel die meerderheid respondente die persone wat hul toets resultate bekend gemaak het as ondersteunend, simpatiek en sensitief beskryf het, het daar ook duidelike leemtes voorgekom wat aangespreek kan word deur opleiding van mediese personeel ten einde toets resultate met meer insig van die respondent se moontlike gevoelens bekend te maak. Opleiding vir mediese personeel kan ook veral fokus op die verwysing van die pasiënt na effektiewe en beskikbare dienste afhangende van die behoeftes wat die pasiënt mag ervaar. Waar mediese personeel dus oor insig beskik van moontlike behoeftes en probleme van die pasiënt, en laasgenoemde kan identifiseer, sou verwysing na relevante dienste van groot waarde wees.
- Hoewel slegs 12% respondente behandeling vir MIV/Vigs vanaf 'n tradisionele geneser ontvang, kan die belang van die tradisionele geneser in die aanspreek van MIV/Vigs in Suid-Afrika nie uit die oog verloor word nie. Tradisionele genesers mag ook baat by opleiding as MIV-beraders ten einde kliënte in te lig oor veilige seksuele gebruike en ander dienste wat tot hul beskikking is. Waar kliënte ook ander psigososiale en emosionele probleme met die tradisionele genesers sou wou bespreek, sou opleiding as MIV-berader die tradisionele geneser voorsien van die nodige kennis om hierdie aspekte effektief aan te spreek en ondersteuning aan die kliënt te bied.
- Die meerderheid respondente het skok en ontkenning ervaar tydens die bekendmaking van hul toets resultate. Hierdie gevoelens behoort daadwerklik aangespreek te word ten einde probleme wat daaruit mag spruit, te voorkom. Waar

ontkenning deur die respondent tot op so vlak geneem word dat daar geen verandering by risiko gedrag voorkom nie, sou dit baie negatiewe gevolge vir die respondent en ander inhou.

- Waar hartseer, woede, selfblaming en ander gevoelens by respondente waargeneem is gedurende die bekendmaking van hul toets resultate is dit nodig om respondente toe te laat om hierdie gevoelens te uiter. Laasgenoemde sou die respondent toelaat om hierdie gevoelens beter te verwerk waar daar erkenning gegee is aan die voorkoms van gevoelens. Hierdie gevoelens sal dan ook oor 'n tydperk deur die kliënt en berader gekonfronteer word totdat die kliënt dit op 'n gesonde en aanvaardende wyse kan verwerk.
- Waar die berader vind dat sekere aspekte in die kliënt se lewe haar toelaat om meer hoop te ontwikkel vir die toekoms en haar help om haar lewe as betekenisvol te beskou, is dit nodig dat hierdie aspekte wat uniek en individueel by elke kliënt mag voorkom, benut word. Deur laasgenoemde sou die berader instaat wees om die kliënt te help om depressie en selfmoord gedagtes teen te werk en goeie verhoudings met betekensvolle ander te behou.
- Hanteringsmeganismes wat deur individue ontwikkel word waar MIV/Vigs voorkom, mag lei tot destruktiewe of risiko gedrag indien die berader nie daadwerklik die kliënt se hanteringsmeganisme identifiseer en help verander waar dit negatief is nie. Waar respondente genoem het dat hul die siekte hanteer deur te poog om ander te infekteer, is dit van groot belang dat die berader positiewe hanteringsmeganismes help skep en versterk. Laasgenoemde sou die kliënt help om enige illusies of wensdenkery te konfronteer ten einde MIV/Vigs as 'n werklik verskynsel te benader waardeur die kliënt steeds toegelaat kan word om te groei, te ontwikkel en verantwoordelikheid vir die siekte te dra.
- Respondente was bewus van waar beradingsdienste beskikbaar is in hul gemeenskappe en dit blyk dat hospitale en klinieke waar berading ontvang kan word, baie sigbaar is in gemeenskappe. Maatskaplikewerk- of welsynsorganisasies blyk egter onsigbaar te wees in gemeenskappe aangesien geen respondent bewus was van hierdie dienste in hul gemeenskappe nie. Laasgenoemde dui daarop dat hierdie organisasies moontlik meer betrokke kan raak deur die lewering van dienste in 'n

bekende opset soos hospitale of klinieke. 'n Ideale opset kan voorsien word waar opgeleide beraders van maatskaplikewerk- en welsynsorganisasies slegs een dag per week hul dienste beskikbaar kan stel by hospitale of klinieke wat 'n tekort aan hierdie dienste mag hê. Groot hoeveelhede pasiënte wat beradingsbehoefte mag ervaar sou dus baat vind deur in kontak geplaas te word met opgeleide MIV-beraders.

- Waar daar gevind is dat persone met MIV/Vigs nie oor 'n lang tydperk van berading voorsien word nie, en latere probleme wat mag ontstaan dus nie aangespreek word nie, sou bogenoemde opset waar maatskaplikewerk- en welsynsorganisasies hul dienste in hospitale of klinieke lewer, pasiënte voorsien van deurlopende berading ten einde probleme wat later of oor 'n lang tydperk voorkom aan te spreek. Persone met MIV/Vigs sou dan ook dienste kon benut waar voorbereiding op bekendmaking en gedragsverandering deeglik voorsien kan word.
- Gedragsverandering by persone met MIV/Vigs geskied daadwerklik of oor 'n kort tydperk. Hierdie bevinding mag aanduidend wees vir die ontwikkeling van nuwe modelle waarvolgens gedragsverandering meegebring kan word. Aangesien die meerderheid respondente die berader ook net vir 'n kort tydperk gesien het, mag die ontwikkeling van nuwe modelle vir gedragsverandering meer effektiewe berading tot gevolg hê oor 'n kort tydperk.
- Die meerderheid respondente(86%) het genoem dat hul meer gemaklik sal voel met 'n maatskaplike werker as MIV-berader. Die geskiktheid en effektiwiteit van maatskaplike werkers as MIV-beraders is dus ook bekend vir persone met MIV/Vigs en dui dus op 'n groot behoefte aan hierdie dienste.
- Respondente verwag nie van MIV-beraders om die taal van respondente magtig te wees of vanuit dieselfde kultuur, gemeenskap of etniese groep te kom nie. Respondente verwag wel dat die MIV-berader oor insig van hul kultuur, dit wil sê die Afrika-kultuur beskik. Laasgenoemde dui aan dat die berader as deel van opleiding in MIV-berading sekere aspekte van die kultuur behoort te bestudeer ten einde sekere oortuigings, waardes en houdings te verstaan en die kliënt dus met insig kan benader.
- Respondente stel ook die volgende belangrike verwagtinge wat aan die MIV-berader:
 - Goeie luisteraar
 - Moet beskik oor relevante inligting

- 'n Aangename of warm persoonlikheid
 - Vreesloosheid ten opsigte van fisiese kontak met die kliënt met MIV/Vigs
 - Konfidensialiteit ten opsigte van alle inligting
 - Hulpverlening tot onafhanklike funksionering
 - Aanspreek van probleme en behoeftes op 'n praktiese wyse.
- Ongeveer die helfte van die respondente wil oor die dood en sterfte praat wanneer hul baie siek, en dus sterwend is. Daar was egter 38% respondente wat voel dat hul eerder oor bogenoemde wil gesels terwyl hul nog gesond genoeg is om belangrike sake met gesinslede te bespreek. Aangesien respondente meer as een antwoord kon gee by hierdie vraag blyk dit dat die respondent se gesin ook van belang was en 18% respondente het verder genoem dat hul oor die dood en sterfte wil praat wanneer hul kan sien dat gesinslede rou ervaar. Die navorser is oortuig dat die MIV-berader sterwensbegeleiding behoort te inisieer wanneer die kliënt nog gesond genoeg is om belangrike sake af te handel. Daar moet byvoorbeeld gekyk word na verliese wat deur die kliënt, maar ook betekenisvolle ander ervaar sal word. Sterwensbegeleiding is dus tweeledig van aard wanneer dit kom by emosionele maar ook praktiese sake, en dit nie net die kliënt bystaan nie, maar ook betekenisvolle ander bystaan. Sterwensbegeleiding is volgens die navorser 'n intense proses waar dit in die berader se hande gelaat word om die kliënt by te staan om met waardigheid te sterf. Dit sou dan vir die berader nodig wees om kennis te dra van aspekte wat deur die persoon met MIV bespreek sou word tydens sterwensbegeleiding.
- Aspekte wat deur die meerderheid respondente as belangrik aangedui is vir bespreking tydens sterwensbegeleiding vereis die volgende van die MIV-berader:
- Kennis van die respondent se spesifieke godsdiens indien die respondent verkies om met die berader daaroor te gesels
 - Inligting aangaande lewensversekering, polisse en die opstel van 'n testament sodat die berader die respondent kan bystaan deur verwysing na 'n deskundige
 - Kennis van die Wet op Kindersorg ten einde die respondent te verseker dat wetlike prosedures gevolg sal word wanneer kinders in pleegsorg of 'n kindershuis geplaas word of aangeneem word, en hierdie prosedures op 'n verstaanbare en gerusstellende wyse aan die respondent oorgedra kan word

