

**'N MAATSKAPLIKEWERKONDEKSOEK NA  
DIE BEHOEFTE VAN BERADERS VAN  
KINDERS WAT DEUR VIGS GERAAK WORD**

deur

**ISABELLA FREDRIKA JACOBS**

voorgelê ter gedeeltelike vervulling  
van die vereistes vir die graad

**MAGISTER SOCIALIS DILIGENTIAE  
(SPELTERAPIE)**

in die

**Departement Maatskaplike Werk  
Fakulteit Geesteswetenskappe**

aan die

**UNIVERSITEIT VAN PRETORIA**

**STUDIELEIER: DR. J.M. YSSEL**

**PRETORIA**

**MEI 2003**

## DANKBETUIGINGS

Die volgende persone en instansies word van harte bedank vir hulle bystand en steun met die voltooiing van hierdie verhandeling:

- Dr. J.M. Yssel, wat as studieleier 'n reusebydrae gelewer het en die groot stukrag en bron van hulp en leiding was met die voltooiing van hierdie studie.
- Dr. J.M.C. Joubert en al die dosente van die Departement Maatskaplike Werk aan die Universiteit van Pretoria wat betrokke is by die Magister Socialis Diligentiae (Speltherapie)-kursus, vir waardevolle en onmisbare insette.
- My medestudente, vir baie aanmoediging en die deel van kennis en ervaring.
- Die twee vakreferente verbonde aan die Akademiese Inligtingsdiens aan die Universiteit van Pretoria, Liezl Stieger en Jacqueline Theunissen, vir hulle doeltreffende hantering van navrae oor bronne en bronverwysings.
- Personeel verbonde aan die Akademiese Inligtingsdienste van Hugonote Kollege en die Universiteit van Stellenbosch, vir hulle moeite en bereid-willigheid om bronne beskikbaar te stel vir die doel van hierdie studie.
- Monica du Toit, vir al die gesprekke oor hierdie onderwerp en haar leiding, kennis en motivering.
- Stellenbosch Vigsaksiegroep, vir die toestemming om hierdie studie vanuit hulle kantoor te kon loods.
- Aan almal wat betrokke was by die empiriese ondersoek, vir die deel van waardevolle kennis en inligting waarsonder hierdie studie nie 'n werklikheid sou wees nie.
- Aan almal wat 'n aandeel gehad het in die administratiewe afronding van die verhandeling, veral Lizelle Terblanche, Helette Zaaiman en Rieks Koorts.
- Amanda en Peet Venter en Vanessa en Andries Putter, wat telkens soveel moeite gedoen het om my te huisves tydens my besoeke aan Pretoria.
- Aan my familie en vriende, vir baie belangstelling, ondersteuning en gebede.
- My man, Lambert, vir al sy ondersteuning, geduld, aanmoediging, opofferings en geloof in my om die studie te voltooi.
- Aan my Hemelse Vader, vir gesondheid, krag en woorde wat Hy vir my gegee het om die studie te kon voltooi.

## **OPSOMMING**

### **'N MAATSKAPLIKWERKONDERSOEK NA DIE BEHOEFTE VAN BERADERS VAN KINDERS WAT DEUR VIGS GERAAK WORD**

deur

ISABELLA FREDRIKA JACOBS

STUDIELEIER: DR. J.M. YSSEL

DEPARTEMENT MAATSKAPLIKE WERK

MSD (SPELTERAPIE)

Hierdie navorsing het ondersoek ingestel na die behoeftes van beraders van die kind wat deur VIGS geraak word. 'n Leemte is in die literatuur geïdentifiseer wat aandui dat min riglyne bestaan om die spesifieke behoeftes van die kind wat deur VIGS geraak word, te onderskep. Hierdie leemte is ook in gesprekvoering met MIV/VIGS-beraders uitgewys.

Die doelstelling van die navorsing was om 'n maatskaplikewerkondersoek te doen na die behoeftes van beraders van kinders wat deur VIGS geraak word.

Ten einde hierdie doelstelling te bereik, is bepaalde doelwitte gestel. Dit het onder meer behels dat 'n teoretiese raamwerk opgebou is met behulp van 'n literatuurstudie en konsultasie met kundiges oor MIV/VIGS, die ontwikkelingsbehoefte van kinders in die middelkinderjare en hoe hierdie behoeftes deur MIV/VIGS beïnvloed word, die noodsaaklikheid van hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word en die rol van beraders in die hulpverlening aan die betrokke groepe kinders.

'n Empiriese studie is uitgevoer waartydens fokusgroeponderhoude as data-insamelingsmetode benut is om te bepaal hoe beraders hulle spesifieke rol sien ten opsigte van kinders wat deur VIGS geraak word, wat beraders se beskouing is ten opsigte van die behoeftes van kinders wat deur VIGS geraak word, watter vaardighede en kennis na die beraders se mening noodsaaklik is tydens die berading

met die kind wat deur VIGS geraak word en watter behoeftes of leemtes die beraders ervaar ten opsigte van die berading van hierdie kinders. Tien respondente is in twee verskillende fokusgroepe by die navorsing betrek.

Toegepaste navorsing is gedoen deurdat die navorser gepoog het om oplossings vir probleme te vind wat beraders in die praktyk ervaar ten opsigte van die kind wat deur VIGS geraak word. Die navorser het van 'n kwalitatiewe benadering as navorsingsprosedure gebruik gemaak om kwalitatiewe empiriese data te verkry.

Aangesien daar in hierdie studie navorsing gedoen is oor 'n relatiewe onbekende navorsingsveld, is daar van 'n verkennende navorsingsontwerp gebruik gemaak wat gewoonlik 'n navorsingsvraag verken waarvan min bekend is. Die navorsingsvraag wat vir die doel van hierdie studie geformuleer is, was: Wat is die behoeftes van beraders van kinders wat deur VIGS geraak word?

Empiriese data is deur 'n fokusgroepriglyn verkry en het aangedui dat:

- beraders meen hulle het 'n spesifieke rol te speel tydens die berading van kinders wat deur VIGS geraak word;
- beraders 'n bepaalde persepsie het ten opsigte van die behoeftes van die kind wat deur VIGS geraak word;
- beraders van mening is dat bepaalde vaardighede en kennis noodsaaklik is tydens die berading van die kind wat deur VIGS geraak word; en
- beraders bepaalde behoeftes en leemtes ervaar ten opsigte van die berading met die kind wat deur VIGS geraak word.

Die navorsing het dus getoon dat beraders spesifieke behoeftes het ten opsigte van hulle hulpverlening aan die kind wat deur VIGS geraak word wat verdere navorsingsmoontlikhede inhou. 'n Spesifieke behoefte is geïdentifiseer vir die daarstelling van 'n protokol wat tydens die hulpverlening aan die kind wat deur VIGS geraak word, benut kan word.

## **SUMMARY**

### **A SOCIAL WORK RESEARCH ON THE NEEDS OF COUNSELLORS WORKING WITH AIDS AFFECTED CHILDREN**

by

ISABELLA FREDRIKA JACOBS

STUDY LEADER: DR. J.M. YSSEL

DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

MSD (PLAY THERAPY)

This research is aimed at the needs of counsellors working with children infected and affected by HIV/AIDS. A lack of sufficient guidelines for this field has been identified in the relevant literature. This shortage has been confirmed by experienced counsellors working with children.

To reach the required goal a number of objectives were set. This included setting up a theoretical framework by way of a literature study as well as consultation with experts in the field; studying the developmental needs of children in the mid childhood phase and how these needs are influenced by HIV/AIDS; the need for guidance of children affected by AIDS as well as the role that counsellors can play in this regard.

An empirical study was undertaken during which focus group interviews were held with a group of lay counsellors as well as a group of trained counsellors. Ten participants took part in the focus groups. Applied research was undertaken as the researcher aimed at establishing the true needs of counsellors working in the field.

The empirical data showed the following:

- Counsellors feel that they have a specific role to play during the therapy with AIDS-affected children.
- Counsellors have definite views on the needs of children affected by AIDS.

- Counsellors have listed specific skills and training needed by therapists working with these children.
- Counsellors have listed definite shortcomings and needs that they experience in their work with AIDS-affected children.

The basic need for the establishing of a protocol to be used in guidance of children infected and affected by AIDS was one of the key findings of the study.

**ISSIE JACOBS**

**MAY 2003**

**SLEUTELTERME / KEY TERMS**

<b>MIV en VIGS</b>	<b>HIV and AIDS</b>
<b>MIDDELKINDERJARE</b>	<b>MIDDLE CHILDHOOD</b>
<b>BERADING</b>	<b>COUNSELLING</b>

## INHOUDSOPGAWE

### BLADSY

#### **HOOFSTUK 1**

#### **ALGEMENE INLEIDING EN UITEENSETTING VAN DIE STUDIE**

<b>1.1 Inleiding</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Motivering vir die keuse van die onderwerp</b>	<b>2</b>
<b>1.3 Probleemformulering</b>	<b>2</b>
<b>1.4 Doel en doelwitte van die studie</b>	<b>5</b>
<b>1.5 Navorsingsvraag</b>	<b>5</b>
<b>1.6 Navorsingsbenadering</b>	<b>6</b>
<b>1.7 Soort navorsing</b>	<b>7</b>
<b>1.8 Navorsingsontwerp</b>	<b>7</b>
<b>1.9 Navorsingsprosedures en strategie</b>	<b>8</b>
<b>1.10 Voorondersoek</b>	<b>9</b>
1.10.1 Literatuurstudie	10
1.10.2 Konsultasie met kundiges	10
1.10.3 Uitvoerbaarheid van die ondersoek	11
1.10.4 Toetsing van die fokusgroepriglyne	12

<b>1.11 Omskrywing van universum, afbakening van steekproef en wyse van steekproeftrekking</b>	<b>12</b>	
<b>1.12 Etiese kwessies</b>	<b>13</b>	
<b>1.13 Probleme of leemtes ervaar tydens die navorsing</b>	<b>14</b>	
<b>1.14 Definisies van hoofkonsepte</b>	<b>14</b>	
1.14.1 MIV en VIGS		14
1.14.2 Middelkinderjare	15	
1.14.3 Berading	16	
<b>1.15 Indeling van navorsingsverslag</b>	<b>17</b>	

## **HOOFSTUK 2**

### ***MIV/VIGS EN DIE IMPAK DAARVAN OP DIE KIND***

<b>2.1 Inleiding</b>	<b>18</b>	
<b>2.2 MIV/VIGS: 'n Suid-Afrikaanse perspektief</b>	<b>19</b>	
<b>2.3 Kliniese beeld van MIV/VIGS</b>	<b>20</b>	
2.3.1 Die primêre MIV-infeksiefase	20	
2.3.2 Die asimptomatiese latente fase	21	
2.3.3 Vroeë simptomatiese fase van MIV	21	
2.3.4 Die hoof simptomatiese fase van die MIV-infeksie en opportunistiese siektes	21	
2.3.5 VIGS: Die ernstige simptomatiese fase	22	
<b>2.4 Die voorkoms van MIV/VIGS onder kinders</b>	<b>23</b>	



<b>2.5</b>	<b>Die potensiele impak van MIV/VIGS op die ontwikkelings- behoefte van die kind in die middelkinderjare</b>	<b>25</b>
2.5.1	Fisiese behoeftes	26
2.5.1.1	<i>Die potensiele impak van MIV/VIGS op die fisiese behoefte van die geïnfekteerde kind</i>	26
2.5.1.2	<i>Die potensiele impak van MIV/VIGS op die fisiese behoefte van die geïnfekteerde kind</i>	28
2.5.2	Emosionele behoeftes	29
2.5.2.1	<i>Die potensiele impak van MIV/VIGS op die emosionele behoeftes van die geïnfekteerde kind</i>	30
2.5.2.2	<i>Die potensiele impak van MIV/VIGS op die emosionele behoeftes van die geïnfekteerde kind</i>	31
2.5.3	Sosiale behoeftes	33
2.5.3.1	<i>Die potensiele impak van MIV/VIGS op die sosiale behoeftes van die geïnfekteerde kind</i>	34
2.5.3.2	<i>Die potensiele impak van MIV/VIGS op die sosiale behoeftes van die geïnfekteerde kind</i>	35
<b>2.6</b>	<b>Wetlike, morele en etiese kwessies en die kind wat deur VIGS geraak word</b>	<b>38</b>
2.6.1	Wetlike kwessies en die kind wat deur VIGS geraak word	38
2.6.2	Morele kwessies en die kind wat deur VIGS geraak word	40
2.6.3	Etiese kwessies en die kind wat deur VIGS geraak word	42
<b>2.7</b>	<b>Samevatting</b>	<b>43</b>
 <b>HOOFSTUK 3</b> <b>BERADING EN DIE KIND WAT DEUR</b> <b>VIGS GERAAK WORD</b>		
<b>3.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>46</b>

<b>3.2</b>	<b>Beginsele wat tydens berading met die kind in ag geneem moet word</b>	<b>47</b>
3.2.1	Doelwitte ten opsigte van berading met die kind	49
<b>3.3</b>	<b>Vaardighede waaroor die berader moet beskik</b>	<b>50</b>
3.3.1	Waarneming	51
3.3.2	Basiese luistervaardighede	52
3.3.2.1	<i>Om die kind se liggaamshouding te spieël</i>	52
3.3.2.2	<i>Benutting van minimale response</i>	52
3.3.2.3	<i>Benutting van reflektering</i>	53
3.3.2.4	<i>Benutting van opsomming</i>	53
3.3.3	Benutting van vrae en stellings	54
3.3.4	Benutting van verskillende mediums	54
3.3.5	Die hantering van weerstand, oordrag en teenoordrag	55
3.3.6	Terminering van die intervensie	56
<b>3.4</b>	<b>Die terapeutiese verhouding tussen die kind en die berader</b>	<b>57</b>
<b>3.5</b>	<b>Die waarde van spel vir die kind</b>	<b>60</b>
3.5.1	Spel terapie as intervensiemedium	61
3.5.1.1	<i>Die spel terapeutiese proses</i>	62
3.5.1.2	<i>Beginsele van belang tydens die benutting van spel terapie</i>	63
<b>3.6</b>	<b>Spel terapie en die kind wat deur VIGS geraak word</b>	<b>66</b>
3.6.1	Die waarde van spel terapie vir die kind wat deur VIGS geraak word	66
3.6.2	Aspekte om tydens spel terapie in ag te neem en te hanteer	68
<b>3.7</b>	<b>Die berader se rol as advokaat</b>	<b>70</b>

<b>3.8</b>	<b>Moontlike behoeftes wat beraders mag ervaar</b>	<b>72</b>
------------	--	-----------

<b>3.9</b>	<b>Samevatting</b>	<b>72</b>
------------	--------------------	-----------

#### **HOOFSTUK 4**

#### **EMPIRIESE GEGEWENS EN NAVORSINGSBEVINDINGS**

<b>4.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>75</b>
------------	------------------	-----------

<b>4.2</b>	<b>Hoof-en subtemas</b>	<b>75</b>
------------	-------------------------	-----------

<b>4.2.1</b>	<b>Hooftema 1: Beraders se beskouing van hulle rol as beraders van die kind wat deur VIGS geraak word</b>	<b>76</b>
--------------	---	-----------

4.2.1.1	<i>Berading</i>	76
---------	-----------------	----

4.2.1.2	<i>Fasiliteer</i>	79
---------	-------------------	----

4.2.1.3	<i>Verwys</i>	81
---------	---------------	----

4.2.1.4	<i>Deurgee van inligting</i>	81
---------	------------------------------	----

4.2.1.5	<i>Advokaat</i>	82
---------	-----------------	----

4.2.1.6	<i>Bemagtig</i>	83
---------	-----------------	----

<b>4.2.2</b>	<b>Hooftema 2: Beraders se persepsies ten opsigte van die kind wat deur VIGS geraak word</b>	<b>85</b>
--------------	--	-----------

4.2.2.1	<i>Fisiese behoeftes</i>	85
---------	--------------------------	----

4.2.2.2	<i>Emosionele behoeftes</i>	85
---------	-----------------------------	----

4.2.2.3	<i>Sosiale behoeftes</i>	86
---------	--------------------------	----

4.2.2.4	<i>Vertroueling</i>	87
---------	---------------------	----

4.2.2.5	<i>Berading</i>	88
---------	-----------------	----

<b>4.2.3</b>	<b>Hooftema 3: Beraders se menings ten opsigte van watter vaardighede en kennis noodsaaklik is tydens die berading van die kind wat deur VIGS geraak word</b>	<b>90</b>
--------------	---	-----------

4.2.3.1	<i>Algemene vaardighede en beginsels van berading</i>	90
---------	---	----

4.2.3.2	<i>Gespesialiseerde kennis</i>	90
---------	--------------------------------	----