- Inligting aangaande begrafnisonderneming ten einde die respondent en haar gesin by te staan deur hulle te verwys na relevante dienste, en die respondent en haar gesin dus nie bekommernisse daaroor hoef te hê nie
- Terapeutiese opleiding ten einde vrese en onsekerhede wat by die respondent en haar gesin mag voorkom te help konfronteer.
- So te sê alle respondente(88%) het genoem dat hul sou verkies dat hul gesins- en familieledede berading ontvang na afsterwe van die respondent. Die MIV-berader behoort dus te bepaal watter gesinslede sou baat vind by berading na afsterwe van die respondent en waarom hierdie gesinslede berading sou benodig. Veral kinders en eggenote/maats blyk 'n behoefte te hê aan berading. Dit blyk dat berading aan betekenisvolle ander nie alleenlik sou verband hou met ondersteuning en die hantering van gevoelens wat by gesins- en familieledede mag voorkom na afsterwe van die respondent nie, maar dat respondente ook 'n behoefte ervaar dat die rede vir hul sterfte aan oningeligte betekenisvolle ander bekend gemaak moet word. Respondente voel ook dat die erns van MIV aan oorblywende gesins- en familieledede oorgedra moet word ten einde te voorkom dat hierdie persone ook MIV opdoen. Die MIV-berader kan dus verwag om soms in 'n situasie gelaat te word waar gesins- en familieledede nooit ingelig is van die respondent se serostatus nie, as gevolg van 'n tekort aan tyd of omdat die geïnfekteerde persoon nie haar status wou bekend maak nie. Hierdie is nie 'n ideale situasie nie, maar mag wel voorkom.
- Laastens sal die MIV-berader na aanleiding van werkslading soms die besluit moet neem om sekere gesins- en familieledede na afsterwe van die kliënt te verwys na ander soortgelyke dienste waar nie-geïnfekteerde oorblywende betekenisvolle ander hulpverlening kan ontvang.

7.5 Aanbevelings

Waar MIV-berading deur 'n opgeleide MIV-berader groot voordele kan inhou vir talle persone en gesinne wat deur MIV/Vigs geïnfekteer word, sou kennis en insig aangaande verbandhoudende probleme en behoeftes belangrik wees. Waar daar na die maatskaplike

werker en ander professionele persone en vrywilligers gekyk word as potensiële MIV-beraders word die volgende aanbevelings gemaak.

7.5.1 Aanbevelings vanuit die empiriese studie

Afrika-vroue met MIV/Vigs en hul gesinne leef dikwels in armoede en kan selde ander gepaardgaande psigososiale-, emosionele- en mediese probleme aanspreek waar hulpbronne beperk of onderbenut is. Selfs waar hulpbronne wel beskikbaar is vir hierdie vroue en hul gesinne laat kulturele oortuigings en waardes baie Afrikane met 'n negatiewe houding teenoor MIV/Vigs en veral die Afrika-vroue met MIV/Vigs. Dit blyk dat slegs insig van hierdie spesifieke probleme die ontwikkeling van moontlike dienste vir hulpverlening sal meebring. Daar behoort dus gelet te word op watter probleme en behoeftes bogenoemde persone ervaar en watter van hierdie behoeftes nie deur bestaande dienste aangespreek word nie. Deur identifisering van laasgenoemde sou dit moontlik wees om nuwe dienste te help skep en sodoende die bestaande leemtes in dienslewering of hulpverlening te vul. Daar kan ook bepaal word of dienste wel in gemeenskappe beskikbaar is, maar as gevolg van die onsigbaarheid daarvan nie benut word nie.

7.5.2 Aanbevelings vir die maatskaplikewerkprofessie

Die empiriese studie het getoon dat maatskaplikewerk organisasies geensins sigbaar is in gemeenskappe wat deur MIV/Vigs geaffekteer word nie. Laasgenoemde impliseer dat moontlike dienste wat aan hierdie gemeenskappe gelewer kan word, onderbenut is. Dit blyk dus nodig te wees dat maatskaplike werkers wat in die ideale posisie staan om op te tree as MIV-beraders na aanleiding van hul opleiding, nodig het om die dienste wat hul kan lewer bekend te stel in hierdie gemeenskappe. Maatskaplikewerk organisasies en ander welsynsdienste behoort dus projekte te loods ten einde gemeenskappe in te lig van hul bestaan en die tipe dienste wat hul lewer. Waar die Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (1997:90) dan noem dat maatskaplike werkers onderbenut is in die veld van MIV/Vigs, mag bogenoemde bekendstelling van hierdie dienste, maatskaplikewerk organisasies moontlik toelaat om 'n groter rol te speel in die aanspreek van die MIV/Vigs-kwessie in Suid-Afrika.

7.5.3 Aanbevelings vir die opleiding van MIV-beraders

In hierdie studie is dit beklemtoon dat daar nie in Suid-Afrika 'n multi-professionele span vir elke MIV-geïnfekteerde gesin beskikbaar is nie. Laasgenoemde hou nie alleen verband met getalle nie, maar ook met persone wat baie vêr van hospitale mag woon, veral in plattelandse gebiede. Deur lede uit die geïnfekteerde gemeenskappe te identifiseer en op te lei, kan bogenoemde probleme baie effektief aangespreek word. Daar behoort dus gelet te word op die ontwikkeling van programme vir die opleiding van vrywilligers as leke beraders in hierdie gemeenskappe.

Wat ander professionele persone wat daaglik in kontak kom met persone met MIV/Vigs aanbetref, blyk dit dat soorgelyke programme as bogenoem ook vir hierdie persone ontwikkel kan word. Hierdie studie het getoon dat veral mediese dokters op 'n daaglikse basis kontak het met persone met MIV/Vigs, en indien insig en kennis aangaande geïnfekteerde persone se behoeftes en probleme bekom kan word, sou dienste vanaf mediese personeel met empatie en sensitiwiteit gelewer kon word, en verwysing na ander relevante dienste moontlik wees.

7.5.4 Aanbevelings vir verdere navorsing

Dit blyk dat sekere aspekte van die Afrika-kultuur sterk verband hou met Afrikane se benaderings tot MIV/Vigs. Daar kan veral gekyk word na aspekte soos die Afrika-vrou se minderheidstatus wat direk aanleiding gee tot onveilige seksuele verhoudings en onvoldoende skoolopleiding. Daar kan ook gelet word op hoe hierdie aspekte die Afrika-vrou in 'n situasie plaas waar sy selde in 'n posisie staan om self besluite te neem ten einde die verspreiding van MIV te voorkom, en dus haar eie veiligheid te verseker. Hierdie studie het getoon dat sekere aspekte van die Afrika-kultuur direk bydra tot die vinnige verspreiding van MIV in Suid-Afrika. Daar word dus aanbeveel dat verdere navorsing onderneem word ten einde te bepaal watter oortuigings, waardes of houdings onder Afrikane bydra tot die verpreiding van MIV. Daar behoort ook gelet te word op mites wat uit sekere kulturele oortuigings gespruit het en aanleiding gee tot onveilige of risiko gedrag.

7.6 Slotopmerking

Alle MIV-geïnfekteerde persone asook geaffekteerde betekenisvolle ander en hulpverleners, hoop dat daar binne-kort 'n moontlike genesing vir MIV/Vigs ontwikkel sal word. Laasgenoemde sou beteken dat miljoene persone oor die wêreld nie sou sterf en kinders wees laat en selfs die voortbestaan van gesinne in gevaar gestel word nie. Indien daar 'n genesing vir MIV/Vigs ontwikkel word sou navorsing in die geesteswetenskappe tot op hede, moontlik beskou word as irrelevant vir 'n MIV-vrye toekoms, maar tot op hede is daar nog geen genesing nie en bestaan daar miljoene gesinne wat daaglik in pyn, hartseer en armoede leef as gevolg van MIV/Vigs. Waar daar dus behoeftes en probleme bestaan as gevolg van MIV/Vigs kan die belang van navorsing en die ontwikkeling van programme om hierdie gesinne by te staan, nie uit die oog verloor word nie. Dit is die taak van elke persoon wat in kontak kom met MIV-geïnfekteerde en geaffekteerde persone, om hierdie pyn en hartseer raak te sien en te poog om behoeftes en probleme tot die beste van hul vermoëns aan te spreek. Laasgenoemde sou ook nie slegs verband hou met die onderneming van navorsing en die ontwikkeling van programme nie, maar ook om hierdie persone nie verder te stigmatiseer en te verwerp nie, maar eerder te poog om te verstaan hoe dit sou voel om self in hulle skoene te staan, of moontlik 'n geliefde aan die dood te moet afstaan as gevolg van MIV/Vigs.

Bronnelys

- Aggleton, P. & Hamans, H. 1988. *Social Aspects of Aids*. London: The Falmer Press.
- Aids Thinking Needs to be Expanded. 2001. *Pretoria News*, 27 Junie:4.
- Alonzo, A. A. & Reynolds, N. R. 1995. Stigma, HIV and Aids. *Social Science and Medicine*, 41(3), March:304-313.
- Altenroxel, L. 2000. Survey Finds that One in Ten in Country is HIV-positive. *Pretoria News*, 19 April:3.
- Anderson, C. & Wilkie, P. 1992. *Reflective Helping in HIV and Aids*. Philadelphia: Open University Press.
- Aronson, S. 1995. A Group Experience for Adolescents of Parent with Aids. *International Journal of Group Psychotherapy*, 45(2), Winter:223-233.
- Bailey, K. D. 1994. *Methods of Social Research*. Canada: Maxwell Macmillan International.
- Beckerman, N. L. 1994. Psychosocial Tasks Facing Parents Whose Adult Child has Aids. *Family Therapy*, 21(3), 209-216.
- Beer, C.; Rose, A. & Tout, K. 1988. *The Global Impact of Aids*. New York: Alan R. Liss Inc.
- Bisset, K. & Gray, J. 1992. *Working with Women and Aids: Medical, Social and Counselling Issues*. London: Tavostock/Routledge.

- Blamey, L. 1997. HIV and Women's Reproductive Autonomy: The Need for Action. *Positive Outlook*, 4(3), Spring:20-21.
- Blechner, M. J. 1993. Psychoanalysis and HIV Disease. *Contemporary Psychoanalysis*, 29(1), January: 61-79.
- Bloom, M. 1986. *The Experience of Research*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Bochow, M. 2000. The Response of Gay German Men to HIV. In Rosenbrock, R. & Wright, M. T. (Eds.) *Partnership and Pragmatism*. Routledge:Germany.
- Bor, R.; Miller, R. & Goldman, E. 1992. *Theory and Practice of HIV Counselling- A Systemic Approach*. London: Villiers House.
- Boulogne, G. 1995. Aids: a Social Science Perspective with Reference to Anthropology. *South African Journal of Sociology*, 26(2), March: 39-44.
- Burnard, P. 1992. *Perceptions of Aids Counselling*. Newcastle: Athenaeum Press.
- Boys Equally Subject to Sexual Abuse. 2002. *Pretoria News*, 14 Maart:3.
- Caldwell, J. C. 1995. Understanding the Aids Epidemic and Reacting Sensibly To It. *Social Science and Medicine*, 41(3), 299-302.
- Cameron, M. E. 1993. *Living with Aids*. VSA: SAGE Publications.
- Cartledge, J. D. 2000. Simplification: Is it Sufficient. *HIV Medicine*, 1(1), June: 3-6.

Campbell, C. A. 1995. Male Gender Roles and Sexuality: Implications for Women's Aids Risk and Prevention. *Social Science and Medicine*, 41(2), Februarie:197-210.

Child Rape and Aids. 2001. *Pretoria News*, 11 Junie:5.

Chrissopoulos, L. 1997. *Die Verhoudingswêreld van die HIV-geïnfekteerde Persoon*. Ongepubliseerde M.A.-verhandeling. Pretoria: Universiteit van Pretoria.

Clarke, L. 2001. Village of Hope United Against Aids. *Pretoria News*, 13 Augustus:4.

Commerford, M. C.; Gular, E.; Orr, D. A.; Reznikoff, M & O'Dowd, M. A. 1994. Coping and Psychological Distress in Women with HIV/Aids. *Journal of Community Psychology*, 22(7), July:224-229.

Cotton, D. & Watts, D.H. 1997. *The Medical Management of Aids in Women*. New York: Wiley-Liss.

Coulson, N.; Goldstein, S. & Ntuli, A. 1998. *Promoting Health in South Africa: An Action Manual*. Cape Town: The Free Press.

Dane, B. O. & Levine, C. 1994. *Aids and the New Orphans*. London: Auburn House.

De Kock, E. 1999. Never a Better Time Than Now for Aids Cover. *Personal Finance*, 5 June: 1

De Lange, J. 1999. Cosatu se Leierskorps Laat Hul Toets vir Vigs. *Beeld*, 12 Mei:1.

De Lange, L. 1999. Nuwe Vigsmiddel nou in SA getoets. *Beeld*, 21 Julie:4.

De Lange, L. 2000. Statistieke wys HIV/Vigs Plat af. *Beeld*, 19 April: 4.

Dennill, K.; King, L. & Swanepoel, T. 1999. *Aspects of Primary Health Care*. Cape Town: Oxford University Press.

De Vos, A. S. (Red.) 1998. *Research at Grass Roots*. Pretoria: J. L. van Schaik Publishers.

De Vos, A. S. & Fouché, C. B. 1998. General Introduction to Research Design, Data Collection Methods and Data Analysis. In De Vos, A. S. (Red.) *Research at Grass Roots*. Pretoria: J. L. van Schaik Publishers.

De Vos, A. S.; Schurink, E. M. & Strydom, H. 1998. The Nature of Research in the Caring Professions. In De Vos, A. S. (Red.) *Research at Grass Roots*. Pretoria: J. L. van Schaik Publishers.

Doctors for Life. 1999. *Home Based Care Programme*. SA: Creda Press.

Dorn, N.; Henderson, S. & South, N. 1992. *Aids: Women, Drugs and Social Care*. London: The Falmer Press.

Evian, C. (1998). Policy in Progress. *Health Systems Trust*, 30, 1-12. Retrieved February 19, 1999 from the World Wide Web: http://www.healthlink.org.za/hst/update/upd30_3.html.

Evian, C. 1996. *Primary Aids Care*. Houghton: Jacana.

Fan, H.; Conner, R. F. & Villarreal, L. P. 1996. *Aids Science and Society*. London: Jones and Barlett Publishers.

Folkman, S.; Chesney, M. A.; Cooke, M.; Boccelari, A. & Collette, L. 1994. Caregiver Burden in HIV-Positive and HIV-Negative Parents of Men with Aids. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 746-756.

Fouché, C. B. 1998. Data Collection Methods. In De Vos, A. S. (Red.) *Research at Grass Roots*. Pretoria: J. L. van Schaik Publishers.

Fouché, C. B. & De Vos, A. S. 1998. Problem Formulation. In De Vos, A. S. (Red.) *Research at Grass Roots*. Pretoria: J. L. van Schaik Publishers.

Francis, L. 2000. *HIV/Aids and Nutrition*. Twee Dag Werkswinkel. 16-17 Oktober, Pretoria.

Friedman-Kien, A. E. & Cockerell, C. J. 1996. *Colour Atlas of Aids*. VSA: W. B. Saunders Company.

Gaitley, R. 1989. *HIV and Aids: A Social Network Approach*. London: Kinsley.