<b>4.2.4</b>	<b>Hooftema 4: Behoeftes en leemtes wat beraders ervaar ten opsigte van die berading van die kind wat deur VIGS geraak word</b>	<b>95</b>
4.2.4.1	<i>Algemene behoeftes van beraders</i>	95
4.2.4.2	<i>Algemene leemtes wat beraders ervaar</i>	98
<b>4.3</b>	<b>Samevatting</b>	<b>101</b>
<b>HOOFSTUK 5</b>		
<b>SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS</b>		
<b>5.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>103</b>
<b>5.2</b>	<b>Doelstelling van die studie</b>	<b>103</b>
<b>5.3</b>	<b>Doelwitte van die studie</b>	<b>104</b>
<b>5.4</b>	<b>Navorsingsvraag</b>	<b>105</b>
<b>5.5</b>	<b>Samevatting van die navorsingsresultate, gevolgtrekking en aanbevelings</b>	<b>106</b>
5.5.1	Samevatting van die navorsingsresultate	106
5.5.2	Gevolgtrekkings	106
5.5.3	Aanbevelings	110
<b>5.6</b>	<b>Samevattende slotgedagte</b>	<b>111</b>
<b>LYS VAN FIGURE</b>		
<b>FIGUUR 1</b>		<b>77</b>
<b>FIGUUR 2</b>		<b>84</b>
<b>FIGUUR 3</b>		<b>89</b>
<b>FIGUUR 4</b>		<b>97</b>

## **BIBLIOGRAFIE**

### **BYLAES**

BYLAAG A Toestemmingsbrief van Stellenbosch Vigsaksiegroep

BYLAAG B Fokusgroepriglyn

BYLAAG C1 Ingeligte toestemmingsbrief

BYLAAG C2 Informed Consent

## HOOFSTUK 1

### ALGEMENE INLEIDING EN UITEENSETTING VAN DIE STUDIE

#### 1.1 INLEIDING

Die ontstaan en vinnige toename van MIV/VIGS oor die laaste twee dekades het nie net volwassenes beïnvloed nie, maar kinders is ook daardeur geïnfekteer en geïmpakkeer. In dié verband merk die *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS UNAIDS* in hulle *AIDS epidemic update* van Desember 2001 op dat VIGS, twintig jaar na die eerste kliniese voorkoms daarvan, die mees verwoestende siekte geword het waarmee die mensdom nog gekonfronteer is ([http://www.unaids.org/epidemic-update/report-dec\\_01/index.html](http://www.unaids.org/epidemic-update/report-dec_01/index.html), 2002:1). Volgens hierdie bron het 40 miljoen mense wêreldwyd reeds aan die einde van 2001 met die MI-virus saam geleef. Dit is veral jong volwassenes (en spesifiek jong vrouens) tussen die ouderdom 15-24 jaar wat hieraan blootgestel is.

Die *UNAIDS/WHO Epidemiological Fact Sheet for South Africa (2000 Update revised)* dui aan dat ongeveer 4,2 miljoen mense in Suid-Afrika teen die einde van 1999 met die MI-virus geïnfekteer is. Hiervan was 'n geraamde 95 000 kinders onder die ouderdom van 15 jaar. Die hoeveelheid kinders wat in hierdie tyd in Suid-Afrika wees gelaat is, beloop na raming reeds 420 000 ([http://www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/fact\\_sheets/index\\_en.htm](http://www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/fact_sheets/index_en.htm), 2002:1). Statistieke soos hierbo het daartoe gelei dat 'n nuwe gespesialiseerde area bygevoeg is by die veld van hulpverlening aan kinders, naamlik die hulpverlening aan die kind wat deur VIGS geraak word.

In hierdie hoofstuk word aandag gegee aan navorsingsprosedures en metodologie met spesifieke verwysing na probleemformulering, doelstelling en doelwitte, navorsingsvraag, die navorsingsbenadering en –ontwerp, die soort navorsing en die strategie wat tydens die navorsing toegepas is. Aandag word

ook gegee aan definisies van hoofkonsepte en etiese kwessies wat in ag geneem is tydens die navorsingsproses.

## **1.2 MOTIVERING VIR DIE KEUSE VAN DIE ONDERWERP**

Die motivering vir die keuse van hierdie onderwerp is drieledig van aard. Die navorser se persoonlike belangstelling op die gebied van MIV/VIGS en spesifiek ten opsigte van hulpverlening aan die kind wat deur VIGS geraak word, dien in die eerste plek as motivering vir die keuse van hierdie navorsingsonderwerp. (Vergelyk Fouché & De Vos, 1998a:55.)

In die tweede plek is 'n leemte in die literatuur geïdentifiseer wat aandui dat daar min riglyne bestaan om die spesifieke behoeftes van die kind wat deur VIGS geraak word, te onderskep. Hierdie leemte word deur Cameron (1993:13) ten opsigte van Suid-Afrika bevestig, maar blyk ook wêreldwyd die geval te wees. (Vergelyk Bauman, Draimin, Levine & Hudis, 2000:156 en Rotheram-Borus & Lightfoot, 2000:210.) Die behoefte aan toepaslike riglyne is ook in gesprekvoering met MIV/VIGS beraders bevestig. (Vergelyk Murray, 2001; Louw, 2001; Greyling, 2002; Van Dyk, 2002 en Du Toit, 2002.) Verskeie programme is ontwikkel wat die volwasse MIV/VIGS-lyer ondersteun, maar gebrekkige inligting en kennis is beskikbaar ten opsigte van terapeutiese hulpverlening aan die kind wat deur VIGS geraak word.

In die derde plek kan praktiese inligting deur middel van die studie beskikbaar gestel word wat 'n bydrae kan lewer tot die kennisveld van beraders wat met die kind werk wat deur VIGS geraak word. Daar word ook beplan om die navorsingsresultate uit te brei in 'n verdere navorsingstudie.

## **1.3 PROBLEEMFORMULERING**

MIV/VIGS is 'n toenemende probleem wat die kind op verskeie wyses kan beïnvloed. Die kind kan self geïnfekteer wees, binne 'n gesin funksioneer waar 'n gesinslid MIV/VIGS het of wees gelaat wees as gevolg van die VIGS-verwante dood van albei ouers.

Die feit bly egter dat om geïnfekteer of geïffekteer te wees bepaalde traumatiese en psigo-sosiale implikasies vir die kind inhou. (Vergelyk Ross, 2001:25-26 en Balk in Pequegnat & Szapocznik, 2000:19.) In dié verband merk Pequegnat en Szapocznik (2000:19) onder meer op dat kinders en adolessente wat wees gelaat word langtermyn aanpassingsprobleme sal ervaar as gevolg van die verlies van 'n ouer of beide ouers. Felner, Ginter, Boike en Cowen (in Bauman, et al., 2000:157) bevestig laasgenoemde opmerking en dui aan dat kinders wat blootgestel is aan die dood van 'n ouer met simptome van depressie, angstigheids en onttrekking presenteer.

Samehangend met die traumatiese en psigo-sosiale implikasies is die navorser van mening dat die basiese ontwikkelingsbehoefte van die kind ook beïnvloed word deur die teenwoordigheid van MIV/VIGS in sy of haar lewe. Hierdie basiese behoeftes stem volgens die navorser ooreen met Maslow (in Thompson & Rudolph, 2000:10) se hiërargie van behoeftes wat die volgende insluit:

- Fisiologiese behoeftes: Dit behels basiese versorging soos voedsel, kleding en behuising.
- Behoeftes aan veiligheid: Dit sluit persoonlike en sielkundige veiligheid in.
- 'n Behoeftes aan liefde en om te behoort: Om aanvaar te word as deel van 'n groep.
- Selfwaarde: Om goed te voel oor jouself.
- Self-aktualisering: Die bereiking van jou volle potensiaal.

Dit is duidelik dat die teenwoordigheid van MIV/VIGS in 'n kind se lewe al hierdie basiese behoeftes beïnvloed. Die kind se behoefte aan versorging word byvoorbeeld beïnvloed wanneer een of albei ouers aan VIGS-verwante siektes sterf. Die behoefte aan liefde en aanvaarding word weer beïnvloed deur die stigmatisering wat met MIV/VIGS gepaard gaan. (Vergelyk Pequegnat & Szapocznik, 2000:11 en Van Dyk, 2001:296.) Stigmatisering en sosiale isolasie oefen ook 'n invloed uit op die kind wat deur VIGS geraak word se selfwaarde, wat aanleiding kan gee tot onttrekking en selfs selfmoordneigings na vore mag bring.



Maslow (in Thompson & Rudolph, 2000:9) is van mening dat: “... *we all have certain needs that must be met in order to become ‘self-actualizing’ and to reach our potential in all areas of development*”. Hierdie opmerking dien volgens die navorser as motivering waarom die kind wat deur VIGS geraak word, doeltreffende terapeutiese hulp moet ontvang ten einde sy of haar volle ontwikkelingspotensiaal te bereik. Terapeutiese intervensie waarborg nie ’n probleemvrye kind nie, maar ’n kind wat probleemoplossingsvaardighede aangeleer het en vorentoe kan beweeg “... *to become all that he or she can be*” (Thompson & Rudolph, 2000:11).

Alhoewel beraders reeds vir twee dekades met die MIV/VIGS-probleem gekonfronteer word, wil dit voorkom of die terapeutiese hulpverlening aan hierdie kinders nog min aandag gekry het. Dit sluit ook riglyne in vir beraders wat by die kinders betrokke is. Cameron (1993:13) lig juis hierdie leemte uit wanneer hy opmerk: “*No comprehensive guidelines for the management and treatment of children with HIV or AIDS have yet emerged in our country*”.

Sedertdien het hierdie situasie nog nie merkbaar verbeter nie, sodat Bauman, et al. (2000:156) opmerk: “*Although AIDS orphans are an appropriate group for preventative efforts, few systematic attempts have been made to intervene*”. Dit is waarskynlik hierdie gebrek aan riglyne wat volgens die navorser daartoe bydra dat voldoende intervensie en hulpverlening aan die kind wat deur VIGS geraak word nog nie maksimaal toegepas word nie.

Die navorsing het dus ten doel gehad om ’n maatskaplikewerk-ondersoek te doen na die behoeftes van beraders van kinders wat deur VIGS geraak word. Daar is onder meer bepaal wat die beraders se persepsie van hierdie kinders se behoeftes is, asook wat hulle eie behoeftes is in terme van hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word. Daar is ook bepaal watter areas in die hulpverlening aan hierdie kinders as leemtes deur die beraders ervaar word. Vir die doel van hierdie studie word na die kind wat deur MIV/VIGS geïnfekteer of geïmmuniteer is, verwys as die kind wat deur VIGS geraak word.

#### 1.4 DOEL EN DOELWITTE VAN DIE STUDIE

Die doelstelling van hierdie studie is om 'n maatskaplikewerk ondersoek te doen na die behoeftes van beraders van kinders wat deur VIGS geraak word.

Die doelwitte vir die studie het die volgende behels:

- Om inligting in te samel en 'n teoretiese raamwerk op te bou met behulp van 'n deeglike literatuurstudie en konsultasie met kundiges oor: MIV/VIGS, die ontwikkelingsbehoefte van die kind in die middelkinderjare en hoe hierdie behoeftes deur MIV/VIGS beïnvloed word, die noodsaaklikheid van hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word en die rol van beraders in die hulpverlening aan hierdie kinders.
- Om empiriese data in te win rakende die behoeftes van beraders ten opsigte van hulle hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word.
- Om die data wat ingewin is, te benut ten einde gevolgtrekkings en aanbevelings te maak vir verdere navorsing.

#### 1.5 NAVORSINGSVRAAG

Aangesien daar in hierdie studie navorsing gedoen is oor 'n relatiewe onbekende navorsingsveld, is daar van 'n verkennende navorsingsontwerp gebruik gemaak wat gewoonlik 'n navorsingsvraag verken waarvan min bekend is (Grinnell in Fouché & De Vos, 1998c:124). Die navorsingsvraag vir hierdie studie behels dus die volgende: **Wat is die behoeftes van beraders van kinders wat deur VIGS geraak word?**

#### 1.6 NAVORSINGSBENADERING

Die meeste skrywers is dit eens dat daar in geesteswetenskaplike navorsing van sowel 'n kwantitatiewe as 'n kwalitatiewe benadering gebruik gemaak kan word (Fouché & De Vos, 1998b:72). Verwarring bestaan dikwels oor die spesifieke betekenis van hierdie twee benaderings. Volgens Mouton en Marais (1990:155-156) is die verskil tussen hierdie twee benaderings geleë in die feit dat die eienskappe van 'n kwantitatiewe benadering behels dat:

- dit baie fyn geformaliseerd is;
- dit baie duidelik en spesifiek gekontroleer word;
- dit 'n omvang het wat spesifiek gedefinieer is; en
- metodes wat aangewend word, ooreenstem met metodes wat in die fisiese wetenskappe gebruik word.

Hierteenoor toon 'n kwalitatiewe benadering die volgende eienskappe:

- prosedures wat in die benadering gebruik word is nie so duidelik afgebaken nie;
- die omvang is meestal nie duidelik gedefinieer nie; en
- 'n meer filosofiese werkswyse word aangewend.

(Vergelyk ook Schurink, 1998:241-243.)

Vir die doel van hierdie navorsing sal daar van 'n kwalitatiewe benadering gebruik gemaak word. Marshall en Rossman (in Fouché & De Vos, 1998b:72) het spesifieke riglyne daargestel vir situasies waar hierdie benadering die beste benut kan word en sluit die volgende in:

- navorsing waar relevante veranderlikes nog geïdentifiseer moet word;
- navorsing wat daarop gemik is om te verken hoekom praktykoplossings nie suksesvol is nie; en
- navorsing op onbekende gemeenskappe.

Hierdie navorsing is juis verkennende navorsing wat daarop gemik is om 'n maatskaplikewerk ondersoek te doen na die persepsies en behoeftes van beraders van kinders wat deur VIGS geraak word. Tydens die navorsingstudie is 'n fokusgroepriglyn (Bylaag B) binne fokusgroeponderhoude gebruik om kwalitatiewe data te bekom en sodoende die navorsingsvraag te beantwoord.

## 1.7 SOORT NAVORSING

Wanneer gevra word na die soort navorsing, word daar normaalweg tussen twee soorte onderskei:

- *Basiese* navorsing, waar die oogmerk is om maatskaplike werk as vakwetenskap uit te brei en teorie te ontwikkel;

- *Toegepaste* navorsing, waar die oogmerk is om oplossings te soek vir probleme en toepassings in die praktyk te vind (De Vos, Schurink & Strydom, 1998:8).

Alhoewel daar in hierdie navorsing gefokus is op die persepsies en behoeftes van beraders wat by die kind betrokke is wat deur VIGS geraak word, was die oogmerk steeds om oplossings te vind vir probleme wat die beraders in die praktyk ervaar. In hierdie navorsing is dus van toegepaste navorsing gebruik gemaak.

## **1.8 NAVORSINGSONTWERP**

Die navorsingsontwerp word deur verskeie skrywers (vergelyk Thyer in De Vos & Fouché, 1998:77 en Huysamen in De Vos & Fouché, 1998:77) gesien as die gedetailleerde plan of bloudruk van hoe die navorsingsontwerp onderneem moet word. Rubin en Babbie (1997:93) sluit hierby aan en sien die navorsingsontwerp as die aktiwiteit wat te doen het met al die besluite wat geneem word rondom die beplanning van die navorsingstudie. Dit wil voorkom asof dit alle besluite behels vanaf die keuse van die navorsingsbenadering tot die praktiese uitvoering van die navorsingstudie. Volgens bogenoemde skrywers kan die navorsingsontwerp dus gesien word as die oorkoepelende plan of strategie vir die implimentering van die navorsingsprojek.

Die keuse van die navorsingsontwerp wat gebruik gaan word, hang nou saam met wat ondersoek word en wat met die studie bereik wil word. Die navorsingsontwerp wat tydens hierdie studie gebruik is, is die verkennende ontwerp. Volgens Mouton en Marais (in Fouché & De Vos, 1998c:124) word hierdie ontwerp hoofsaaklik gebruik wanneer daar, soos in hierdie geval, min of geen inligting oor die bepaalde navorsingstudieveld beskikbaar is.

Vir die doel van hierdie navorsing is die ontwerp ook gebruik om tot nuwe insigte te kom ten opsigte van die behoeftes van beraders van kinders wat deur VIGS geraak word. Die ontwerp is verder ook gebruik om 'n voorlopige ondersoek te

doen wat die basis sal lê vir verdere en meer dieperliggende navorsing van die probleem. (Vergelyk Mouton & Marais in Fouché & De Vos, 1998c:124.)

## 1.9 NAVORSINGSPROSEDURE EN STRATEGIE

Aangesien daar in die studie van 'n kwalitatiewe benadering gebruik gemaak is, het die prosedure soos volg daar uitgesien:

- **Literatuurstudie:** In die eerste plek is 'n indiepte literatuurstudie gedoen oor die bepaalde onderwerp ten einde genoeg inligting te bekom vir die identifisering van temas vir die fokusgroepbesprekings. 'n Fokusgroepbespreking kan volgens Schurink, Schurink en Poggenpoel (1998:314) gesien word as 'n doelgerigte bespreking van spesifieke of verwante onderwerpe deur agt tot tien persone met dieselfde belangstelling of agtergrond.
- **Selekteer metode vir dataversameling:** Data is vir die doel van hierdie navorsing deur middel van 'n fokusgroepriglyn ingesamel wat deur die navorser opgestel is.
- **Selekteer 'n steekproef:** 'n Steekproef is geselekteer uit die beraders van Stellenbosch Vigsaksiegroep wat betrokke is by die kind wat deur VIGS geraak word.
- **Uitvoer van 'n voorondersoek:** Tydens die voorondersoek is 'n fokusgroepsituasie geskep waarbinne die praktiese uitvoerbaarheid van die fokusgroepriglyn ondersoek is.
- **Uitvoer van die hoofondersoek:** Na afhandeling van die voorondersoek en met die aanbring van wysigings aan die fokusgroepriglyn is die hoofondersoek binne twee verskillende fokusgroepe uitgevoer. Die een groep het uit ses lekeberaders bestaan en twee groepsessies is met hierdie groep waargeneem. Die tweede groep het uit vier gekwalifiseerde beraders bestaan, waarvan twee sielkundiges was en twee maatskaplike werkers. Een groepsessie is met hierdie groep waargeneem. Hierna is die data wat ingesamel is, verwerk en bekend gestel deur aanbevelings en gevolgtrekkings te maak.
- **Analise van kwalitatiewe data:** Tesch se agt stappe is in ag geneem tydens die analise van data (Poggenpoel, 1998:343-344). Die data, wat deur middel

van 'n diktafoon ingesamel is, is verbatim getranskribeer. Tydens hierdie proses was die navorser veral daarop attent om woorde en frases in die respondente se eie woorde en woordeskate weer te gee. Vergelykbare temas is gekodeer en daarvolgens geanaliseer. (Vergelyk Schurink in Poggenpoel, 1998:337-338.)

## **1.10 VOORONDERSOEK**

Die voorondersoek vorm 'n integrale deel van die navorsingsprojek en kan die navorser help om moontlike probleme wat tydens die hoofondersoek mag opduik, te voorkom en uit te skakel. Huysamen (in Strydom, 1998b:179) beskou onder meer die doel van die voorondersoek as 'n ondersoek na die uitvoerbaarheid van die beplande navorsingsprojek. Indien daar dus leemtes tydens die voorondersoek geïdentifiseer word, kan dit herstel en aangepas word voordat die hoofondersoek uitgevoer word. Strydom (1998b:179) merk in dié verband op dat die voorondersoek as die “kleedrepetisie” van die hoofondersoek gesien kan word, alhoewel dit net op 'n kleiner skaal as die hoofondersoek uitgevoer word. Die navorser sien die voorondersoek as 'n veiligheidsnet wat probleme en leemtes opvang wat moontlik tot nadeel van die hoofondersoek kon wees indien dit nie vroegtydig geïdentifiseer is nie.

Aspekte wat tydens die voorondersoek aandag geniet het, sluit die volgende in:

### **1.10.1 Literatuurstudie**

Binne die literatuurstudie is beskikbare relevante nasionale en internasionale bronne benut om 'n kennisbasis te skep waarop die empiriese studie gegrond is. Literatuur is bestudeer wat betrekking het op: MIV/VIGS, die ontwikkelingsbehoefte van kinders in die middelkinderjare en hoe hierdie behoeftes deur MIV/VIGS beïnvloed word, die noodsaaklikheid van hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word en die rol van beraders in die hulpverlening aan hierdie kinders. Vir hierdie doel is daar van die Akademiese inligtingsdienste van die Universiteit van Pretoria, Universiteit van Stellenbosch en Huguenote Kollege gebruik gemaak. Resente boeke, tydskrifte en

Internetartikels is vanuit die Maatskaplike Werk, Sielkunde, Opvoedkunde en Geneeskundige studievervelde gebruik.

### **1.10.2 Konsultasie met kundiges**

As deel van die voorondersoek is onderhoude met verskeie kundiges gevoer wat betrokke is by kinders wat deur VIGS geraak word asook met beraders wat in speltherapie opgelei is en hulp aan getraumatiseerde kinders verleen. Konsultasies met die volgende kundiges het plaasgevind:

- Mev M du Toit: 'n Sielkundige en projekteier by die Stellenbosch Vigsaksiegroep vir haar kennis oor MIV en VIGS-verwante probleme en die bemagtiging van die gesin wat deur VIGS geraak word. 'n Kantooronderhoud op 21 Maart 2002.
- Mev E C Murray: 'n Maatskaplike werker en Direkteur van die Vigsburo in Wellington vir haar gespesialiseerde kennis oor MIV/VIGS-verwante aspekte. 'n Kantooronderhoud op 27 November 2001.
- Ds C J Greyling: 'n Predikant wat self MIV-positief is en nou betrokke is by verskeie Vigsaksiegroepe in die Wes-Kaap vir sy kennis van en persoonlike ervaring met MIV/VIGS. 'n Telefoniese onderhoud op 16 Maart 2002.
- Mev C H M Bloem: 'n Speltherapeut en hoof van die Sentrum vir Speltherapie en Opleiding by die Hugenate Kollege op Wellington vir haar kennis en vaardighede ten opsigte van speltherapie. 'n Kantooronderhoud op 13 Maart 2003.
- Mev C Van Wyk: 'n Speltherapeut en dosent by die Sentrum vir Speltherapie en Opleiding by die Hugenate Kollege op Wellington vir haar kennis en vaardigheid ten opsigte van speltherapie. 'n Kantooronderhoud op 13 Maart 2003.
- Mev S Louw: 'n Maatskaplike werker en tans die projektebestuurder van die Vigsaksiegroep in Bellville en wat ook as die leier van die professionele been van die groep optree vir haar kennis oor die bemagtiging van die persoon wat deur VIGS geraak word. 'n Kantooronderhoud op 29 November 2001.
- Dr. A.C. van Dyk: 'n Dosent in sielkunde aan die Universiteit van Suid-Afrika en aanbieder van 'n kursus in MIV/VIGS versorging en berading. 'n Telefoniese onderhoud op 6 Februarie 2002.

### **1.10.3 Uitvoerbaarheid van die ondersoek**

Die navorsing was vanuit 'n praktiese oogpunt gesien uitvoerbaar aangesien die navorser toestemming gekry het (Bylaag A) om die navorsing vanuit die Stellenbosch Vigsaksiegroep te doen. Die teikengroep was beraders wat by hierdie Vigsaksiegroep betrokke is en almal was dus binne die Stellenbosse munisipale gebied bereikbaar. 'n Verdere praktiese aspek wat die navorsing uitvoerbaar gemaak het, was die feit dat die beraders almal Afrikaans en/of Engels magtig was en 'n tolk dus nie nodig was nie.

Ten opsigte van die finansiële uitvoerbaarheid van die navorsing is geen probleme ondervind nie. Die navorser het slegs 'n geringe finansiële uitset gemaak wat basies brandstofuitgawes en sekere administratiewe uitgawes behels het.

### **1.10.4 Toetsing van die fokusgroepriglyn**

Toetsing van die fokusgroepriglyn het plaasgevind deur dit tydens die voorondersoek aan 'n groep van ses vierde jaar Maatskaplikewerkstudente te gee wat praktiese opleiding by ACVV Wellington ondergaan. Die funksie van hierdie groep was om die praktiese aspekte ten opsigte van die uitvoerbaarheid van die fokusgroepriglyn te evalueer, veral of dit duidelik en verstaanbaar is en inligting na vore bring wat die navorser vir verdere studie kan aanwend.

## ***1.11 OMSRYWING VAN UNIVERSUM, AFBAKENING VAN STEEKPROEF EN WYSE VAN STEEKPROEFTREKKING***

Vir die doel van hierdie navorsing het die universum alle beraders wat betrokke by Stellenbosch Vigsaksiegroep is ingesluit. Die populasie het uit alle beraders bestaan wat ingeskakel is by die Vigsaksiegroep en betrokke is by die kind wat deur VIGS geraak word. Die steekproef is uit bogenoemde populasie geselekteer en het uit 10 beraders bestaan wat betrokke is by die kind wat deur VIGS geraak word.

Die wyse van steekproeftrekking word volgens Rubin en Babbie (1997:233) en Strydom en De Vos (1998:193) in twee groepe ingedeel, naamlik waarskynlikheid



(“probability”) steekproeftrekking en nie-waarskynlikheid (“non-probability”) steekproeftrekking. Waarskynlikheid steekproeftrekking het te make met ewekansigheid teenoor nie-waarskynlikheid steekproeftrekking wat nie op ewekansigheid gebaseer word nie. In hierdie navorsing is daar van nie-waarskynlikheid steekproeftrekking gebruik gemaak.

As sub-kategorie van die nie-waarskynlikheid steekproeftrekking is daar van doelgerigte steekproeftrekking gebruik gemaak waar die kriteria vir die steekproef deur die navorser self bepaal is (Singleton in Strydom & De Vos, 1998:198). In hierdie geval het die steekproef bestaan uit:

- Beraders wat werksaam is binne die geografiese grense van die Stellenbosse munisipale gebied.
- Beraders wat aktief betrokke is by die Vigsaksiegroep in Stellenbosch.
- Beraders wat direk betrokke is by die kind wat deur VIGS geraak word.
- Beraders wat Afrikaans of Engels magtig is.

### 1.12 ETIESE KWESSIES

Alhoewel die aard en die doel van hierdie navorsing nie die moontlikheid daargestel het om respondente bloot te stel of in gevaar te stel nie, was daar tog sekere etiese aspekte wat tydens die navorsing in ag geneem is. Hierdie etiese kwessies wat ooreenstem met sekere van die etiese kwessies wat deur Strydom (1998a:25-33) geïdentifiseer is, het veral die volgende aspekte ingesluit:

- **Ingeligte toestemming voordat respondente by enige handeling betrek word.** Ten einde die ingeligte toestemming van die respondente te kry, het die navorser hulle vooraf deeglik ingelig ten opsigte van die doel van die ondersoek asook van die prosedure wat tydens die ondersoek gevolg sou word. Die navorser het hulle ook ingelig ten opsigte van hoeveel van hulle tyd deur die navorsing opgeneem sou word en aan hulle die geleentheid gegee om enige tyd aan die navorsing te onttrek wanneer hulle so sou voel. Elke respondent het 'n ingeligte toestemmingsvorm (Bylaag C1 en C2) geteken as kennisname van wat van hulle verwag word.
- **Misleiding van respondente ten einde hulle samewerking te verkry.** Die navorser het met die aanvang van die navorsing reeds die werklike doel van

die navorsing aan die respondente bekend gemaak asook hulle funksie in die navorsingsproses. Op só 'n wyse het die navorser aan die respondente die geleentheid gegee om te besluit of hulle deel van die navorsing wou wees of nie.

- **Skending van respondente se privaatheid.** Alhoewel hierdie aspek nie werklik so relevant vir hierdie studie was nie omdat daar nie persoonlike inligting van die respondente ingesamel is nie, het die navorser steeds die reg van privaatheid met elke respondent bespreek.
- **Die navorser se optrede en vermoëns.** Die navorser het deurentyd daarop gelet om professioneel en eties korrek op te tree. Aangesien die empiriese ondersoek 'n multikulturele groep betrek het, was die navorser bedag op die verskillende kulturele gebruike en het dit gerespekteer en erken.
- **Die bekendmaking en/of publikasie van navorsingsgegewens.** Die bekendmaking van die finale verslag sal akkuraat, objektief en duidelik wees en respondente sal oor die resultaat van die navorsing in kennis gestel word.

Geen ander etiese kwessies het tydens die navorsingsprojek na vore gekom wat nie vooraf hanteer is nie.

### **1.13 PROBLEME OF LEEMTES ERVAAR TYDENS DIE NAVORSING**

Die navorser het die volgende probleme tydens die voltooiing van die navorsing ervaar:

- Alhoewel al die groeplede van die fokusgroepe Engels magtig was, het die twee groepe uit lede bestaan wat Afrikaans, Engels en Xhosa as eerste taal praat. Dit het 'n geringe aanpassing van die navorser geverg tydens die fokusgroeponderhoude.
- Min Internetbronne is benut aangesien die navorser nie direkte toegang tot internetfasiliteite het nie.
- Die afstand van Pretoria af het ook bepaalde logistieke probleme tot gevolg gehad.

### **1.14 DEFINISIES VAN HOOFKONSEPTE**

### 1.14.1 MIV en VIGS

Ten einde MIV en VIGS te definieer is dit nodig om kortliks te kyk wat hierdie twee terme behels. Volgens Schoub (1994:20) verwys MIV-infeksie en VIGS na twee verskillende aspekte van dieselfde proses. 'n Persoon is met MIV geïnfekteer wanneer die virus in die liggaam geïdentifiseer is en in die selle van die persoon se liggaam vermeerder. Die virus infekteer veral twee sisteme van die liggaam, naamlik die immuunstelsel en die sentrale senuweestelsel. Die siekte manifesteer homself wanneer hierdie twee stelsels beskadig word. Wanneer laasgenoemde plaasvind, het die persoon wat geïnfekteer is VIGS. VIGS is volgens Schoub (1994:19) "... *the end stage disease manifestation of an infection with a virus called the human immuno-deficiency virus (HIV)*".

Van Dyk (2001:4-5) meld dat alhoewel daar na VIGS verwys word as 'n siekte, dit in werklikheid 'n versameling van verskillende toestande is wat in die liggaam manifesteer. Hierdie manifestasie vind plaas omdat die MI-virus die immuunsteitem van die liggaam so afgetakel het dat die liggaam die agent wat die siektes veroorsaak nie langer kan beveg nie. VIGS kan volgens hierdie skrywer dus gedefinieer word as 'n sindroom van opportunistiese siektes, infeksies en sekere kankers wat gesamentlik of afsonderlik verantwoordelik kan wees vir die dood van die geïnfekteerde persoon tydens die finale stadium van die siekte.

MIV/VIGS onderskei hom volgens die navorser van die meeste ander siektes as 'n siektetoestand wat 'n pad van veral fisiese agteruitgang vir die geïnfekteerde persoon sonder die hoop op herstel of genesing inhou. Alhoewel die geïnfekteerde persoon vir baie jare nadat hy of sy geïnfekteer is steeds 'n sinvolle bestaan kan voer, word so 'n persoon tog met die bekendmaking van die MIV-positiewe toets gekonfronteer met die werklikheid van die dood.

### 1.14.2 Middelkinderjare

Louw, Van Ede en Ferns (1998:326) beskou die middelkinderjare as die tydperk tussen die sesde en twaalfde lewensjaar van die kind wat relatief rustige jare is wat die kind se fisieke ontwikkeling betref. Hierdie is egter 'n belangrike tydperk

vir die kind ten opsigte van sy of haar kognitiewe, sosiale, emosionele en selfkonsepontwikkeling. 'n Gebalanseerde ontwikkeling gedurende die middelkinderjare lê volgens hierdie skrywers (1998:326) 'n stewige fondament vir latere ontwikkeling. Dit berei die kind ook voor op aanpassings en uitdagings van die adolessente jare.

Neuman en Romanowski (1998:123, 139) bespreek die kind in die middelkinderjare binne twee ouderdomsgroepe, naamlik die kind tussen ses en agt jaar en die kind tussen nege en twaalf jaar. Volgens hierdie skrywers is die ouderdom tussen ses en agt jaar 'n oorgangstydperk en 'n tydperk van selfontdekking vir die kind. Waar die kind se lewe vroeër gedomineer is deur sy of haar ouers en gesin, word dit nou dramaties uitgebrei deur die skool en die sosiale kontak met maats. Kinders tussen nege en twaalf jaar bevind hulle volgens die skrywer by 'n punt waar hulle nie meer jong kinders is nie, maar ook nog nie tieners is nie. Alhoewel hierdie kinders 'n behoefte ontwikkel om meer onafhanklik van hulle ouers te word en alleen na plekke toe te wil gaan, bly hulle steeds van hulle ouers afhanklik vir emosionele ondersteuning en leiding.