Generic Aids Drugs Licence. 2001. *Pretoria News*, 20 Julie:3.

Gómez, C. A. & Marín, B. V. 1996. Gender, Culture and Power: Barriers to HIV-Prevention Strategies for Women. *The Journal of Sex Research*, 33(4), April:355-362.

Govender, P. 2001. Unwanted Aids Babies Need Carers. *Pretoria News*, 17 Augustus:6.

Granelli, M. 2002. State's New Sign of a Re-thinking on Aids Drugs. *Pretoria News*, 13 Februarie:2.

Green, J. 2002. Two-month Old Baby Raped. *Pretoria News*, 6 Maart:2.

Green, S. K. & Bobele, M. 1994. Family Therapists' Response to Aids: An Examination of Attitudes, Knowledge and Contact. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20(4), 349-367.

Greif, G. L. & Porembski, E. 1988. Aids and Significant Others. *Health and Social Work*, 24(9), Fall: 259-264.

Hawthorne, P. 2001. Nkosi's Last Fight. *Time*, 5 Februarie:21.

Hitchens, N. 1992. *Voices that Care*. Los Angeles: Lowell House.

HIV Emerging Diversity. 2000. New Strains Challenge Standard of Care. Julie, Durban.

Hoffman, M. A. 1996. *Couselling Clients with HIV Disease*. New York: Guilford Press.

Hollander, H. & Katz, M. H. *Current Medical Diagnoses and Treatment*. New Jersey: Appleton & Lange.

Jubasi, M. 2002. Aids Drugs could be Banned. *Sunday Times*, 4 Augustus: 1.

Kübler-Ross. E. 1981. *On Death and Dying*. Great Britain: Tavistock Publications.

Lamond, N. 1996. Women in the Aids Epidemic. *Positive Outlook*, 3(4), Spring:18-21.

Lesar, S.; Gerber, M. M.; & Semmel, M. I. 1995. HIV Infection in Children: Family Stress, Social Support and Adaptation. *Exceptional Children*, 62(3), 224-236.

Lombard, A. 1993. Assessering van Behoeftes in Gemeenskappe. *Welfare Focus*, 38(1), 12-17.

Macklin, E. D. 1989. *Aids and Families*. New York: The Haworth Press.

Maphatane, M. & Molosankwe, S. 1997. Social Workers' Knowledge, Attitudes, Beliefs and Behavioural Practices with Regard to HIV Infection, Aids and Related Issues. *Welfare Research Bulletin*, 1(1), November:16-23.

Marcenko, M. O. & Samost, L. 1999. Living with HIV/Aids: The Voices of HIV-positive Mothers. *Social Work*, 44(1), January:36-45.

Medical Advocates for Social Justice. (2002). *Rapid HIV Testing*, 1-20. Retrieved September 5, 2002 from the World Wide Web: <http://www.medadvocates.org/diagnostics/RapidHIVTest/MainPage.html>.

Moorhouse, K. 1995. *Die Effek van die Stadiëringsfase op die Ginekologiese Kankerpatiënt en Haar Gesin*. Ongepubliseerde M.A.-verhandeling. Pretoria: Universiteit van Pretoria.

Mwase, C. 2000. *Schooling cannot be Sacrificed*. Children First, 1(6), Junie:23-25.

Oxford Mediese Woordeboek. 1993. 1st Ed. Kaapstad: CTP Boekdrukkers.

Pienaar, A. 2002. Nevirapien Gegee Wanneer Hospitale Hul Voorraad Kry, *Beeld*, 13 Maart:4.

Pretorius, R. & Theron, A. 1996. *Metodologie*. KRM 310. Pretoria: Universiteit van Pretoria.

Rosenbrock, R & Wright, M. T. 2000. *Partnership and Pragmatism*. London: Routledge.

- SA Population Growth Rate Set to Fall by 71%. 2000. *Pretoria News*, 17 Januarie:3.
- Schaefer, R. T. 1989. *Sociology*. VSA: McGraw-Hill Inc.
- Schurink, E. M. 1998. The Methodology of Unstructured Face-to-Face Interviewing. In De Vos, A. S. (Red.) *Research at Grass Roots*. Pretoria: J. L. van Schaik Publishers.
- Seepe, J. 2002. Mokaba: Aids Drugs Promote Genocide. *City Press*, 24 Maart:9.
- Semple, S. J. S.; Patterson, T. L.; Temoshok, L. R.; McCutchan, J. A.; Straits-Tröster, K. A.; Chandler, J. L. & Grant, I. 1993. Identification of Psychological Stressors Among HIV-positive Women. *Women and Health*, 20(4), April:15-35.
- Shayne, V. T. & Kaplan, B. J. 1991. Double Victims: Poor Women and Aids. *Women & Health*, 17(1), January:21-33.
- Sims, R. & Moss, V. A. 1995. *Palliative Care for People with Aids*. London: Edward Arnold.
- Slotten, R. A. 1995. Aids in Namibia. *Social Science and Medicine*, 41(2), February:277-284.
- Smart, R. 1997. Caring and Government's HIV/Aids Programme. *Positive Outlook*, 4(2), Winter:10-11.
- South Africa (Republic). 2000. Departement vir Nasionale Gesondheid. *TB in South Africa: The People's Plague*. Pretoria: Staatsdrukkers.
- South Africa (Republic). 1997. *White Paper for Social Welfare*. Pretoria: Staatsdrukkers.

South Africa (Republic). 1997. White Paper for the Transformation of the Health System in South Africa. Pretoria: Staatsdrukkers.

Strydom, H. 1998. The Pilot Study. In De Vos, A. S. (Red.) **Research at Grass Roots**. Pretoria: J. L. van Schaik Publishers.

Strydom, H. & De Vos, A. S. 1998. Sampling and Sampling Methods. In De Vos, A. S. (Red.) **Research at Grass Roots**. Pretoria: J. L. van Schaik Publishers.

Strydom, H. & Venter, L. 2002. Sampling and Sampling Methods. In De Vos, A. S. (Red.) **Research at Grass Roots**. Pretoria: J. L. van Schaik Publishers.

Swanepoel, T. 2001. Staat Oneties, Nalatig. **Beeld**, 25 Oktober: 4.

TAC Set to Take State to Court over Aids Drugs. 2001. **Pretoria News**, 27 Junie:4.

Taitz, L. 2001. Aids Now SA's Top Killer- Report. **Sunday Times**, 16 September:15.

Tallis, V. 1997. Issues Regarding Women, HIV/Aids and Pregnancy. **Positive Outlook**, 4(3), Spring:4-5.

Temmerman, M. & Marres, D. 1995. Sosiale en Kulturele Struikelblokke in die Voorkoming van Vigs in Ontwikkelende Lande. **Sociale Wetenskappen**, 40(1), January:61-70.

The Terrible Toll of Aids. 1999. **Pretoria News**, 12 Mei: 1.

Thomas, P. S. & Lipman, M. 1997. **Visual Diagnoses: HIV Medicine**. London: Merit Publishing.

Trengove-Jones, T. 2002. SA Needs Clarity on Aids Plan. **Sowetan**, 26 Maart:18.

Ulin, P. R. 1992. African Women and Aids: Negotiating Behavioral Change. *Social Science and Medicine*, 43(1), January:63-73.

United Nations Programme on HIV/AIDS. 1997. *Counselling and HIV/Aids*. Geneva: UNAIDS.

United Nations Programme on HIV/AIDS. 2000. *Counselling and Voluntary HIV Testing for Pregnant Women in High HIV Prevalence Countries*. Geneva: UNAIDS.

United Nations Programme on HIV/AIDS. 2000. *Men and Aids- A Gendered Approach*. Geneva: UNAIDS.

United Nations Programme on HIV/AIDS. 1999. *Talking about Aids: a Guide for Everybody*. Geneva: UNAIDS.

United Nations Programme on HIV/AIDS. 1999. *Trends in HIV Incidence and Prevalence*. Geneva: UNAIDS.

Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk, 1997. *Tweetalige Afrikaanse Woordeboek vir Maatskaplike Werk*. Pretoria: Staatsdrukkers.

Van Dyk. A. 2001. *HIV/Aids Care and Counselling: A Multidisciplinary Approach*. 2nd Ed. South Africa: Pearson Education.