Die middelkinderjare word volgens die navorser gesien as 'n tydperk waar die blootstelling aan sosiale kontak met maats en die skool die kind bewus maak van sy of haar vermoëns en beperkings. Dit is ook 'n tydperk waar die kind die geleentheid behoort te hê om hom- of haarself buite die grense van die gesin te kan ontdek, maar met die wete dat wanneer dit nodig is, emosionele ondersteuning en leiding van die ouers beskikbaar is.

### **1.14.3 Berading**

Alhoewel daar verskeie definisies vir berading bestaan (vergelyk Brooks, 1997:321; *American Psychological Association, Division of Counseling Psychology, Committee on Definition*, in Thompson & Rudolph, 2000:17-18 en *The National Conference of State Legislatures and the American Counseling Association* in Thompson & Rudolph, 2000:18) gee Johnson (in Van Dyk, 2001:200) se definisie van berading die navorser se opinie die beste weer, naamlik dat berading 'n gestruktureerde gesprek is wat daarop fokus om 'n kliënt se lewenskwaliteit te fasiliteer in tye van teenspoed. Gillis (1996:2) fokus in sy definisie van berading spesifiek op berading met jong mense en beskou berading

as “... a facilitative process in which the counsellor, working within the framework of a special helping relationship, uses specific skills to assist young people to help themselves more effectively”.

Berading bestaan volgens die navorser uit 'n bepaalde aksie of aktiwiteit wat daarop gemik is om verandering by die kliënt teweeg te bring. Die aksie of aktiwiteit bestaan uit 'n gestruktureerde gesprek waar die kliënt, met die nuwe inligting tot sy of haar beskikking, die geleentheid kry om self 'n keuse te maak ten opsigte van verandering al dan nie. Vir die doel van hierdie studie sal na persone wat in 'n hulpverleningshoedanigheid by berading betrokke is, verwys word as beraders.

### **1.15 INDELING VAN NAVORSINGSVERSLAG**

Die navorsingsverslag sal soos volg daar uitsien:

- Hoofstuk 1: Inleiding en Navorsingsmetodologie
- Hoofstuk 2: MIV/VIGS en die impak daarvan op die kind
- Hoofstuk 3: Berading en die kind wat deur VIGS geraak word
- Hoofstuk 4: Empiriese gegewens en navorsingbevindings
- Hoofstuk 5: Samevatting, gevolgtrekkings en aanbevelings.

## **HOOFSTUK 2**

### **MIV/VIGS EN DIE IMPAK DAARVAN OP DIE KIND**

#### **2.1 INLEIDING**

Die omvang van MIV/VIGS en die volle impak daarvan op die kind se ontwikkeling sal waarskynlik nie in hierdie leeftyd in totaliteit bereken kan word nie. Terwyl die MIV/VIGS-pandemie toenemend groei, is dit volgens die navorser juis die kind wat die meeste daardeur geraak word en wel op alle vlakke van sy of haar ontwikkeling. Cameron (1993:13) som die situasie ten opsigte van MIV/VIGS en die kind baie raak op met die opmerking dat: “*(t)he serious impact of HIV/AIDS on children in many ways highlights the tragedy of this epidemic*”.

Die tragedie van hierdie pandemie word juis uitgelig deur die statistieke wat in hoofstuk 1 bespreek is. Hierdie statistieke bevestig ook die noodsaaklikheid om die situasie van die kind wat geaffekteer of geïnfecteer is, in oënskou te neem.

In hierdie hoofstuk gaan daar dus gepoog word om vas te stel wat die ontwikkelingsbehoefte van die kind in die middelkinderjare is. Spesifieke aandag sal gegee word aan die fisiese, emosionele en sosiale behoeftes van hierdie fase en die impak wat MIV/VIGS daarop uitoefen by sowel die geïnfecteerde as die geaffekteerde kind. Wetlike, morele en etiese kwessies ten opsigte van MIV/VIGS en die impak daarvan op die kind sal ook bespreek word.

Ander aspekte wat ook in hierdie hoofstuk aandag sal geniet, is ’n kortlikse bespreking van MIV/VIGS vanuit ’n Suid-Afrikaanse perspektief, die kliniese beeld van MIV/VIGS en die voorkoms van MIV/VIGS onder kinders.

## 2.2 MIV/VIGS: 'N SUID-AFRIKAANSE PERSPEKTIEF

Wanneer daar na die MIV/VIGS-statistieke vir Suid-Afrika gekyk word en die afmetings wat dit oor die afgelope dekade aangeneem het, is dit duidelik waarom daar na hierdie siektetoestand as 'n pandemie verwys word. VIGS is vir die eerste keer in 1982 in Suid-Afrika geïdentifiseer toe twee mans met VIGS gediagnoseer is. (Vergelyk Whiteside & Sunter, 2000:47 en Togni, 1997:25.) Wat aanvanklik as 'n siekte van wit homoseksuele mans beskou is, is volgens Whiteside en Sunter (2000:47) in 1991 verkeerd bewys. Statistiek het toe getoon dat die hoeveelheid heteroseksuele gevalle wat gediagnoseer is net soveel was as die hoeveelheid homoseksuele gevalle.

Volgens die huidige stand van sake in Suid-Afrika is dit nie net volwassenes wat deur MIV/VIGS geaffekteer word nie, maar persone van alle ouderdomsgroepe, insluitende babas en kinders. Crewe, van die Universiteit van Pretoria se Sentrum vir die studie van VIGS (in Ross, 2001:20), het ten opsigte hiervan die volgende syfers in 2000 bekend gemaak:

- 60% van alle mense wat met die MI-virus lewe, bly in sub-Sahara Afrika;
- 3,5 miljoen van hierdie mense woon in Suid-Afrika;
- 90% van alle babas wat met die MI-virus gebore word, is in Afrika; en
- ongeveer 23% van die totale Suid-Afrikaanse bevolking is MIV-geïnfekteer.

Togni (1997:25) sluit by hierdie syfers aan deur op te merk dat daar in 'n vooruitskouing bepaal is dat ongeveer 7,5 miljoen mense in Suid-Afrika teen die jaar 2005 met die MI-virus geïnfekteer sal wees en ongeveer 2,9 miljoen mense as gevolg van die virus sou gesterf het.

Dit is duidelik dat die voorkoms van MIV/VIGS wêreldwyd, en ook in Suid-Afrika, 'n dinamiese en omvangryke probleem is wat in die toekoms nog belangrike uitdagings aan almal wat daarby betrokke is, gaan stel. MIV/VIGS affekteer nie net 'n spesifieke ouderdomsgroep, ras of geslag nie, maar die hele bevolking word daardeur geaffekteer. Vervolgens word die kliniese beeld van MIV/VIGS bespreek.

## 2.3 KLINIESE BEELD VAN MIV/VIGS

Ten einde te verstaan hoe die MI-virus die menslike liggaam aanval, wanneer is 'n persoon slegs MIV-geïnfekteer en wanneer het die persoon VIGS, is dit nodig om kortliks in mediese terme na hierdie twee begrippe te kyk. Volgens Toms (in Togni, 1997:12-14) dring die MI-virus die liggaam binne deur die bloedstroom waarna dit regdeur die liggaam sirkuleer. Sodra die MI-virus die bloedstroom binnegedring het, begin die virus dadelik die immuunstelsel aanval en beskadig.

Die selle wat die meeste deur die virus geïnfekteer en vernietig word, is die T4-helper selle wat 'n belangrike beheerende en kontrolerende komponent van die immuunstelsel vorm. Wanneer hierdie selle nie normaal funksioneer nie, veroorsaak dit dat die immuunstelsel homself nie voldoende teen infeksies en die ontwikkeling van sekere kankers kan verdedig nie. Tesame hiermee beskadig die MI-virus ook die werking van die senuwee- en spierselle wat aanleiding gee tot die verswakking en agteruitgang van die persoon se gees-testoestand. Alhoewel hierdie proses oor 'n tydperk verloop (vergelyk Togni, 1997:12; Evian, Miller & Steinberg 1993:23 en Van Dyk, 2001:37), wil dit tog voorkom asof daar net 'n pad van agteruitgang is sodra die MI-virus die bloedstroom binnegedring het.

MIV-infeksie kan volgens Van Dyk (2001:37-42) teoreties in die volgende fases gedeel word:

### 2.3.1 Die primêre MIV-infeksie fase

Hierdie fase staan ook bekend as die akute sero-konversie fase wat begin wanneer die persoon se MIV-negatiewe status verander na 'n MIV-positiewe status. Sero-konversie ontstaan ongeveer vier tot agt weke nadat 'n persoon met die MI-virus geïnfekteer is. Simptome tydens hierdie fase wat gewoonlik vir ongeveer een tot twee weke sigbaar is, word meestal verwar met 'n griepige virus-infeksie wat ongesiens by die persoon kan verbygaan. (Vergelyk Evian, *et al.*, 1993:25.) Hierdie simptome kan volgens Schoub (in Van Dyk, 2001:37) 'n seer keel, hoofpyne, ligte koors, moegheid, spier- en gewrigpyne, swelling van die limfkliere, 'n uitslag en soms ook mondsere behels.



### **2.3.2 Die asimptomatiese latente fase**

Daar word soms na hierdie fase as die stil fase verwys omdat die geïnfekteerde persoon geen simptome toon nie en soms onbewus is van die feit dat hy of sy 'n draer van die MIV-virus is. Alhoewel die geïnfekteerde persoon onbewus is van die virus en gesond voorkom, is die virus egter aktief in die liggaam en kan dit tydens hierdie fase versprei word (Evian, *et al.*, 1993:26).

### **2.3.3 Vroeë simptomatiese fase van MIV**

Tydens hierdie fase kan die persoon een of meer van die volgende simptome presenteer: koors, nagsweet, aanhoudende en chroniese diarree, duidelike, maar onverklaarbare gewigsverlies, herhaaldelike mondsere, veluitslag, moegheid, hoofpyn en aanhoudende hoes. (Vergelyk Evian, *et al.*, 1993:26-27.)

### **2.3.4 Die hoof simptomatiese fase van die MIV-infeksie en opportunistiese siektes**

Ernstige simptome en opportunistiese siektes begin voorkom sodra die immuunstelsel toenemend afgebreek word. Die volgende simptome is gewoonlik 'n aanduiding van gevorderde immuniteitsgebrek: aanhoudende en herhaaldelike mond en vaginale swaminfeksies, gordelroos, herpes, bakteriële velinfeksies en veluitslag, periodieke of konstante onverklaarbare koors wat vir meer as 'n maand kan duur, nagsweet, chroniese diarree wat vir meer as 'n maand kan duur, sigbare en onverklaarbare gewigsverlies (tot 10% meer as die persoon se normale liggaamsgewig), hoofpyne en ongemak van die buik, aanhoudende hoesbuie, die reaktivering van tuberkulose en die aanvang van verskillende opportunistiese siektes.

### **2.3.5 VIGS: Die ernstige simptomatiese fase**

Dit is slegs wanneer 'n persoon die vierde fase bereik het dat die term VIGS ter sprake kom. Gedurende hierdie fase raak die simptome van die MIV-infeksie baie meer akut en die persoon word geïnfekteer met betreklike skaars en vreemde organismes wat gewoonlik nie op antibiotika reageer nie. Die immuunstelsel neem ook drasties af en aanhoudende en onbehandelbare opportunistiese siektes begin al meer manifesteer. Sommige kenmerke van hierdie fase sluit die volgende in:

- Die persoon is baie maer as gevolg van aanhoudende diarree;
- Mondspoei kom voor wat pynlik kan raak en aanleiding daartoe gee dat die persoon nie kan eet nie;
- Die persoon is baie moeg en MIV “*encephalopathy*” kom voor wat basies behels dat die persoon se kognitiewe, gedrags- en motoriese funksies drasties afneem;
- Respiratoriese infeksies mag veroorsaak dat die persoon aanhoudend hoës, borspyn en koors ervaar; en
- Persoonlikheidsverandering tree in asook geheueverlies, hallusinasies, inkontinensie en verlies van sig. (Vergelyk Evian, *et al.*, 1993:28-30; Togni, 1997:14 en Fouché, 1992:135-139.)

’n Aspek wat gereeld ter sprake kom ten opsigte van MIV/VIGS is die tydperk wat dit neem vandat ’n persoon MIV-positief gediagnoseer is, VIGS ontwikkel het en doodgaan. Evian, *et al.*, (1993:25) beweer dat ongeveer 80% van MIV-geïnfekteerde persone binne 12 jaar nadat hulle geïnfekteer is, VIGS sal ontwikkel en hierna volgens Van Dyk (2001:40) binne twee jaar kan doodgaan.

Twee aspekte wat volgens bogenoemde skrywers die proses moontlik kan verleng, is eerstens die persoon se algemene gezondheidstoestand en leefstyl ten tye van die infeksie. Tweedens hang dit af of die persoon anti-retrovirale behandeling soos die toediening van AZT ontvang wanneer die infeksie in VIGS ontwikkel het. Tot op datum bestaan daar egter nog geen genesing vir MIV/VIGS nie en daarom ervaar mense dat hulle ’n doodstydning kry wanneer hulle MIV-positief gediagnoseer word.

Die feit dat daar nog geen genesing vir MIV/VIGS bestaan nie, maak dit volgens die navorser ’n gevreesde siekte vir die geïnfekteerde en die geïnfekteerde persoon. ’n Aspek wat egter belangrik is en in gedagte gehou moet word, is die feit dat ’n geïnfekteerde persoon ’n betreklike normale, gesonde en produktiewe lewe kan lei lank nadat hy of sy MIV-positief gediagnoseer is. Vervolgens word die voorkoms van MIV/VIGS onder kinders bespreek.

## 2.4 DIE VOORKOMS VAN MIV/VIGS ONDER KINDERS

Syfers wat in 2000 bekend gemaak is (vergelyk 2.2), dui aan dat 3,5 miljoen mense in Suid-Afrika MIV-positief is, wat opsigself weer 'n aanduiding is dat die voorkoms van MIV/VIGS onder babas en kinders baie hoog is. Daarmee saam gaan die stryd rondom die beskikbaarstelling van antiretrovirale medisyne in die staatsektor steeds voort. (Vergelyk *Die Burger*, 2003:4.) Nevirapien wat 'n antiretrovirale middel is en deur MIV-positiewe swanger vrouens as 'n "wondermiddel" beskou word, is byvoorbeeld steeds nie algemeen beskikbaar nie. Navorsing het egter bevind dat die toediening van nevirapien aan MIV-swanger vrouens, die kans van moeder-na-kind-oordrag met tot 50% verminder (Swanepoel, 2002:17).

Alhoewel die transmissie van die MI-virus by kinders, net soos by volwassenes deur middel van bloed en seksuele oordrag plaasvind, lig die WGO (in Van Dyk, 2001:32) spesifieke wyses uit waarop oordrag by 'n kind kan plaasvind, naamlik:

- in die uterus, tydens die geboorte en na die geboorte deur middel van borsmelk;
- as gevolg van seksuele mishandeling;
- tydens bloedoortapping waar die bloed besmet is;
- deur die gebruik van ongesteryliseerde toerusting deur gesondheidsorg-beamptes en tradisionele genesers;
- deur kinderprostitusie of seksuele inisiasiepraktyke wat by sekswerkers gevind word; en
- deur spuitnaalde te deel om dwelmmiddels binne-aars toe te dien.

(Vergelyk Cameron, 1993:13 en Evian, *et al.*, 1993:127.)

Uit die verskillende wyses waarop kinders geïnfekteer kan raak, bestaan die grootste groep juis uit kinders wat deur hulle moeders tydens swangerskap geïnfekteer is. Voorspellings van persentasies tussen 14% en 52% word genoem van moeders wat seropositief is en die MI-virus na hulle ongebore kind toe sal oordra (vergelyk Evian, *et al.*, 1993:127 en Cameron, 1993:13), wat verklaar waarom die meeste geïnfekteerde kinders uit hierdie groep kom.

Kinders wat op bogenoemde wyse geïnfekteer is, se lewensverwagting is gewoonlik nie baie hoog nie. Evian, *et al.* (1993:127) noem dat hierdie kinders ook vinniger simptome ontwikkel en hulle mag volgens Togni (1997:67) selfs siek gebore word en binne die eerste jaar na geboorte sterf. Laasgenoemde skrywer meld ook dat kinders wat MIV-positief gebore is, nie anders lyk as ander kinders nie en eers na 18 maande positief of negatief getoets kan word. Sommige kinders mag moontlik eers twee of drie jaar na hulle geboorte simptome begin ontwikkel. Wat egter van belang is, is die feit dat 'n kind wat MIV-geïnfekteer is, spesifieke behoeftes het wat spesiale aandag verg.

Die simptome wat kinders presenteer, stem baie ooreen met dié van volwasse MIV-geïnfekteerde persone. Volgens Evian, *et al.* (1993:130) sluit dit simptome in soos:

- herhaaldelike en aanhoudende diarree;
- mondsproei;
- aanhoudende koors;
- bakteriële infeksies soos longontsteking, breinvliesontsteking en blaas-infeksie;
- geswolle kliere in die kind se nek, arms en lies;
- onvermoë om gewig op te tel;
- opportunistiese siektes byvoorbeeld toksiooplamosis, tuberkulose en erge mondsproei;
- tuberkulose van die longe en ander organe; en
- neurologiese skade wat aspekte soos vertraagde ontwikkeling of die regressie van mylpale wat reeds bereik is, stuipe en verminderde kopgroei insluit.

Dit is duidelik dat die voorkoms van MIV/VIGS onder kinders baie hoog is en 'n realiteit is wat baie spesifieke aandag vereis. Alhoewel die oordrag van die MIV-virus en die simptome wat gepresenteer word min of meer dieselfde is as by volwassenes, is die navorser van mening dat die impak van MIV/VIGS op die kind baie meer gekompliseerd is. Kinders word as gevolg hiervan in situasies geplaas waar die onmoontlike soms van hulle verwag word, ongeag hulle geslag of

ouderdom. Laasgenoemde opmerking is volgens die navorser ook van toepassing op die vele kinders wat deur MIV/VIGS geaffekteer word deurdat een of albei ouers MIV-positief is of reeds as gevolg van VIGS oorlede is. Vervolgens sal aandag gegee word aan die impak van MIV/VIGS op die ontwikkelingsbehoefte van sowel die geïnfecteerde as die geaffekteerde kind in die middelkinderjare.

## **2.5 DIE POTENSIËLE IMPAK VAN MIV/VIGS OP DIE ONTWIKKELINGS-BEHOEFTES VAN DIE KIND IN DIE MIDDELKINDERJARE**

Soos reeds onder 1.14.2 bespreek is, beskou Louw, *et al.* (1998:326) die middelkinderjare as die tydperk waar kognitiewe, sosiale, emosionele en selfkonsepontwikkeling by die kind plaasvind. Ontwikkeling op al vier hierdie terreine word as noodsaaklik beskou aangesien kinders hierdeur 'n beter begrip van hulle leefwêreld of die sosiale omgewing waarin hulle nou begin beweeg vorm. Hierdeur word nuwe geleenthede vir die kind geskep om te sosialiseer en sodoende nuwe leerervarings op te doen.

Leerervarings tydens hierdie fase speel veral 'n belangrike rol aangesien dit die kind voorberei vir die aanpassings en uitdagings wat in die adolessente jare volg (Louw, *et al.*, 1998:326). Die navorser is daarom van mening dat die blootstelling aan ouderdomtoepaslike ("*age appropriate*") leerervarings in die middelkinderjare 'n stewige en gebalanseerde basis vir die latere ontwikkeling van die kind sal lê. Wanneer 'n kind dus nie hieraan blootgestel word nie, kan dit verreikende gevolge op die ontwikkeling en bemeestering van die basiese ontwikkelingsbehoefte van so 'n kind uitoefen.

Die teenwoordigheid van MIV/VIGS is volgens die navorser juis 'n faktor wat 'n groot invloed op die normale ontwikkeling van die kind in die middelkinderjare uitoefen. Vervolgens sal die fisiese, emosionele en sosiale behoeftes van die kind in die middelkinderjare bespreek word en spesifieke aandag sal geskenk word aan die potensiële impak wat MIV/VIGS op hierdie behoeftes van die kind het.

### 2.5.1 Fisiese behoeftes

Alhoewel die middelkinderjare gekenmerk word deur 'n tydperk waar fisiese ontwikkeling geleidelik en stadig plaasvind (vergelyk Steinberg, Belsky & Meyer, 1991:344; Louw, *et al.*, 1998:326 en Du Toit & Kruger in Kleynhans, 2000:53) is dit egter ook 'n fase wat gekenmerk word deur baie fisiese aktiwiteite. Dit is die ouderdom waar die kind begin skoolgaan en blootgestel word aan aktiwiteite soos swem, atletiek, tennis, rugby, krieket en netbal.

Volgens die navorser het die kind in hierdie fase die taak om kommervry die geleentheid te hê om hom- of haarself in die “*real world*” te oriënteer en 'n selfkonsep binne sy of haar ouderdomsgroep te ontwikkel. Vir basiese behoeftes soos behuising, voeding, klerasie en beskerming is die kind van hierdie ouderdomsgroep van 'n ouer(s) of 'n versorger afhanklik om in sy of haar fisiese behoeftes te voorsien. Dit is egter juis hierdie aspekte wat nie as die vanselfsprekende aanvaar kan word wanneer 'n kind aan MIV/VIGS blootgestel word nie.

#### *2.5.1.1 Potensiële impak van MIV/VIGS op die fisiese behoeftes van die geïnfekteerde kind*

Die aanvanklike fisiese ontwikkeling van die kind wat met die MI-virus geïnfekteer is, sal dieselfde wees as die fisiese ontwikkeling van 'n gesonde kind. Sodra die siekte egter vorder en oorgaan in VIGS sal die fisiese aftakeling van die kind se liggaam begin sigbaar word (Pizzo in Kleynhans, 2000:53). Asof die hantering van die fisiese aftakeling wat nou sigbaar word nie moeilik genoeg is nie, kan die kind volgens Davis-McFarland (2002:10) ook gekonfronteer word met aspekte soos fonologiese versteurings, spraakgebrek, sentrale ouditiewe prosesserings-versteuring en leegeremdheid.

Alhoewel die geïnfekteerde kind, as gevolg van sy of haar siektetoestand en die fisiese aftakeling wat intree, aanspraak behoort te kan maak op die basiese fisiese versorging, is die navorser van mening dat die teendeel in die meeste van die gevalle plaasvind. Kinders wat geïnfekteer is, is meestal self die slagoffers van ouers wat ook geïnfekteer is. (Vergelyk Antle, Wells, Goldie, DeMatteo & King, 2001:161.) Dit bring mee dat die ouer, as gevolg van sy of haar eie

siektetoestand, nie werklik in staat is om die kind fisies (en emosioneel) te ondersteun nie. Voeding, wat 'n basiese behoefte is en deur Saunders (in Van Dyk, 2001:371) as noodsaaklik beskou word in die voorkoming van opportunistiese infeksies wat by MIV/VIGS-pasiënte voorkom, bly in sulke gevalle ook dikwels agterweë. Dit gebeur bloot omdat die ouer(s) wat ook geïnfekteer is, mettertyd fisies nie meer kan werk nie en daarom finansieël nie in die behoeftes van die kind kan voorsien nie.

Ander fisiese behoeftes wat by laasgenoemde bespreking van die geïnfekteerde kind agterweë bly, sluit volgens die navorser aspekte soos mediese versorging, behuising, skoolbywoning, voldoende higiëne en sanitasie en basiese fisiese beskerming in. Hierdie standpunt word onderstreep deur opmerkings van kinders wat geïnfekteer is, byvoorbeeld:

*“Sometimes a child is ill-treated, is discriminated against. The child is not treated like other children in the house. She has to do all the chores even when other children are around”;*

*“Squatter areas are unhygienic with no running water or sanitation”;* en  
*“I can't go to school because my mother can't afford to pay my school fees. Each time I go to school, my teachers send me away” (Giese, 2001:4).*

Dit wil voorkom asof die kind wat geïnfekteer is tot 'n groot mate aan sy of haar eie lot oorgelaat word en op nie veel simpatie of empatie aanspraak kan maak nie. In 'n situasie waar alle moontlike fisiese versorging en ondersteuning vir die geïnfekteerde kind beskikbaar behoort te wees, is dit juis die tyd waar wanvoeding en fisiese verwaarlosing intree.

#### *2.5.1.2 Potensiële impak van MIV/VIGS op die fisiese behoeftes van die geïnfekteerde kind*

Gesien in die lig van die feit dat die geïnfekteerde kind ook deel uitmaak van 'n huishouding waar 'n ouer(s) geïnfekteer is, kan aanvaar word dat die impak van MIV/VIGS op die fisiese behoeftes van so 'n kind min of meer dieselfde sal wees as vir die geïnfekteerde kind. In 'n studie wat spesifiek gefokus het op die impak van MIV/VIGS op geïnfekteerde kinders, het Hunter en Williamson (jaartal

onbekend:14) juis bevind dat hierdie kinders met die volgende aspekte gekonfronteer word:

- 'n verlies aan hulle gesin;
- 'n toename aan wanvoeding;
- 'n verlies aan gesondheidsorg;
- toenemende druk om een of ander werk te bekom;
- 'n afname in geleenthede om skoolopleiding te ontvang;
- 'n verlies aan erfenis;
- geforseerde verhuising;
- “*Homelessness*”, ondervoeding, straatlopery, misdaad; en
- die blootstelling aan MIV infeksie.

(Vergelyk Marcenko & Samost, 1999:39.)

'n Aspek wat volgens die navorser van groot belang is, is die feit dat geaffekteerde kinders die versorgers van huishoudings word (vergelyk Hunter & Williamson, jaartal onbekend:17) terwyl hulle self op fisiese versorging aanspraak behoort te maak. In dié verband maak Giese, Meintjes en Proudlock (2002:59) onder meer melding van 'n agtjarige kind (geslag onbekend) van wie daar verwag was om na die pa, 'n ouma en 'n sussie wat in die kleuterskool was, om te sien. In die kind se geval is die moeder as gevolg van VIGS-verwante siektes oorlede.

Die feit dat geaffekteerde kinders aan seksuele mishandeling en misdrywe blootgestel word, is 'n ander aspek wat baie kommer wek. (Vergelyk Giese, *et al.*, 2002:48-50.) Die wanpersepsie dat gemeenskap met 'n maagd 'n persoon wat MIV-positief is van die virusinfeksie sal genees, blyk veral hiervoor verantwoordelik te wees. In dié verband word melding gemaak van kinders wat deur hulle eie ouers en naby familieledede gemolesteer is. Dit wil dus voorkom asof basiese fisiese beskerming deur 'n ouer(s) nie 'n aspek is waarop die geaffekteerde kind noodwendig aanspraak kan maak nie.

Dit is vir die navorser duidelik dat die geaffekteerde kind in die middelkinderjare verliese op bykans elke vlak van sy of haar menswees ervaar. Die grootste verlies is waarskynlik die verlies aan kindwees aangesien hierdie kinders baie maal die versorgers in huishoudings word waarvan een of albei ouers aan VIGS



oorlede is. Die navorser is van mening dat hierdie rolverskuiwing en die verantwoordelikheid daaraan verbonde, 'n beduidende impak op die ontwikkeling van die kind in die middelkinderjare behoort te hê.

### **2.5.2 Emosionele behoeftes**

Volgens Turner en Helms (in Louw, *et al.*, 1998:349) gaan die middelkinderjare met groter emosionele volwassenheid gepaard wat impliseer dat groter emosionele buigbaarheid en differensiasie bereik word. Dit gee daartoe aanleiding dat 'n kind in hierdie fase oor die vermoë beskik om 'n verskeidenheid van gevoelens uit te druk (vergelyk Van Dyk, 2001:161) en in staat is om 'n naam aan 'n persoonlike gevoel te gee. In die middelkinderjare ontwikkel die kind ook die vermoë om emosionele leidrade by ander mense waar te neem en te verstaan waarom hulle voel wat hulle voel.

Die groter emosionele volwassenheid waarmee hierdie fase gepaard gaan, impliseer volgens die navorser noodwendig 'n al groter begrip by die kind ten opsigte van MIV/VIGS en die moontlike implikasies daarvan. 'n Groter begrip behels weer 'n groter bewuswording van bepaalde gevoelens en ervarings wat nie ontken mag word nie, maar saam met die kind hanteer behoort te word. Die navorser is egter van mening dat die gevoelens van kinders wat deur VIGS geraak word nie altyd erken word nie en dat hulle om verskeie redes nie die geleentheid kry om hierdie gevoelens te ventileer nie.

#### *2.5.2.1 Die potensiële implikasies van MIV/VIGS op die emosionele behoeftes van die geïnfekteerde kind*

Die groter emosionele volwassenheid wat met die middelkinderjare gepaard gaan en die kind se vermoë tot emosionele differensiasie, dra volgens die navorser daartoe by dat die geïnfekteerde kind dieselfde emosies ervaar as 'n volwassene wat geïnfekteer is. Aangesien die kind nie oor dieselfde hanteringsvermoëns beskik as die volwassene wat geïnfekteer is nie, sal hierdie emosies egter op 'n ander vlak beleef word. Die navorser is van mening dat die betrokke emosies in 'n sekere mate waarskynlik selfs meer intens deur die geïnfekteerde kind beleef word.

Die emosies wat by die geïnfekteerde kind ter sprake is, sluit volgens Gibbons en Hunter (in Armstrong Dailey, 1991:620) die volgende in:

- *Woede*, veral in die geval waar die kind byvoorbeeld MIV/VIGS opgedoen het as gevolg van 'n ouer se leefwyse. Woede sal ook ervaar word wanneer die kind VIGS opgedoen het as gevolg van 'n verkragting.
- *Vrees*, veral vir verwerping en stigmatisering deur maats en onderwysers. (Vergelyk Sunderland & Shelp in Van Dyk, 2001:296.) Die geïnfekteerde kind kan ook gevoelens van vrees ervaar vir die onbekende, vir ongemak en vir fisieke pyn wat in nagmerries kan manifesteer. 'n Ander vrees waarmee die kind gekonfronteer word, en wat spanning en selfs depressie tot gevolg kan hê (vergelyk Claxton in Kleynhans, 2000:55), is die vrees om dood te gaan.
- *Skuld, ontkenning, skaamte, verwarring, angstigheid en skok* is ook emosies waarmee die geïnfekteerde kind gekonfronteer word. Kinders in die middelkinderjare aanvaar nog maklik verantwoordelikheid vir iets wat verkeerd gegaan het. (Vergelyk Van Dyk, 2001:160.) So kan hulle byvoorbeeld skuldig voel omdat hulle geïnfekteer is en dink dat dit as gevolg van iets is wat hulle verkeerd gedoen het of kon gekeer het.

Alhoewel daar verwag sou kon word dat die intense emosies wat die geïnfekteerde kind ervaar, hanteer moet word, is dit volgens Wiener en Septimus (1991:579) baie keer dié stadium waar die verhouding tussen die ouer en die kind gestremd is. Ouers weet nie altyd hoe hulle hulle kind se positiewe status moet hanteer nie en ignoreer dit om hierdie rede soms heeltemal. 'n Ander aspek wat die verhouding tussen die kind en die ouer beïnvloed, is in gevalle waar die kind geïnfekteer is as gevolg van die ouer se leefwyse. In so 'n geval ervaar die kind woede teenoor die ouer wat aanleiding kan gee tot baie aggressiewe gedrag en die ouer word weer deur skuldgevoelens oorweldig (Wiener & Septimus, 1991:580).

Die geïnfekteerde kind het ook nie altyd die vrymoedigheid om met enigiemand te praat oor sy of haar situasie nie uit vrees vir verwerping. (Vergelyk Wiener, Dupont Spencer, Davidson & Fair, 1993:61.) Kinders moet dus self die een of ander hanteringsmeganisme vind om van die emosies te hanteer. In baie gevalle

manifesteer dit in die vorm van een of ander probleem- of sosiaal onaanvaarbare gedrag.

Die beste beskrywing vir die emosies wat die geïnfekteerde kind mag ervaar, is volgens die navorser opgesluit in die woorde van 'n 12-jarige dogter wanneer sy opmerk:

*“Living with HIV and knowing that you can die from it is scary ... I think it is the hardest in this order: Not knowing when this will happen ... Not knowing where it will happen ... Worrying about my family ... What will happen to my stuff and my room? ... Thinking what my friends will think”*  
(Wiener, Best & Pizzo in Corr, Nabe & Corr, 2000:315-316).

#### 2.5.2.2 *Die potensiële implikasie van MIV/VIGS op die emosionele behoeftes van die geïnfekteerde kind*

Alhoewel daar aanvaar sou kon word dat die geïnfekteerde kind ook met emosies soos woede, vrees, skok, ontkenning, skuldgevoelens, skaamte, verwarring en angs gekonfronteer word (vergelyk Van Dyk 2001:260), is die posisie waarin die geïnfekteerde kind hom of haar bevind baie gekompliseerd. Hunter en Williamson (jaartal onbekend:5) merk byvoorbeeld op dat die probleme waarmee die geïnfekteerde kind gekonfronteer word, lank voor die ouers sterf reeds 'n aanvang neem en 'n wyer invloed het as net op die kind self.