Vanmali, R. 1997. The State of HIV in KwaZulu-Natal. *Positive Outlook*, 4(2), Winter:16-17.

Van Niekerk, A. 1991. *Aids in Context: A South African Perspective*. Cape Town: National Book Printers.

Van Niekerk, A. 2000. Vigs: Ons Uitdaging. *Beeld*, 15 Julie:10.

Van Rooyen, I. J. J & Combrink, M. J. 1990. *Gevallewerk 'n Integreerende Benadering*. Pretoria: J. L. van Schaik Bpk.

Village of Hope United Against Aids. 2001. *Pretoria News*, 13 Augustus:4.

Whiteside, A. & Sunter, C. 2000. *Aids- The Challenge for South Africa*. Cape Town: Human & Rousseau.

Williams, A. O. 2000. *Aids: An African Perspective*. Florida: CRC Press.

Wilton, T. 1997. *Engendering Aids: Deconstructing Sex, Text and Epidemic*. London: SAGE Publications Ltd.

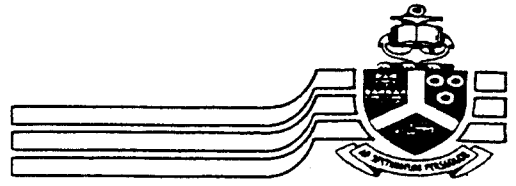
Wishon, P. M. 1988. Children and Youth with Aids. *Early Child Development and Care*, 39(1), 123-137.

Wolf, R. C.; Tawfik, L. A. & Bond, K. C. 2000. Peer Promotion Programs and Social Networks in Ghana. *Journal of Health Communication*, 5(4), 61-80.

Women, Children and Aids. 1995. *Population Today*, 23(4), April:3-4. (Author Unknown).

World Health Organisation. 1994. *Guidelines for Counselling about HIV Infection and Disease*. Geneva: World Health Organisation.

BYLAAG 1
BRIEWE VAN TOESTEMMING VIR DIE ONDERNEMING
VAN NAVORSING



University of Pretoria

Faculty of Health Sciences Research Ethics Committee
University of Pretoria

Tel (012) 339 3612

Fax (012) 339 3587

E Mail dbehari@med.up.ac.za

Soutpansberg Road Private Bag x 385

MRC-Building Pretoria

Level 2 0001

Room 19

Date: 25/03/2002

Number : S 72/2002
 Title : African Women and HIV/Aids: A Social Work Perspective
 Investigator : Petra Austin, Kalafong Hospital; Pretoria.
 Sponsor : None

This Student Protocol and Informed Consent have been considered by the Faculty of Health Sciences Research Ethics Committee, University of Pretoria on 19/03/2002 and found to be acceptable.

Prof P. Carstens	BLC LLB LLD (Pret) Faculty of Law
Dr J.E. Dafei	(female) MBChB; Hospital Superintendent
Prof A.P. du Toit	BA; DipTheo; BA (Hons); MA; DPhil: Philosopher
Prof S.V. Grey	(female) BSc (Hons); MSc; DSc: Deputy Dean
Dr V.O.L. Karusseit	MBChB; MFGP (SA); M.Med (Chir); FCS (SA): Surgeon
Dr S. Khan	(female) MB.ChB.; Med. Adviser (Gauteng Dept.of Health)
Prof M. Kruger	(female) MB.ChB.(Pret); Mmed.Paed.(Pret); PhD. (Leuven)
Miss B. Mullins	(female) BscHons; Teachers Diploma;
Snr Sr J. Phatoli	(female) BCur (EtAl) Senior Nursing-Sister
Prof H.W. Pretorius	MBChB; M.Med (Psych) MD: Psychiatrist
Prof P. Rheeder	MBChB; M.Med (Int); LKI (SA); MSc (CLIN.EPI): Specialist Physician
Dr C.F. Slabber	BSc (Med)MB BCh, FCP (SA) Acting Head; Dept Medical Oncology
Prof J.R. Snyman	MBChB, M.Pharm.Med: MD: Pharmacologist
Prof De K. Sommers	BCbB; HDD; MBChB; MD: Pharmacologist
Dr R. Sommers	(female) MBChB; M.Med (Int); MPhar.Med;
Dr T.J.P. Swart	BCbD, MSc (Odont), MChD (Oral Path) Senior Specialist; Oral Pathology

Student Ethics Sub-Committee

Mrs E Ahrens	(female) B.Cur;
Prof S. Meij	(female) BSc(Hons); MSc
Prof P. Rheeder	MBChB; M.Med(Int); LKI(SA); MSc (CLIN.EPI): Specialist Physician
Dr R. Sommers	SECRETARIAT (female) MBChB; M.Med (Int); MPharMed;
Dr C van der Westhuizen	(female) D.Cur; M.Ed.
Mrs N. Lizamore	(female) BSc(stell), BSc (Hons) (Pret), MSc (Pret) Dept. Anatomy

PROF J.R. SNYMAN
 MBChB, M.Pharm.Med, MD, Pharmacologist
 CHAIRPERSON of the Faculty of Health Sciences Research
 Main Ethics Committee - University of Pretoria

PROF P. RHEEDER
 MBChB; M.Med (Int); LKI (SA); MSc (CLIN.EPI): Specialist Physician
 CHAIRPERSON of the Faculty of Health Sciences Research
 Students Ethics Committee – University of Pretoria

Aan: Prof DJ Prinsloo
Afskrif aan: Dr CL Carbonatto

Fakulteit: Geesteswetenskappe
Datum: 19 Oktober 2001

AUSTIN, P (9421343)

Die titel *African women and HIV/AIDS: a social work perspective* is 25/9/2001 goedgekeur.
Die student het dit onder my aandag gebring dat dit egter 'n Afrikaanse verhandeling is en die
titelregistrasie word dus dienooreenkomstig aangepas.

Aangeheg faks ter bevestiging.

Vir u kennisname



Petru Woest

GW Admin – K 6-13

420 2736

BYLAAG 2
VORM VIR INGELIGTE TOESTEMMING

African Women and HIV/Aids: a Social Work Perspective

You are invited to volunteer for a research study. This information leaflet is to help you to decide if you would like to participate. Before you agree to take part in this study you should fully understand what is involved. If you have any questions, which are not fully explained in this leaflet, do not hesitate to ask the investigator. You should not agree to take part unless you are completely happy about all the procedures involved. In the best interests of your health, it is strongly recommended that you discuss with or inform your personal doctor of your possible participation in this study, wherever possible.

PURPOSE OF THIS STUDY

The investigator would like you to consider taking part in research on the psycho-social effects of HIV/Aids on African women and their families. There will be a questionnaire to complete by answering a few questions asked by the researcher.

DURATION OF THIS STUDY

If you decide to take part you will be one of approximately 50 patients. The study will last for up to 7 weeks, but you will be asked to visit the investigator only once for an 1 hour session to complete the questionnaire.

ETHICAL APPROVAL

This trial Protocol was submitted to the Research Ethics Committee and written approval has been granted by that committee. The study has been structured in accordance with the Declaration of Helsinki (last update: October 2000), which deals with the recommendations guiding doctors in biomedical research involving human/subjects. A copy of which may be obtained from the investigator should you wish to review it.

RIGHTS AS A PARTICIPANT IN THIS STUDY

Your participation in this trial is entirely voluntary and you can refuse to participate or stop at any time without stating any reason. Your withdrawal will not affect your access to other medical care. The investigator retains the right to withdraw you from the study if it is considered to be in your best interest. If it is detected that you did not give an accurate history or did not follow the guidelines of the trial and the regulations of the trial facility, you may be withdrawn from the trial at any time.

DISCOMFORT OR INCONVENIENCE AS RESULT OF PROCEDURES

The procedures will not involve any discomforts or inconvenience. If you feel tired or stressed, you may take as many breaks as needed during the session. The researcher is also willing to reschedule the session if you feel that it is necessary.

RISKS INVOLVED IN THIS STUDY

There are no known medical or psychological risks associated with this project.

WARNINGS OR RESTRICTIONS CONCERNING PARTICIPATION IN THIS STUDY

Subjects will not be selected for this study if under 18 years of age, mentally incompetent or legally incompetent. There are no other restrictions concerning your participation in this study. The researcher will ask you to complete a questionnaire by answering a few questions as truthfully and thoroughly as possible.