Die aspek wat volgens die navorser die situasie van die geïnfekteerde kind die meeste beïnvloed, is die hele kwessie van geheimhouding rakende MIV/VIGS. Verskeie bronne (vergelyk Marcenko & Samost, 1999:39; Hackl, Somlai, Kelly & Kalichman, 1997:54 en Bauman, *et al.*, 2000:156) spreek dié dilemma aan waarin geïnfekteerde ouers hulle bevind ten opsigte van die bekendmaking van hulle status aan hulle kinders al dan nie. Dit wil voorkom asof die grootste motivering vir geheimhouding daarvoor gaan dat ouers hulle kinders pyn en hartseer, en die moontlikheid om aan stigmatisering en verwerping blootgestel te word, wil spaar. Volgens UNAIDS (in Van Dyk, 2001:261) is 'n bykomende motivering tot geheimhouding die feit dat daar in sekere Afrika-gemeenskappe geen tradisie bestaan om probleme met kinders te bespreek nie. In terme van MIV/VIGS sal

kinders dus hulle siek ouers sien en vermoed dat iets verkeerd is, maar die impak daarvan op die kind sal nooit met die kind self hanteer of bespreek word nie.

Die implikasies van geheimhouding het egter verreikende gevolge. Nie alleen ontnem dit die kind die geleentheid om hom of haar voor te berei op die verlies aan 'n ouer nie, maar ook die geleentheid om openlik te treur oor die betrokke ouer. Faithful (in Antle, *et al.*, 2001:162) verwys na hierdie situasie as 'n "... *'disenfranchised grief,' where loss becomes unspeakable*". (Vergelyk Doka in Bauman, *et al.*, 2000:165.) Die geaffekteerde kind kry volgens Bauman, *et al.* (2000:165) dus nie die geleentheid om gevoelens van verlies en woede uit te druk of vrae te vra nie en die rouproses op 'n geskikte wyse te prosesseer nie. Die voortdurende onderdrukking van gevoelens kan tot depressie aanleiding gee en die afhandeling van die rouproses vertraag.

Wanneer die potensiële implikasies van MIV/VIGS op die emosionele behoeftes van die geaffekteerde kind hanteer word, wil dit voorkom asof die behoeftes van hierdie kinders verwaarloos word. Die navorser is onder meer van mening dat die vrees vir verwerping soms ouers se oordeel belemmer om werklik in die beste belang van die kind op te tree. Die geïnfekteerde ouer het byvoorbeeld die keuse om sy of haar emosies en vrese met iemand, byvoorbeeld 'n berader te deel, maar dié keuse is nie altyd beskikbaar vir die geaffekteerde kind nie. Geaffekteerde kinders word dus gelaat om self wyses te vind om hulle verliese te hanteer.

### **2.5.3 Sosiale behoeftes**

Volgens Erikson (in Meyer & Van Ede, 1998:53-55) se ontwikkelingsteorie word die lewensloop van die mens in agt stadia verdeel. Die fase waarin die kind in die middelkinderjare hom of haar bevind, word volgens hierdie teorie as die arbeidsaamheid- versus die minderwaardigheidsfase gesien. Tydens hierdie fase is dit vir die kind belangrik om sekere vaardighede te bemeester wat vir die volwasse lewe nodig is. Deur die bemeestering van die vaardighede word 'n gevoel van bekwaamheid by die kind ontwikkel.

Skoolopleiding en al die blootstelling wat daarmee gepaard gaan, is 'n belangrike wyse waarop die kind die geleentheid kry om 'n gevoel van bekwaamheid te ontwikkel. Soos reeds gemeld in 1.14.2 begin maats en die skool tydens hierdie fase 'n al groter rol in die kind se lewe speel en dit word ook die maatstaf waaraan die kind hom- of haarself meet. (Vergelyk Kleynhans, 2000:54.) Kinders se “ek-wees” word nou deur eksterne bronne (soos die skool en maats) bevestig en hulle begin ook verder “weg beweeg” uit die veiligheid en sekuriteit van die huis.

Alhoewel skoolopleiding en maats 'n noodsaaklike blootstelling is vir die kind in die middelkinderjare, is die navorser van mening dat die kind wat deur VIGS geraak word, nie altyd die geleentheid of aanmoediging vir hierdie blootstelling ontvang nie. Dit impliseer dus dat dié kind nie blootstelling aan maats van sy of haar eie ouderdomsgroep het nie wat noodsaaklik is vir die sosiale ontwikkeling van die kind. Wat dus as 'n vanselfsprekende blootstelling vir die oorgrote meerderheid kinders in die middelkinderjare gesien word, kan nie noodwendig as die vanselfsprekende aanvaar word vir die kind wat deur VIGS geraak word nie.

#### *2.5.3.1 Die potensiële impak van MIV/VIGS op die sosiale behoeftes van die geïnfekteerde kind*

Die belangrikste oorweging vir die optrede van 'n kind in die middelkinderjare is om te konformeer met ander kinders se gedrag en om in geen omstandighede anders te wees as ander van dieselfde portuurgroep nie (Kleynhans, 2000:54). Die realiteit is egter dat die geïnfekteerde kind vanweë sy of haar siektetoestand geïsoleer word van maats en skoolaktiwiteite en soms vir 'n geruime tyd van die skool moet wegbly.

Hierdie feit blyk 'n sneeubaleffek op die kind se ontwikkeling te hê. Pizzo (in Kleynhans, 2000:54) meld onder meer dat die isolering van maats en skoolaktiwiteite 'n groot impak het op die kind se vermoë om te sosialiseer en te konformeer. Die gebrek aan sosialisering het weer tot gevolg dat die kind nie sekere kognitiewe-, sosiale- en emosionele vaardighede bemeester nie en 'n gevoel van minderwaardigheid kan ontwikkel. (Vergelyk Daniels in Liebenberg, 2001a:16.)

Dit is egter nie net die geïnfekteerde kind wat geïsoleer word nie, maar ook sy of haar hele gesin. Geïnfekteerde kinders is volgens Davis-McFarland (2002:10) gewoonlik deel van 'n gesin waar een of albei ouers geïnfekteer is en as gevolg van stigmatisering en 'n vrees vir verwerping, word die hele gesin sosiaal geïsoleer. (Vergelyk Mellins & Ehrhardt in Rehm & Franck, 2000:70.) Hierdie isolering behels volgens Rehm en Franck (2000:69) ook die isolering van “*usual support*” wat aspekte insluit soos mediese versorging, werksondersteuning, kerklike ondersteuning en die ondersteuning van familie en vriende. Die gebrek aan sosiale ondersteuning het tot gevolg dat die gesin uitbrand (vergeelyk Wiener & Septimus, 1991:581) en in 'n posisie geplaas word waar daar nie voldoende in die geïnfekteerde kind se behoeftes voorsien kan word nie.

Gebrekkige egokragte van die gesin en die sosiale stigma verbonde aan MIV/VIGS het volgens die navorser tot gevolg dat die geïnfekteerde kind nie genoegsaam gestimuleer word nie en dus sosiaal gedepriveerd raak. Dit opsigself kan die gevoel van minderwaardigheid by die kind verder bevestig en 'n groot invloed hê op die geïnfekteerde kind se selfkonsep. Alhoewel die geïnfekteerde kind baie siek is en mettertyd sy of haar fisiese kragte sal verloor, is die navorser van mening dat só 'n kind steeds 'n behoefte het om met maats te sosialiseer en 'n behoefte aan erkenning ervaar.

#### *2.5.3.2 Die potensiële impak van MIV/VIGS op die sosiale behoeftes van die geïnfekteerde kind*

Die sosiale behoeftes van die geïnfekteerde kind in die middelkinderjare stem uiteraard ooreen met die sosiale behoeftes van die geïnfekteerde kind in die middelkinderjare. Daarom sou aanvaar kon word dat die impak van MIV/VIGS op die sosiale behoeftes van die geïnfekteerde kind sal ooreenstem met dié van die geïnfekteerde kind.

Die navorser is egter van mening dat die geïnfekteerde kind aan 'n spesifieke proses blootgestel word wat sy of haar sosiale behoeftes beïnvloed en wat die volgende behels:

- *Stigmatisering*. Dit is waarskynlik die grootste probleem waarmee enige familie gekonfronteer word wat deur MIV/VIGS geraak is en Rehm en Franck (2000:69) verwys hierna as 'n "*stigmatized condition*". Giese, *et al.*, (2002:41) meld byvoorbeeld dat wanneer daar 'n vermoede bestaan dat 'n gesinslid aan VIGS dood is, die gemeenskap aanvaar dat die kinders van die gesin ook MIV-positief is en ander sal infekteer. Stigmatisering etiketteer dus 'n gesin as "sleg" en waarmee nie kontak gemaak moet word nie.
- *Isolering*. Stigmatisering gee aanleiding tot die isolering van die gesin wat deur MIV/VIGS geraak is. Dit impliseer onder meer dat só 'n gesin ontnem word van hulle voorregte van 'n gewone sosiale lewe (vergelyk Sunderland & Shelp in Van Dyk, 2001:296), waar kinders nie net vrylik en ongekompliseerd met maats kan kontak maak en sosialiseer nie.
- *Finansiële implikasies*. MIV/VIGS hou ernstige finansiële implikasies vir die gesin wat daardeur geraak word, in. Wanneer die siektetoestand van die MIV-positiewe ouer(s) versleg, het dit tot gevolg dat die betrokke ouer(s) nie langer kan werk of geld genereer om sy of haar gesin te versorg nie (Hunter & Williamson, jaartal onbekend:16). In baie gevalle word daar van die kinders verwag om werk te verrig en op so 'n wyse geld te verdien om in die basiese behoeftes van die gesin te voorsien. Kinders word ook baie aan diskriminasie blootgestel aangesien ouers nie skoolgelde kan bekostig nie en dit het weer tot gevolg dat die kinders nie skool bywoon nie. (Vergelyk Giese, *et al.*, 2002:17.)
- *Kinders versorg ouers*. Stigmatisering, sosiale isolasie en die finansiële implikasies van MIV/VIGS gee daartoe aanleiding dat kinders in posisies geplaas word waar hulle na hulle ouers moet omsien (Hunter & Williamson, jaartal onbekend:17). Nie alleen moet kinders wat agt of nege jaar oud is (vergelyk Giese, *et al.*, 2002:59) hulle ouers versorg nie, maar daar word ook van hulle verwag om al die verantwoordelikhede in die huishouding oor te neem.
- *Vigswesies ("Child-headed households")*. Van Dyk (2001:335) som die posisie waarin vigswesies hulle bevind goed op met die volgende opmerking: "*AIDS orphans in most cases live without basic human rights and dignity*". Die stigma verbonde aan MIV/VIGS gee byvoorbeeld daartoe aanleiding dat families nie bereid is om na vigswesies om te sien nie, wat tot gevolg het dat hierdie

kinders sosiaal geïsoleer word en ontnem word van 'n reg om skoolopleiding te ontvang (Van Dyk, 2001:334). Na die afsterwe van die ouers neem baie kinders ook die rol aan van die broodwinner in die huishouding en die verantwoordelikheid om na jonger broers of susters om te sien. Volgens Giese, *et al.* (2002:62) veroorsaak dit dat hierdie kinders nie ten volle bewus is van wat hulle regte as kind is nie en as gevolg van hulle selfopgelegde verantwoordelikheid nie gereeld skool kan bywoon nie.

Hierdie proses gee volgens die navorser daartoe aanleiding dat die geaffekteerde kind hom of haar op 'n eiland bevind waar hulle van alle sosiale blootstelling ontnem word wat nodig is vir hulle normale ontwikkeling. Dit is veral die reg op skoolopleiding en al die blootstelling wat dit behels, soos kontak met kinders van hulle eie ouderdom, wat van hierdie kinders ontnem word.

Alhoewel verskeie rolspelers (ouers, die skool en onderwysers) 'n belangrike bydrae lewer in die lewe van die kind in die middelkinderjare, beklemtoon Louw, *et al.* (1998:369) en Van Dyk (2001:162) die uiters belangrike rol wat die portuurgroep speel in die ontwikkeling van die kind. Die portuurgroep bied onder meer vir die kind die geleentheid om positiewe sosiale gedrag aan te leer soos onderhandeling, selfhandhawing en mededingende gedrag.

Volgens Williams en Stith (in Louw, *et al.*, 1998:369) en Van der Zanden (in Louw, *et al.*, 1998:369) is van die belangrikste funksies van die portuurgroep om:

- 'n kameraadskap tussen kinders te verskaf;
- kinders te help met die oordra van kennis en inligting;
- vir kinders reëls en regulasies te leer;
- kinders te help om geslagsrolle te versterk;
- die emosionele bande wat die kind met die ouers het, te verswak; en
- aan kinders die ondervinding in verhoudings te gee waar hulle op gelyke voet met mekaar kan meeding.

Dit is duidelik dat die portuurgroep aan kinders die geleentheid bied om bepaalde vaardighede aan te leer wat nodig is vir die volwasse lewe. Die geaffekteerde kind het as gevolg van sy of haar situasie egter nie die geleentheid of die



blootstelling hieraan nie en 'n belangrike proses in die kind se ontwikkeling gaan dus verlore.

Die sosiale stigma verbonde aan MIV/VIGS het 'n deurlopende effek op die sosiale behoeftes van die geaffekteerde kind. Nie alleen ontnem dit kinders die reg op skoolopleiding en sosialisering met hulle portuurgroep nie, maar dit plaas ook baie druk en verantwoordelikheid op hierdie kinders. Die navorser is van mening dat, al het kinders soveel verantwoordelikheid op betreklike jong ouderdomme, hulle nog nie voorberei is vir die volwasse lewe nie, aangesien hulle nie die normale ontwikkelingsprosesse deurloop het nie.

## **2.6 WETLIKE, MORELE EN ETIESE KWESSIES EN DIE KIND WAT DEUR VIGS GERAAK WORD**

Die afmetings wat MIV/VIGS in Suid-Afrika aangeneem het, het daartoe bygedra dat niemand langer onaangeraak daarteenoor kan staan nie en elke persoon word genoodsaak om die een of ander standpunt teenoor MIV/VIGS in te neem. In dié verband merk Van Dyk (2001:404) byvoorbeeld op dat: *“(n)o more complex challenge could ever have been devised to test the moral fibre of the human race than HIV/AIDS. The HIV/AIDS pandemic has given rise to a vast array of ethical, moral and legal issues - many of them unprecedented”*.

Standpunte en menings wat oor MIV/VIGS gevorm word, word volgens die navorser meestal gegrond op wanpersepsies en vooroordele wat direk verantwoordelik is vir die diskriminasie en stigmatisering wat aan MIV/VIGS gekoppel word. Diskriminasie en stigmatisering gee weer daartoe aanleiding dat persone wat deur MIV/VIGS geraak word se basiese menseregte misken en geïgnoreer word. Gesien in die lig van die bespreking by 2.5 blyk hierdie aspek geen uitsondering te wees ten opsigte van die kind wat deur VIGS geraak word nie. In die bespreking is dit onder meer duidelik dat diskriminasie en stigmatisering nie net dié kind se basiese regte misken nie, maar ook 'n beduidende impak op die normale ontwikkeling van die kind het. Die volgende

aspek waaraan aandag geskenk moet word, is wetlike kwessies en die kind wat deur MIV/VIGS geraak word.

### **2.6.1 Wetlike kwessies en die kind wat deur MIV/VIGS geraak word**

Volgens Barrett-Grant, Fine, Heywood en Strode (2001:66) bevat die grondwet van Suid-Afrika 'n Handves van Menseregte wat die belange van alle mense beskerm, deur alle mense en instellings gerespekteer moet word en as die basis van die land se demokrasie beskou word. Die regte van die kind word ook nie alleen deur die grondwet beskerm nie, maar ook deur die Verenigde Nasies se *Convention on the Rights of the Child* wat op 16 Junie 1999 deur Suid-Afrika onderteken is (Barrett-Grant, *et al.*, 2001:251).

Die grondwet onderskryf die regte van alle mense waarvan a) die reg op gelykheid, en b) geen diskriminasie en die reg op privaatheid en waardigheid ook spesifiek op kinders van toepassing is. Die grondwet erken egter dat kinders benewens hierdie algemene regte ook nog spesiale beskerming nodig het, wat in Afdeling 28 van die Grondwet vervat is en behels dat:

- elke kind die reg het op versorging deur ouers en familie;
- indien 'n kind uit die sorg van sy of haar ouerhuis geneem word, so 'n kind die reg het op ander gepaste sorg;
- elke kind die reg het tot basiese gesondheidsorg;
- elke kind die reg het tot basiese maatskaplike sorg;
- elke kind die reg het om beskerm te word teen mishandeling of enige gedrag wat die kind se belange ignoreer; en
- elke kind die reg het om teen kinderarbeid beskerm te word

(Barrett-Grant, *et al.*, 2001:251).

Dit wil byna voorkom asof die opstel van die regte van die kind kon plaasgevind het met die kind wat deur VIGS geraak word in gedagte. In die praktyk blyk die teendeel egter eerder waar te wees. So is verskeie verhale van diskriminasie, verwaarlosing, mishandeling, kinderarbeid en seksuele mishandeling deur kinders vertel wat die *National Children's Forum on HIV/AIDS* gedurende Augustus 2001 in Kaapstad bygewoon het.

In een verhaal noem 'n tienjarige weeskind (geslag onbekend) wat by 'n familielid woon hoe hy/sy deur die familielid gevloek word, geslaan word en verkeerdelik van diefstal verdink word (Giese, *et al.*, 2002:67). Ander verhale (vergelyk Giese, *et al.*, 2002:50) handel weer oor kinders wat deur MIV-positiewe biologiese vaders of ander familielede seksueel mishandel word. Hierdie dade is gekoppel aan 'n wanpersepsie dat hulle dan van die MI-virus genees sal word. Verhale van kinderarbeid was ook aan die orde van die dag. Kinders so jonk as nege en tien jaar het byvoorbeeld vertel hoe hulle soms sekere werk in die gemeenskap moet verrig aangesien dit meermale die enigste bron van inkomste vir die gesin is (Giese, *et al.*, 2001:60-61).

Dit wil dus voorkom dat, alhoewel daar 'n goeie beleid in plek is ten opsigte van die regte van die kind, dit egter nie tot voordeel van die kind wat deur VIGS geraak word, aangewend word nie. In der waarheid wil dit eerder voorkom asof hierdie kinders geen regte het nie en in die meeste gevalle op geen beskerming aanspraak kan maak nie.

Die navorser is van mening dat dit waaraan die kind wat deur VIGS geraak word blootgestel word, aan menseregteskending grens wat duidelik nie effektief deur die regering en belangrike rolspelers hanteer word nie.

### **2.6.2 Morele kwessies en die kind wat deur VIGS geraak word**

Die vraag kan sekerlik gevra word waarom die regte van die kind wat deur VIGS geraak word nie nagekom word nie terwyl daar juis so 'n goeie beleid in plek is wat die regte van kinders beskerm. Volgens die navorser het hierdie aspek direk te make met die steeds gebrekkige kennis van die breë publiek ten opsigte van MIV/VIGS.

Barrett-Grant, *et al.* (2001:36) bevestig hierdie standpunt en merk onder meer op dat daar in Suid-Afrika 'n hoë vlak van bewustheid bestaan ten opsigte van MIV/VIGS, maar dat dit nie dieselfde is as kennis en werklike begrip van wat MIV/VIGS is nie. Daar bestaan steeds onkunde by baie mense oor hoe die MI-virus oorgedra word of wat met die immuunsisteem gebeur wanneer 'n persoon

geïnfekteer word. Daar is selfs diegene wat die feit dat die MI-virus VIGS tot gevolg het, wil ontken of steeds die bestaan van die siektetoestand wil ontken.

Die navorser is van mening dat die onkunde van mense 'n proses tot gevolg het wat daartoe aanleiding gee dat daar moreel verkeerdelik opgetree word teenoor diegene wat deur MIV/VIGS geraak word. Ten opsigte van die kind wat deur VIGS geraak word, lyk hierdie proses volgens die navorser soos volg:

Gebrekkige *kennis* gee aanleiding tot die



*stigmatisering* van die siekte wat aanleiding gee tot die



*diskriminering* teen die kind wat deur VIGS geraak word.

(Hier is daar sprake van moreel inkorrekte optredes teenoor die kind wat deur VIGS geraak word.)

Diskriminasie vind plaas op alle vlakke van die kind se bestaan, naamlik:

- *Binne familieverband* word daar onder meer gerapporteer dat daar van kinders wat wees gelaat is as gevolg van MIV/VIGS en by familie woon, verwag om harder in en om die huis te werk as die betrokke gesin se eie kinders. In sommige gevalle word geaffekteerde kinders nie langer deur familie aanvaar nie wat meebring dat hulle na *hulleself* moet omsien ongeag hulle ouderdomme. (Vergelyk *Save the Children*, 2001:19-20.)
- *Binne die gemeenskap* word daar openlik met kinders wat geaffekteer is die spot gedryf en hierdie kinders en hulle gesinne word mettertyd deur die gemeenskap geïsoleer. (Vergelyk *Save the Children*, 2001:23-26.)
- *Binne skoolverband* maak leerders soms ongevraagde opmerkings teenoor geïnfekteerde kinders soos om hulle “*skinny bones*” te noem (Giese, *et al.*, 2002:19) en in sommige gevalle word geïnfekteerde kinders uit die skool geskors wanneer hulle MIV-status bekend word (Giese, *et al.*, 2002:21).

- *Binne kerkverband* blyk daar 'n groter mate van aanvaarding teenoor diegene te wees wat deur VIGS geraak word. Gevalle is egter gerapporteer waar lidmate nie bereid is om langs iemand te sit wat deur VIGS geraak is nie of selfs saam met so 'n persoon uit sy of haar Bybel te lees nie. (Vergelyk Giese, *et al.*, 2002:70; *Save the Children*, 2001:28 en Van Dyk, 2001:318.)
- *Op ander vlakke soos by klinieke en hospitale* is gevalle gerapporteer waar behandeling geweier is nadat kinders se MIV-status bekend geraak het (*Save the Children*, 2001:30). Gevalle is ook gerapporteer waar hospitaalpersoneel nie met die nodige respek opgetree het teenoor kinders wat deur VIGS geraak word nie en in sommige gevalle is die kinders selfs gevloek (Giese, *et al.*, 2002:29).

Dit is dus duidelik dat die diskriminasie teenoor die kind wat deur VIGS geraak word, aanleiding gee tot immorele optredes van bykans almal wat by die kind betrokke is.

### **2.6.3 Etiese kwessies en die kind wat deur VIGS geraak word**

Etiese wanpraktyke teen kinders wat deur VIGS geraak word, ontstaan volgens die navorser meestal as gevolg van mense se siening van wat MIV/VIGS is en watter funksie dit in die wêreldgeskiedenis vervul. Die mees algemene sienings oor MIV/VIGS blyk die volgende te wees:

- Dat blankes veral dink dat MIV/VIGS uitsluitlik 'n "swart" siekte is (Barrett-Grant, *et al.*, 2001:36)
- Dat MIV/VIGS God se straf is vir 'n sondige en promiskue leefwyse (vergelyk Van Dyk, 2001:319) wat mense volgens Barrett-Grant, *et al.* (2001:50) en Weiss en Hardy (in Miah & Ray, 1994:76) op hulleself gebring het en daarom verdien hierdie mense of hulle kinders nie om gehelp te word nie. Hierdie opinie het waarskynlik ontstaan omdat die eerste gevalle van VIGS by homoseksuele mans gevind is en daar verkeerdelik aanvaar is dat dit 'n siekte is wat slegs by persone gevind word met hierdie seksuele oriëntasie (Barrett-Grant, *et al.*, 2001:32).
- Dat VIGS 'n "natuurlike" manier van die natuur is om die menslike bevolking se getalle te verminder (Van Dyk, 2001:319).

Wanpraktyke teen kinders wat deur VIGS geraak word, het volgens die navorser spesifiek te doen met aspekte soos vertroulikheid, ingeligte toestemming en MIV-toetsing. Ten opsigte van al drie hierdie aspekte word daar volgens Cameron (1993:13) eties inkorrekt opgetree teenoor die kind wat deur VIGS geraak word. Baie kinders word in teenstelling met wat die wet bepaal aan MIV-toetsing blootgestel sonder dat toestemming van 'n ouer of 'n wettige voog verkry is. In baie gevalle word die kind se MIV-status ook nie vertroulik hanteer nie en onbehoorlik aan 'n onderwyser bekend gemaak.

Dit is duidelik dat die hantering van MIV/VIGS 'n dilemma is waarvoor daar nog lank nie voldoende oplossings gevind mag word nie. Daarmee saam vergemaklik die uiteenlopende menings en emosies ten opsigte van MIV/VIGS ook nie hierdie situasie nie en dryf dit mense eerder verder weg van die saak. Ten einde nader aan 'n oplossing te beweeg, ondersteun die navorser Van Dyk (2001:404) se oproep:

*“Although we need laws that will guide us to make the right decisions about people living with HIV/AIDS, we should be guided as we attempt to do the right thing, not so much by various laws (however valuable they may be), but by our own common sense, our own moral and ethical values, our compassion and our basic respect for the human rights and dignity of all people”.*

Dit is veral die regte en waardigheid van die kind wat deur VIGS geraak word wat volgens die navorser met groter omsigtigheid en deernis hanteer behoort te word in 'n poging om langtermynoplossings te probeer vind vir 'n al hoe moeiliker wordende probleem.

## **2.7 SAMEVATTING**

Statistiek toon aan dat MIV/VIGS in 'n vinnig groeiende pandemie ontwikkel het wat sowel volwassenes as kinders affekteer. Syfers wat in 2000 bekend gemaak is, het byvoorbeeld aangedui dat 23% van die totale Suid-Afrikaanse bevolking toe reeds met die MIV-virus geïnfekteer was. Daarby het statistiek getoon dat 90%

van alle babas wat met die MI-virus gebore word, in Afrika woon. 'n Verdere skokkende vooruitskouing wat gemaak is, toon aan dat daar in die jaar 2005 in Suid-Afrika alleen 7,5 miljoen mense met die MI-virus geïn-fekteer sal wees.

Die kliniese beeld van MIV/VIGS toon 'n duidelike pad van agteruitgang vandat die virus die liggaam deur die bloedstroom binnedring en dadelik en baie aggressief die immuunsisteem aanval en beskadig. Hierdie proses verloop egter oor 'n lang tydperk wat daartoe bydra dat mense wat met die virus geïn-fekteer is, 'n betreklike normale lewe kan lei. Tog ervaar mense wat MIV-positief gediagnoseer is dat hulle 'n doodstydning gekry het aangesien daar nog geen genesing vir MIV/VIGS bestaan nie.

Soos reeds aangedui is dit nie net volwassenes wat deur MIV/VIGS geraak word nie, maar kinders ook. Kinders kan of self geïn-fekteer wees of geaffekteer wees deurdat een of albei ouers met die MI-virus geïn-fekteer is of reeds as gevolg van VIGS oorlede is. MIV/VIGS plaas 'n groot las op hierdie kinders en die onmoontlike word soms van hulle verwag, ongeag hulle ouderdom. Tesame met die toenemende groei van die MIV/VIGS pandemie, sal die impak daarvan op die ontwikkelingsbehoefte van die kind in die middelkinderjare waarskynlik nooit ten volle bereken kan word nie.

Die fisiese behoeftes van die geïn-fekteerde kind word veral beïnvloed as gevolg van die feit dat die kinders gewoonlik deel is van 'n gesin waarvan een of albei ouers ook geïn-fekteer is of reeds oorlede is as gevolg van VIGS. Dit bring mee dat hierdie gesinne mettertyd sonder broodwinners is wat bepaalde finansiële implikasies tot gevolg het en daartoe bydrae dat die geïn-fekteerde kind aan fisiese verwaarlosing blootgestel word.

Die impak van MIV/VIGS op die fisiese behoeftes van die geaffekteerde kind stem min of meer ooreen met die van die geïn-fekteerde kind. Bykomend daarby ervaar hierdie kinders ook verliese op bykans elke vlak van hulle menswees. Dit sluit byvoorbeeld in die verlies aan 'n gesin en die verlies aan kindwees, aangesien die geaffekteerde kind as gevolg van sy of haar situasie meermale die versorgers van huishoudings moet word.

Alhoewel die emosies wat die geïnfekteerde kind ervaar basies ooreenstem met die van 'n volwassene wat met die MI-virus geïnfekteer is, word hierdie emosies as gevolg van die kind se ervaringswêreld tog op 'n ander vlak beleef. Emosies wat hier ter sprake is sluit woede, vrees, skuld, ontkenning, verwarring, skaamte, angstigheid, skok en onsekerheid in.

Die hele kwessie van geheimhouding rakende MIV/VIGS kompliseer die emosionele behoeftes van die geïnfekteerde kind tot 'n groot mate. Dit dra onder meer daartoe by dat die kind se gevoelens onderdruk word en die kind geen emosionele uitlaatklep het wat aanleiding tot depressie kan gee.

Die sosiale behoeftes van die geïnfekteerde kind word hoofsaaklik beïnvloed deur die stigma wat aan MIV/VIGS gekoppel word. Hierdie stigma gee daartoe aanleiding dat nie net die kind nie, maar die hele gesin geïsoleer word. As gevolg van die sosiale isolasie kan daar nie meer aan die kind se behoeftes voldoen word nie, wat aanleiding daartoe gee dat die kind sosiaal gedepriveerd word.

Stigmatisering en die sosiale isolasie wat dit tot gevolg het, is ook die hoofrolspeler wat die sosiale behoeftes van die geïnfekteerde kind beïnvloed. Dit is deel van 'n proses wat mettertyd daartoe bydra dat die kind ontnem word van 'n reg om skoolopleiding te ontvang en met sy of haar portuurgroep te sosialiseer.

Ten spyte van die feit dat wetgewing in plek is om die regte van die kind te beskerm, word daar steeds teen die kind wat deur VIGS geraak word, gediskrimineer. Daarmee saam dra gebrekkige kennis van MIV/VIGS by tot die stigmatisering van die siekte, wat weer aanleiding gee tot immorele optrede teenoor die kind wat daardeur geraak word. Binne hierdie hele atmosfeer vind daar ook bepaalde etiese wanpraktyke plaas wat spesifiek te doen het met vertroulikheid, ingeligte toestemming en die MIV-toetsing van die kind wat deur VIGS geraak word.

In die volgende hoofstuk sal aandag gegee word aan berading en die kind wat deur VIGS geraak is.



## **HOOFSTUK 3**

### **BERADING EN DIE KIND WAT DEUR VIGS GERAAK WORD**

#### **3.1 INLEIDING**

Berading kan as 'n instrument gesien word wat beraders in staat stel om deur middel van bepaalde kennis, vaardighede en tegnieke, kliënte te help om oplossings vir hulle probleme te vind. Dit geld nie net vir die volwasse kliënt nie, maar ook vir die kind wat getraumatiseerd is en bepaalde probleme ervaar.

Kinders wat probleme ervaar, kry volgens die navorser egter nie altyd die geleentheid om aan berading blootgestel te word nie. Een rede hiervoor is dat ouers volgens Thompson en Rudolph (2000:6) geneig is om te dink dat kinders immuun is teen die stresvolle probleme van die snelveranderende volwasse wêreld. Hierdie persepsie gee daartoe aanleiding dat ouers nie veel waarde heg aan kinders se bekommernisse nie, aangesien die mening gehuldig word dat kinders onbewus is van die veranderinge wat rondom hulle plaasvind.

Hierdie aspek is tot 'n groot mate veral van toepassing op die kind wat deur VIGS geraak word. In hoofstuk 2 is onder andere aangedui watter impak MIV/VIGS op die ontwikkelingsbehoefte van kinders het wat deur die siekte geraak word. So is bevind dat daar om verskeie redes nie aan hierdie kinders se fisiese, emosionele en sosiale behoeftes voldoen word nie en dat daar byna geen geleentheid vir die ventilering van gevoelens bestaan nie. In die proses word daar van hierdie kinders (ongeach hulle ouderdom) verwag om self maniere te vind wat sal bydra tot hulle eie emosionele oorlewing, soms met baie negatiewe gevolge.

In die lig van bogenoemde is die navorser van mening dat berading met die kind wat deur VIGS geraak word uiters noodsaaklik is. Berading met die kind wat deur VIGS geraak word, stel egter volgens die navorser bepaalde vereistes en verwagtings aan die berader. Dit vereis onder meer dat die berader nie net oor

korrekte kennis van MIV/VIGS sal beskikbaar nie, maar ook 'n voldoende kennis sal hê ten opsigte van wat berading met 'n kind behels en watter vaardighede benodig word vir suksesvolle intervensie.

Ten einde vas te stel oor watter kennis en vaardighede 'n berader moet beskikbaar sal daar in hierdie hoofstuk eerstens gekyk word na die beginsels, doelwitte en vaardighede wat 'n berader in ag moet neem tydens berading met 'n kind. Hierna sal die terapeutiese verhouding tussen die berader en die kind aandag geniet waarna speltherapie as intervensiemedium bespreek sal word. Spesifieke aandag sal ook gegee word aan speltherapie en die waarde daarvan vir kinders wat deur VIGS geraak word asook die berader se rol as advokaat ten opsigte van die beskerming van die kind se regte. Ter afsluiting sal die moontlike behoeftes bespreek word wat beraders mag ervaar tydens berading met die kind wat deur VIGS geraak word.