INSURANCE AND FINANCIAL ARRANGEMENTS

There will be no financial compensation for participating in this project and the researcher will organise the procedures in such a way that you will have no financial expenses of any sort.

ADDITIONAL INFORMATION

For the duration of the study you will be assisted by Petra Austin. If you have any questions at any time during the study, please do not hesitate to contact her. The telephone number is (012) 329 4763, through which you can reach her or another authorised person.

CONFIDENTIALITY

All information obtained during the course of this study is strictly confidential. Only the principal investigator and her supervisor will have access to data obtained during this study. The results of the study will be published as a Masters Dissertation by the University of Pretoria and may be published as an article by an accredited journal, but your records or identity will not be revealed unless required by law.

INFORMED CONSENT

I hereby confirm that I have been informed by the investigator, Petra Austin about the nature, conduct, benefits and risks of the study. I have also received, read and understood the above written information (Patient Information Leaflet and Informed Consent) regarding the study. I am aware that the results of the trial, including personal details regarding my sex, age, date of birth, initials and diagnosis will be anonymously processed into a trial report. I may, at any stage, without prejudice, withdraw my consent and participation in the trial. I have had sufficient opportunity to ask questions and (of my own free will) declare myself prepared to participate in the trial.

Patient's name _____ (Please print)
Patient's signature _____ Date _____
Investigator's name _____ (Please print)
Investigator's signature _____ Date _____

I, Petra Austin herewith confirm that the above patient has been informed fully about the nature, conduct and risks of the above trial.

Witness's name _____ (Please print)
Witness's signature _____ Date _____

BYLAAG 3
VRAELYS

P. Austin

Research Questionnaire

MA (Social Work)

Questionnaire number: _____

Questionnaire

Answer all questions by making a cross (x) at the appropriate answer, or more than one cross (x) at all relevant answers, or by giving a short and concise answer when specified.

Section 1- Biographic Particulars

1.1 Describe only the family members living in the **same house as the respondent** by starting with the particulars of the respondent.

Age	Gender		Position in family	Level of education	Job at the moment	
Respondent						
	M1	F2				01-08
Family Members						
	M1	F2				09-16
	M1	F2				17-24
	M1	F2				25-32
	M1	F2				33-40
	M1	F2				41-48
	M1	F2				49-56
	M1	F2				57-64
	M1	F2				65-72
	M1	F2				73-80
	M1	F2				81-88

1.2 What language do you speak at home?

1.3 What is your sexual orientation?

Heterosexual	1	Homosexual	3	90
Bisexual	2	Other (Specify)		

1.4 What is your marital status/relationship status at the moment?

Married by law	1	91-92
Married through lobola	2	
Not married/no relationship	3	
Not married/permanent relationship	4	
Not married/multiple relationships	5	
Divorced/no relationship	6	
Divorced/permanent relationship	7	
Divorced/multiple relationships	8	
Separated	9	
Living together	10	
Widowed/no relationship	11	
Widowed/permanent relationship	12	
Widowed/multiple relationships	13	
Other (Specify)		

1.5 Who is the head of the household? _____ 93

Section 2- Housing and Financial Data

2.1 Is your house:

Owned	1	94
Rented	2	
Shelter/Home for people living with HIV/Aids	3	

2.1.1 If the household owns the house, to which household member does the house belong? _____ 95

2.1.2 If the household rents the house, who pays the rent? _____ 96

2.2 What type of material mainly serves as building material for the house?

Bricks	1	Grass	6	97
Plastic	2	Mud	7	
Zink sheets	3	Prefabricated	8	
Asbestos	4	Other (Specify)		
Wood	5			

2.3 Specify the following:

How many rooms in the house		98
How many bedrooms in the house		99

2.4 Please mark only the applicable where available to your household:

Water from tap in the house	1	100
Water from tap in yard	2	
Water from community tap	3	
Water from river/dam/other	4	
Electricity	1	101
Separate kitchen and stove	1	102
Refrigerator	1	103
Bath in bathroom	1	104
Moveable plastic or metal bath	2	
Basin	3	
Shower	4	
Flush toilet indoors	1	105
Flush toilet outdoors	2	
Pit toilet outdoors	3	
Chemical toilet outdoors	4	
Communal toilets	5	
Place for everyone to sleep	1	106
Waste disposal system	1	107
Car	1	108
Telephone	1	109
Cellphone	2	110
Television	1	111

Radio	2	
Mailing address	1	112

2.5 How much money is available to the family on a monthly basis?

R0-R200	1	R2501-3000	6	113-114
R201-500	2	R3001-5000	7	
R501-1000	3	R5001-8000	8	
R1001-1500	4	R8001-10 000	9	
R1501-2500	5	Other (Specify)		

2.6 What is your source of income?

Salary	1	115
Self-employed	2	
Pension	3	
Grant	4	
Family support	5	
Part-time salary	6	
Shelter/home pays for basic needs	7	
Other (Specify)		

2.6.1 If self-employed, specify how income is generated e.g. own stall or business.

116

2.6.2 If self-employed or receiving a salary, for how long do you think you will be able to keep on working before you get to ill?

Less than a year	1	117
Between 1-2 years	2	
Between 2-4 years	3	
Between 4-6 years	4	
More than 6 years	5	
Not sure	6	
Other (Specify)		

University of Pretoria etd – Austin, P (2006)
 2.7 What are the costs of the following monthly expenses?

	Less than R100	R101-200	R201-300	R301-400	R401-500	R501-600	R601-700	R701-1000	More than R1000	
*W/E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	118
Transport	1	2	3	4	5	6	7	8	9	119
Rent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	120
School fees	1	2	3	4	5	6	7	8	9	121
Food	1	2	3	4	5	6	7	8	9	122
Clothing	1	2	3	4	5	6	7	8	9	123
Medication	1	2	3	4	5	6	7	8	9	124

Please Specify Others Expenses:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	125-
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	126

*Water and electricity

2.8 Who or what will financially support your family when you have passed away?

127

Section 3- Disclosure

3.1 Does any of your family members know that you are HIV-positive?

Non of the family members	Yes 1	No 2	Suspects it but not sure 3	128
All the family members	Yes 1	No 2	Suspects it but not sure 3	129
Husband/partner	Yes 1	No 2	Suspects it but not sure 3	130
Mother	Yes 1	No 2	Suspects it but not sure 3	131
Father	Yes 1	No 2	Suspects it but not sure 3	132
Brother(s)	Yes 1	No 2	Suspects it but not sure 3	133
Sister(s)	Yes 1	No 2	Suspects it but not sure 3	134
Son	Yes 1	No 2	Suspects it but not sure 3	135
Daughter	Yes 1	No 2	Suspects it but not sure 3	136
Extended family members	Yes 1	No 2	Suspects it but not sure 3	137
Others (Specify)				138

3.2 What was the reaction of above-mentioned person(s) when you made your status known to them?

	Partner 139.1	Children 139.2	Family 139.3	Brother 139.4	Sister 139.5	Mother 139.6	Father 139.7	
Shock	1	1	1	1	1	1	1	
Anger	2	2	2	2	2	2	2	
Denial	3	3	3	3	3	3	3	
Horror	4	4	4	4	4	4	4	
Disbelief	5	5	5	5	5	5	5	
Acceptance	6	6	6	6	6	6	6	
Support	7	7	7	7	7	7	7	
Rejection	8	8	8	8	8	8	8	
Sadness	9	9	9	9	9	9	9	
Other (Specify)								140

3.3 How did your relationships with the above-mentioned person(s) change after you made your HIV-status known to them?

Relationship	Person
We have a stronger relationship	141
The relationship was damaged	142
The relationship was unchanged	143
We do not have a relationship anymore	144
Other (Specify)	145

3.4 Are any of your friends aware of your HIV-status?

Yes 1	No 2	146
--------------	-------------	------------

3.4.1 If Yes, how did your friends react?

I lost all of my friends	1	147
I lost some of my friends	2	
All of my friends are supporting me	3	
Other (Specify)		

3.5 Are any of your community members aware of your HIV-status?

Yes 1	No 2	148
--------------	-------------	------------

3.5.1 If Yes, how are you treated by the above-mentioned community members?

I am accepted	1	149
I was rejected	2	
The community supports me	3	
The community avoids me	4	
Other (Specify)		

3.6 In what order did disclosure take place in your personal environment? Start by numbering the first person who was informed of your HIV-status as 1, the second person as 2 etc.

Partner/Spouse		150
Children		151
Close friends		152
Extended family		153
Immediate community		154
Workplace/Colleagues		155
Public		156
Other (Specify)		157

3.7 If you knew then what you know now, would you have told anyone that you are HIV-positive?

Yes 1	No 2	158
--------------	-------------	------------

3.7.1 If Yes, who would you have told and why?

159

3.7.2 If No, who would you not have told and why?

159.1

3.8 Who or what would you describe as your main support network?

Family members	1	160
Friends	2	
Neighbours	3	
The whole community	4	
The Church	5	
Welfare organisations/Hospices	6	
Others (Specify)		

Section 4- Sexual Relationship(s) and Pregnancy

4.1 The following statements refer to your sexual relationship(s) before you were informed of your HIV-status. Please mark Yes if applicable.

Did you use condoms during sexual intercourse?	Yes 1	No 2	161
Were you ever forced to have sex without protection?	Yes 1	No 2	162
Do you prefer sexual intercourse without the use of a condom?	Yes 1	No 2	163
Has your ever partner abused you when you asked him to use a condom?	Yes 1	No 2	164
Do you and your partner ever communicate about sex and your sexual relationship?	Yes 1	No 2	165
Do you think your partner had other sexual relationships in the past while he was still with you?	Yes 1	No 2	166
Do you think your partner is still having sex with others?	Yes 1	No 2	167
Did you have sex with multiple partners?	Yes 1	No 2	168
Did you know about HIV and that it is transmitted during sexual intercourse?	I did not know 1	I knew 2	169
Did you know about HIV but still had unprotected sex?	I did not know 1	I knew 2	170
Do you feel that condoms are freely available in my community?	Yes 1	No 2	171

4.2 How many sex partners did you have during the year before you were diagnosed as HIV-positive?

Non	1	172
Other amount		

4.3 Now that you are aware of your HIV-status, do you still have sex?

Yes 1	No 2	Sometimes 3	173
--------------	-------------	--------------------	------------

4.3.1 If Yes to question 4.3, how many sex partners do you have?

1 Partner	1	174
2 Partners	2	
3 or more Partners	3	

4.3.2 If Yes to question 4.3, do you practice safe sex by using a condom?

Yes 1	No 2	175
--------------	-------------	------------

4.3.3 If Yes to question 4.3, is your partner aware of your HIV-status?

Yes 1	No 2	176
--------------	-------------	------------

4.4 Why do you think African men prefer sexual intercourse without the use of a condom?

To have many children	Yes 1	No 2	177
For better sexual pleasure	Yes 1	No 2	178
African men are insulted by the use of condoms	Yes 1	No 2	179
Using a condom is not part of the African culture	Yes 1	No 2	180
African men believe that condoms are for white men	Yes 1	No 2	181
African men believe that HIV is not acquired so easily	Yes 1	No 2	182
African men do not trust women who want to use condoms	Yes 1	No 2	182.1
Other (Specify)			183

4.5 If you have children, please complete the following statements:

I planned all my pregnancies	Yes 1	No 2	184
I planned some of my pregnancies	Yes 1	No 2	185
I planned none of my pregnancies	Yes 1	No 2	186
I had no choice in getting pregnant	Yes 1	No 2	187

4.6 If you get pregnant and know that you are HIV-positive, will you consider having an abortion?

Yes 1	No 2	Already had an abortion 3	188
--------------	-------------	----------------------------------	------------

4.6.1 Please motivate your answer

189

4.7 If you have children, where will your children stay when you pass away?

There is nobody to look after my children when I pass away	1	190
My children will go to a children's home when I pass away	2	
My family will look after my children when I pass away	3	
The children's father(s) will look after my children when I pass away	4	
My neighbours will look after my children when I pass away	5	
My friends will look after my children when I pass away	6	
My children are old enough to look after themselves when I pass away	7	

Section 5- Medical Aspects

5.1 For what period of time have you known your diagnosis?

A few months	1	191
6 months to a year	2	
1-3 years ago	3	
3-6 years ago	4	
More than 6 years ago	5	
Unsure	6	
Other (Specify)	7	

5.2 How do you think you acquired HIV?

Unprotected sexual intercourse with an infected person	1	192
Contact with infected blood	2	
Was raped by HIV-positive person	3	

5.3 Prior to testing, what made you realise that you might be infected?

Had unprotected sex	1	193
Experienced early symptoms of HIV	2	
Husband/partner tested positive	3	
Husband/partner had other partners	4	
New born baby tested positive	5	
Rapist tested HIV-positive	6	
Had operation accompanied by blood tests	7	
Other (Specify)		

5.4 Who informed you of the results of your HIV-test?

Medical doctor/practitioner	1	194
Nurse	2	
Social worker	3	
HIV-counsellor	4	
Healthcare worker	5	
Other (Specify)		

5.5 How did you experience the person that informed you of the test result?

Neutral	1	195
Sympathetic	2	
Cold	3	
Sensitive	4	
Judgmental	5	
Supportive	6	
Unsupportive	7	
Other (Specify)		196

5.6 How would you describe your medical state at this stage?

Not ill	1	197
Ill but independent	2	
Bedridden	3	
Sometimes in bed, sometimes well	4	
Terminal/Dying	5	

5.7 Are there any other household members with HIV/Aids?

No	1	Brother(s)	6	198-199
All household members	2	Sister(s)	7	
Husband/partner	3	Son	8	
Mother	4	Daughter	9	
Father	5	Baby	10	

5.8 Please mark any of the following symptoms you have experienced during the last six months:

Swelling in the neck	Yes 1	No 2	200
Swelling in the groin	Yes 1	No 2	201
Night sweat	Yes 1	No 2	202
Fever	Yes 1	No 2	203
Diarrhoea	Yes 1	No 2	204
Loss of appetite	Yes 1	No 2	205
Weight loss	Yes 1	No 2	206
Coughing	Yes 1	No 2	207
Skin problems	Yes 1	No 2	208
Mouth ulcers	Yes 1	No 2	209
STD's	Yes 1	No 2	210
Lack of energy	Yes 1	No 2	211
Depression	Yes 1	No 2	212
Stress	Yes 1	No 2	213
Other (Specify)			214

5.9 Do you know what a CD4 count is?

Yes 1	No 2	215
--------------	-------------	------------

5.9.1 If Yes, do you know what your CD4 count is? _____ **216**

5.10 Where do you receive medical treatment?

At a Hospital	Yes 1	No 2	217
At a Clinic	Yes 1	No 2	218
From a Traditional Healer	Yes 1	No 2	219
From a private medical practitioner	Yes 1	No 2	220
Other (Specify)			221

5.11 How accessible are the hospitals/clinics in your community?

Easily accessible	1	Difficult to access	2	Not accessible	3	222
--------------------------	----------	----------------------------	----------	-----------------------	----------	------------

5.11.1 If difficult or not accessible, please specify reasons. _____

223

5.12 If medication is prescribed, who pays for it?

Household	1	224
Government	2	
Medical scheme	3	
Self	4	

5.12.1 If the answer is *self* please specify the amount you pay for medication prescribed every month. R _____ **225**

5.13 Please indicate if you receive treatment/help from any of the following persons.

Medical doctor		226
Nurse		227
Occupational therapist		228
Physiotherapist		229
Dietician		230
Psychologist		231
Pastoral counsellor		232
Social worker		233
Home carer		234

Section 6- Emotional and Psychosocial Issues

6.1 When your diagnosis was made known to you, what was your first reaction?

Sadness	Yes 1	No 2	235
Cried	Yes 1	No 2	236
Anger	Yes 1	No 2	237
Shock	Yes 1	No 2	238
Denial	Yes 1	No 2	239
Fear	Yes 1	No 2	240
Shame	Yes 1	No 2	241
Wanted to commit suicide	Yes 1	No 2	242
Other (Specify)			243

6.2 Do you currently experience any of the following emotions?

Anger	Yes 1	No 2	244
Sadness	Yes 1	No 2	245
Helplessness	Yes 1	No 2	246
Hopelessness	Yes 1	No 2	247
Fear	Yes 1	No 2	248
Shame	Yes 1	No 2	249
Guilt	Yes 1	No 2	250
Uncertainty	Yes 1	No 2	251
Isolation	Yes 1	No 2	252
Rejection	Yes 1	No 2	253
Loneliness	Yes 1	No 2	254
Other (Specify)			255

6.3 Please mark all applicable answers:

My life is meaningful	Yes 1	No 2	256
I am scared to die	Yes 1	No 2	257
I am in control of my life	Yes 1	No 2	258
I have no control over my life	Yes 1	No 2	259
I am ready to die	Yes 1	No 2	260
I am still thinking about suicide	Yes 1	No 2	261
Other (Specify)			262

6.4 How do you perceive your future?

I am hopeful	Yes 1	No 2	263
I fear the future	Yes 1	No 2	264
I do not think about the future	Yes 1	No 2	265
I have no hope for the future	Yes 1	No 2	266
I will enjoy all the time that is left	Yes 1	No 2	267
Other (Specify)			268

6.5 Do you handle your illness in any of the following ways?

By not thinking about the illness	Yes 1	No 2	269
By not talking about the illness	Yes 1	No 2	270
By blaming yourself	Yes 1	No 2	271
By wishing the illness away	Yes 1	No 2	272
By not taking responsibility for the illness	Yes 1	No 2	273
By crying all the time	Yes 1	No 2	274
By being angry all the time	Yes 1	No 2	275
By seeing the illness as an opportunity to still grow	Yes 1	No 2	276
By trying to infect others	Yes 1	No 2	277

6.6 How do you feel about your body? Please mark all applicable answers.

I think my body looks healthy	1	278
It feels as if this body is not mine	2	
I still feel confident enough about my body to go out into the community and see my friends	3	
I do not want the community or my friends to see me the way I look now	4	
I do not care what other people think when they see my body	5	
Only my family still sees me	6	
HIV has changed my body in such a way that I do not even want my family to see me anymore	7	
Other (Specify)		279

6.7 How do you feel about death?

I do not think about death	Yes 1	No 2	280
I fear death	Yes 1	No 2	281
Death will be peaceful	Yes 1	No 2	282
Death will be shameful	Yes 1	No 2	283
Other (Specify)			384

Section 7- Counselling Needs

7.1 Are you aware of any counselling services in your community?

Yes 1	No 2	285
--------------	-------------	------------

7.2 If counselling services are available, please mark where these services can be found in your community:

1 Clinics	Yes 1	No 2	286
2 Hospitals	Yes 1	No 2	287
3 Hospices	Yes 1	No 2	288
4 Churches	Yes 1	No 2	289
5 Welfare Organisations	Yes 1	No 2	290
6 Non Governmental Organisations	Yes 1	No 2	291
7 Private counsellors	Yes 1	No 2	292
8 Traditional Healers	Yes 1	No 2	293
Other (Specify)			394

7.2.1 Have you received help from any of the above-mentioned?

Yes (1) I received help from	295	No 2	296
------------------------------	-----	------	-----

7.2.2 If Yes, for what period of time did you receive counselling?

Only once or twice	1	297
1-4 weeks	2	
1-3 months	3	
3-6 months	4	
6 months to 1 year	5	
Still receives counselling	6	

7.3 Did the counsellor help you in any of the following ways?

By giving information on HIV and testing	Yes 1	No 2	Not relevant 3	298
By giving support when test result came back	Yes 1	No 2	Not relevant 3	299
By supporting you during the process of adjusting to you diagnosis	Yes 1	No 2	Not relevant 3	300
By giving information on treatment, use of medication and symptoms	Yes 1	No 2	Not relevant 3	301
By discussing emotional, sexual or family problems you experienced	Yes 1	No 2	Not relevant 3	302
By discussing disclosure to significant others and in the workplace	Yes 1	No 2	Not relevant 3	303
By helping you to plan your children's future	Yes 1	No 2	Not relevant 3	304
By helping you with financial planning	Yes 1	No 2	Not relevant 3	305

By helping you to change any risk behaviour	Yes 1	No 2	Not relevant 3	306
By referring you to other relevant services	Yes 1	No 2	Not relevant 3	307
Other (Specify)				308

7.4 Did you experience any of the following problems and needed to change your behaviour or habits?

Sex worker/Prostitution	Yes 1	No 2	309
Husband/Partner with multiple partners	Yes 1	No 2	310
Drug abuse	Yes 1	No 2	311
Alcohol abuse	Yes 1	No 2	312
Unhealthy diet	Yes 1	No 2	313
Personal hygiene	Yes 1	No 2	314
Hygiene in and around the house	Yes 1	No 2	315
Had to start using condoms	Yes 1	No 2	316.1
Smoking	Yes 1	No 2	316.2
Others (Specify)			

7.4.1 If Yes to any of the above-mentioned, how long did it take you to change your behaviour?

Did not change behaviour	1	317
Changed my behaviour immediately	2	
Between 0-6 months	3	
Between 7-12 months	4	
Between 1-2 years	5	
More than 2 years	6	

7.5 Which of the following potential HIV-counsellors will you be more comfortable with and why will you be more comfortable with this person? 318

I will be more comfortable with a Nurse because	1
I will be more comfortable with a Health care worker because	2
I will be more comfortable with a Social worker because	3
I will be more comfortable with a Pastoral counsellor because	4
I will be more comfortable with a Traditional healer because	5
I will be more comfortable with a Psychologist because	6
I will be more comfortable with a Trained volunteer from own community because	7

7.6 Which of the following aspects are important for you when receiving counselling?

It will be suitable if the counsellor speaks English	1	319
It will be suitable if the counsellor speaks Afrikaans	2	
The counsellor must speak my own language	3	
The counsellor must be of the same culture	4	
If the counsellor is not of the same culture, insight of my culture is still important	5	
I do not think culture is important when it comes to counselling	6	
The counsellor must be of the same ethnicity	7	
I do not care if the counsellor is from a different ethnic group	8	
The counsellor must come from a community similar to mine	9	
The counsellor can be from any community	10	

7.7 Which of the following do you see as important concerning the HIV-counsellor?

	Yes	No	
The counsellor should be a good listener	1	2	320
The counsellor should be well informed and able to give me relevant information	1	2	321
The counsellor should have a warm personality	1	2	322
The counsellor should be neutral and keep a professional distance	1	2	323
The counsellor should treat me as a friend	1	2	324
The counsellor should not be afraid to touch me	1	2	325
The counsellor should keep a distance and rather not touch me	1	2	326
The counsellor should treat all information as confidential	1	2	327
The counsellor should help me to function on my own and to not get too attached to him/her	1	2	328
The counsellor should be able to help me confront my needs in a practical manner	1	2	329

7.9 When do you think counselling on dying and death is necessary?

When I am ready to talk about death and dying	Yes 1	No 2	330
When I get very sick	Yes 1	No 2	331
When I am still well enough to discuss important issues with my family	Yes 1	No 2	332
When it is obvious that my family is mourning	Yes 1	No 2	333
When I feel uncertain and fearful of death	Yes 1	No 2	334
Other (Specify)			335

7.10 What do you think should be discussed during counselling on dying and death?

Fear of death	Yes 1	No 2	336
Religion	Yes 1	No 2	337
Practical matters e.g. life insurance/policies	Yes 1	No 2	338
My will/testament	Yes 1	No 2	339
The future of my children	Yes 1	No 2	340
My funeral	Yes 1	No 2	341
The fear my family members experience	Yes 1	No 2	342
How to find peace of mind	Yes 1	No 2	343
Unresolved issues with other people	Yes 1	No 2	344
Other (Specify)			345

7.11 Do you want your family to receive bereavement counselling after you have passed away?

Yes 1	No 2	346
--------------	-------------	------------

7.12 Which family members do you think will benefit from bereavement counselling more? Please specify reason for answer.

Family member(s)	Reason	
Children		347
Partner(s)		348
Brother(s)/Sister(s)		349
Parents		350
Other (Specify)		351

Thank you for your co-operation.