### **3.2 BEGINSELS WAT TYDENS BERADING MET DIE KIND IN AG GENEEM MOET WORD**

Berading met die kind is 'n dinamiese proses wat daarop gerig is om die kind te help om oplossings vir probleme te vind wat die kind sal bemagtig om optimale psigo-sosiale funksionering te bereik. Hierdie dinamiese proses lê vir die navorser juis daarin dat verskeie beginsels van toepassing is tydens berading met die kind wat uiteraard nie ter sprake is tydens berading met volwasse persone nie.

Een van die belangrikste beginsels wat 'n berader in ag moet neem, is waarskynlik die feit dat berading met die kind meer as net verbale kommunikasievaardighede van die berader vereis. (Vergelyk Geldard & Geldard, 1997:2.) 'n Berader kan dus nie verwag dat 'n kind sy of haar probleem met die berader sal bespreek deur bloot in 'n gesprek met die kind te tree nie. Dit kan toegeskryf word aan die feit dat kinders, en veral jong kinders, nie oor die kognitiewe vaardighede, emosionele ervaring of woordeskat beskikbaar om probleme te verbaliseer nie.

Vir Geldard en Geldard (1997:2) behels berading met 'n kind die benutting van bepaalde verbale kommunikasievaardighede in samewerking met verskillende strategieë. Dit sluit onder meer in dat die kind by spel of storievertelling betrek word of op 'n fantasieërs geneem kan word. Ander mediums wat benut kan word, is miniatuurdier, klei, water, sand en verskillende vorme van kuns. Wat egter duidelik is, is die feit dat berading met die kind 'n bepaalde kreatiwiteit van die berader verlang wat nie noodwendig nodig is tydens berading met 'n volwasse persoon nie.

Daarmee saam vereis berading met die kind volgens Thompson en Rudolph (2000:19) dat die berader deurentyd bewus sal wees van die wêreld soos die kind dit sien. Dit vereis ook dat die berader tydens berading deur die kind se oë na die wêreld sal kyk. Hierdie aspek is veral van toepassing tydens berading met die kind wat deur VIGS geraak word aangesien hierdie kinders aan soveel verskillende dimensies en fasette van die lewe blootgestel word. Dit sal volgens die navorser vereis dat die berader “deel” van hierdie kind se leefwêreld moet word ten einde dit te “sien” wat die kind ervaar.

'n Belangrike beginsel wat by bogenoemde bespreking aansluit en in ag geneem moet word, is die feit dat elke kind uniek is met unieke eienskappe, behoeftes en vermoëns wat dienoreenkomstig hanteer moet word. Alhoewel hierdie beginsel ook van toepassing is by volwasse berading, stel dit ander eise aan die berader tydens berading met die kind. Van Dyk (2001:267) meld onder meer dat die berader deeglike kennis moet hê van die spesifieke ontwikkelingsouderdom van die kind wat berading ontvang. Dit is noodsaaklik aangesien kinders van verskillende ouderdomsgroepe oor verskillende vaardighede en vermoëns beskik. Tydens berading met die kind wat deur VIGS geraak word, is hierdie aspek baie belangrik. Die kind in die middelkinderjare se verstaansbegrip van die siektetoestand en die dood sal byvoorbeeld verskil met dié van die adolessent. (Vergelyk Van Dyk, 2001:308-309.) Met die inagneming hiervan vereis dit volgens Thompson en Rudolph (2000:19) dat die berader ook die beradingsprosedure deurentyd sal aanpas om by sowel die kind se kognitiewe-, emosionele- en sosiale ontwikkelingsvlak as by die kind se fisiese vermoëns aan te pas. (Vergelyk Golden & Sherwood-Hawes, 1997:332.)

'n Aspek wat in hierdie bespreking net soveel aandag behoort te geniet, hou volgens die navorser verband met die berader se eie vermoëns ten opsigte van berading met die kind. West (1996:148) meld byvoorbeeld dat beraders in die eerste plek deeglike opleiding en supervisie behoort te kry. Beraders moet ook oor die korrekte “aangebore” kwaliteite beskik alvorens hulle ondersteuning aan kinders met probleme kan bied en verwag om deur sulke kinders aanvaar te word. Tesame hiermee is die navorser van mening dat beraders ook deeglik sal besin oor hulle eie persepsies, houdings en ervarings met kinders voordat hulle dit oorweeg om by berading met kinders betrokke te raak. Indien 'n berader se optrede teenoor 'n kind byvoorbeeld die indruk skep dat die kind nie aanvaar word nie, sal so 'n kind die berader ook nie aanvaar en vertrou nie. Dit sal meebring dat daar geen vertrouensverhouding geskep word nie wat noodsaaklik is vir doeltreffende hulpverlening.

Alhoewel berading met 'n kind dinamies is en aktiwiteite soos spel en kuns behels, is dit duidelik dat dit spesifieke eise aan die berader stel wat nie onderskat behoort te word nie. Volgens die navorser vereis dit veral 'n redelike mate van opleiding ten einde daartoe by te dra dat die hulp wat verleen word tot voordeel van die kind sal wees en nie skade sal berokken nie.

### ***3.2.1 Doelwitte ten opsigte van berading met die kind***

In die breë gesien het berading dieselfde doelwitte voor oë, hetsy of dit met 'n kind of met 'n volwassene as kliënt geskied. Hierdie doelwitte behels onder meer om verandering by die kliënt teweeg te bring en die kliënt se lewenskwaliteit te verbeter.

Van Dyk (2001:201) merk egter tereg op dat die doelwitte vir berading altyd gebaseer moet wees op die behoeftes van die betrokke kliënt. Ten opsigte van die kind wat deur VIGS geraak word, is hierdie standpunt veral van toepassing. Soos reeds in hoofstuk 2 aangedui is, het hierdie kinders unieke, maar ook baie spesifieke behoeftes. Beraders behoort daarom tydens die formulering van doelwitte vir die beradingsproses sensitief hiervoor te wees.

In aansluiting by bogenoemde het Geldard en Geldard (1997:3) riglyne opgestel vir doelwitformulering wat volgens hulle wêreldwyd van toepassing behoort te wees tydens berading met kinders. Dit behels die volgende:

- om die kind te help om pynvolle emosies te hanteer;
- om die kind te help om 'n sekere mate van kongruensie ten opsigte van gedagtes, emosies en optredes te bereik;
- om die kind te help om goed oor hom of haarself te voel;
- om die kind te help om sy of haar beperkings en sterkpunte te aanvaar;
- om die kind te help om gedrag wat negatiewe gevolge het, te verander;
- om die kind te help om gemaklik en aanvaarbaar te funksioneer binne die eksterne omgewing waarbinne hy of sy beweeg; en
- om die geleentheid waardeur die kind ontwikkelingsmylpale kan bereik, te maksimaliseer.

Volgens die navorser behoort die oorkoepelende doelwit van berading die kind tot so 'n mate te bemagtig dat hy of sy daardeur optimale psigo-sosiale funksionering kan bereik. Berading moet dus nie net daarop fokus om die kind te help om huidige pynvolle emosies en probleme te hanteer nie, maar ook hoe om toekomstige emosies en gevoelens te identifiseer en konstruktief te hanteer.

### **3.3 VAARDIGHEDE WAAROM DIE BERADER MOET BESKIK**

Tydens berading met die kind is daar bepaalde vaardighede waarvan die berader bewus moet wees en moet toepas ten einde optimale intervensie met die kind te bereik. Hierdie verskillende vaardighede sal nie net die berader in staat stel om doeltreffend tot die beradingsproses toe te tree nie, maar dit sal die kind ook bemagtig om verandering en groei te ervaar.

Alhoewel daar 'n groot verskeidenheid vaardighede bestaan wat benut kan word, is die navorser van mening dat die volgende vaardighede veral van toepassing is tydens berading met die kind wat deur VIGS geraak word.

#### **3.3.1 Waarneming**

Waarneming is waarskynlik dié belangrikste vaardigheid wat die berader moet benut aangesien daar tydens berading met 'n kind soveel dimensies betrokke is. Reeds met die eerste kontakmaking tussen die berader en die kind vind waarneming plaas waar die berader onder meer die kind se algemene voorkoms sal waarneem. (Vergelyk Geldard & Geldard, 1997:54.) Hierdie waarneming sluit onder andere die kind se fisiese ontwikkeling in, die dinamika tussen die ouer (of voog) en kind, asook aspekte soos of die kind gespanne voorkom of moontlik bepaalde manières het. Uit hierdie waarneming kan bepaalde afleidings gemaak word wat die berader tydens verdere intervensie moet verifieer.

Ander belangrike aspekte wat tydens berading waargeneem moet word, behels volgens Geldard en Geldard (1997:54-56) die volgende:

- die waarneming van die kind se gedrag;
- die waarneming van die kind se gemoedstoestand;
- die waarneming van die kind se intellektuele funksionering en denkprosesse;
- die waarneming van die kind se spraak-en taalvermoë;
- die waarneming van die kind se motoriese vaardighede;
- die waarneming van die kind se spel; en
- die waarneming van die kind se verhouding met die berader.

West (1996:162) ondersteun bogenoemde skrywers se mening, maar lig verder uit dat die berader nie net die kind se gedrag of proses (dit wat die kind tydens intervensie doen en hoe hy of sy dit doen) moet waarneem nie. Dit vereis dat die berader ook sy of haar eie gedrag, gevoelens en reaksies sal waarneem. Die berader moet dus nie net bewus wees van die effek wat die berading op die kind het nie, maar ook watter effek dit op die berader se eie proses het.

Die navorser beskou waarneming as die één vaardigheid waarsonder 'n berader nie effektief tot die beradingsproses met die kind kan toetree nie. Dit is ook dié vaardigheid wat dwarsdeur die terapeutiese intervensie met die kind toegepas behoort te word. West (1996:162) merk in dié verband op dat die berader tydens die terapeutiese intervensie deurgaans onverdeelde aandag aan die kind moet gee.

### **3.3.2 Basiese luistervaardighede**

Vir die kind om te ervaar dat die berader werklik bereid is om tot sy of haar wêreld toe te tree deur aktief te luister, is daar vier belangrike komponente wat volgens Geldard en Geldard (1997:57-64) in ag geneem behoort te word, naamlik:

#### *3.3.2.1 Om die kind se liggaamshouding te spieël*

Dit sluit onder meer in dat die berader nie net die kind se nie-verbale gedrag sal spieël deur byvoorbeeld saam met die kind op die vloer of mat te sit nie, maar ook die kind se stemtoon en die spoed waarmee hy of sy praat. Die spieëling van die kind se liggaamshouding moet steeds op so 'n wyse geskied dat dit nie onnatuurlik of steurend oorkom nie.

#### *3.3.2.2 Benutting van minimale response*

Vir West (1996:162) behels hierdie komponent dat die berader daarteen sal waak om te gou, te gereeld en te veel te praat. Deur minimaal te reageer kry die kind die geleentheid om sy of haar storie vir die berader te vertel en te ervaar dat die berader regtig na hom of haar luister. Geldard en Geldard (1997:58) som minimale respons op as iets wat outomaties gebeur wanneer daar oorwegend meer geluister as gepraat word.

#### *3.3.2.3 Benutting van reflektering*

Hier word tussen twee tipes reflektering onderskei, naamlik:

- (a) die reflektering (of parafrasering) van die inhoud van die probleem wat die kind met die berader gedeel het; en
- (b) die reflektering van die kind se gevoelens wat geassosieer word met die emosies onderliggend aan die probleem wat die kind gedeel het. (Vergelyk Miars, Burden & Pedersen, 1997:72 en Geldard & Geldard, 1997:58.)

Reflektering van óf die inhoud van die probleem óf die gevoelens van die kind sal volgens die navorser 'n duidelike aanduiding gee of die berader werklik luister en toetree het tot die wêreld van die kind.

#### 3.3.2.4 Benutting van opsomming

Opsomming word soos volg verduidelik: “... *it clarifies what the child has been saying and puts the information into an organized format, so that the child has a clear picture and can be more focused*” (Geldard & Geldard, 1997:63). Dit hou volgens Miars, *et al.* (1997:72) ook bepaalde voordele vir beraders in aangesien beraders daardeur kan vasstel of hulle die inligting wat hulle pas ontvang het, korrek verstaan. Die berader toets dus die inligting wat die kind met hom of haar gedeel het en maak nie net bloot eie afleidings daarvan nie. Die benutting van opsomming tydens berading met die kind wat deur VIGS geraak word, is volgens die navorser van kardinale belang. Aangesien hierdie kinders ’n verskeidenheid, maar ook baie spesifieke probleme en behoeftes ervaar, kan ’n berader die gevaar loop om die kind se voorgrondbehoefte (die behoefte wat die kind na die terapie bring) verkeerd te interpreteer.

Dit is vir die navorser duidelik dat aktiewe luister ’n belangrike rol speel tydens berading met die kind. Dit dra onder meer ’n boodskap aan die kind oor dat die berader die kind en die spesifieke probleem wat hy of sy na die sessie toe bring, respekteer. Deur aktief na die kind te luister, ervaar die kind ook dat hy of sy gehoor word en dat die berader werklik aandag aan sy of haar behoeftes gee. (Vergelyk Yssel, 1999:120.)

#### 3.3.3 Benutting van vrae en stellings

Geldard en Geldard (1997:65) waarsku beraders om nie onnodig en te veel van vrae gebruik te maak tydens berading met die kind nie, aangesien dit daartoe aanleiding kan gee dat die kind antwoorde gee wat hy of sy dink die berader wil hoor. Hierdie skrywers (1997:68) erken egter die waarde van vrae en gee daarom riglyne wat gevolg kan word wanneer vrae benut word, naamlik:

- om slegs vrae te vra wat werklik noodsaaklik is;
- om waar van toepassing eerder van oop vrae gebruik te maak as van geslote vrae;
- om “hoekom”-vrae te vermy (of te beperk) tensy daar ’n goeie rede is waarom dit benut moet word. Volgens West (1996:167) vind kinders dit in elk geval makliker om “wat”-vrae te beantwoord as “hoekom”-en “hoe”-vrae; en
- om nie net vrae uit blote nuuskierigheid te vra nie.



Die benutting van stellings tydens intervensie met die kind het volgens die navorser 'n baie belangrike plek. Deur bloot 'n stelling te maak, kan die berader onder meer daarin slaag om die kind bewus te maak van bepaalde emosies en vrese of 'n kind se sterkpunte net weer daarmee vir hom of haar bevestig. In dié verband merk Geldard en Geldard (1997:69) op dat die berader byvoorbeeld die volgende stellings kan maak: “Wanneer ek bang is, gaan praat ek gewoonlik met iemand daaroor” of “Jy moes werklik baie braaf gewees het om dit te kon doen”. Die eerste stelling gee vir die kind 'n plan van aksie van wat om te doen wanneer hy of sy bang is. Die tweede stelling maak die kind juis bewus van sy of haar sterkpunte en hierdeur kan die kind se selfvertroue opgebou word.

### **3.3.4 Benutting van verskillende mediums**

Deur gebruik te maak van verskillende mediums gee die berader vir die kind die geleentheid om óf direk óf indirek sy of haar storie te vertel. Die kind mag dus direk vir die berader sê wat hom of haar pla of mag elemente van sy of haar storie op die medium wat benut word, projekteer. Wanneer 'n kind 'n medium gebruik om sy of haar storie te vertel, reflekteer die berader die kind se emosies en gevoelens deur nie direk op die kind te fokus nie, maar op die medium wat die kind gebruik. Die benutting van 'n medium gee vir die kind die ruimte om op 'n nie-bedreigende manier sy of haar storie te vertel. Wat egter belangrik is, is dat die berader op 'n punt direk vir die kind sal vra of die projeksie van toepassing is in sy of haar lewe. (Vergelyk West, 1996:164 en Geldard & Geldard, 1997:69.) Die navorser is van mening dat die benutting van verskillende mediums tydens die berading met die kind wat deur VIGS geraak word, baie effektief sal wees. Hierdeur sal die kind wat deur MIV/VIGS getraumatiseerd is die geleentheid kry om op 'n veilige, nie-bedreigende manier sy of haar storie(s) te vertel.

### **3.3.5 Die hantering van weerstand, oordrag en teenoordrag**

Die voorkoms van weerstand, oordrag en teenoordrag tydens die beradingsproses is drie aspekte waarop die berader deurentyd bedag moet wees. Die navorser is van mening dat nie net die beradingsproses nie, maar ook die kind skade sal ly indien hierdie aspekte geïgnoreer sou word.

Volgens Ruddock (2001:1) vind weerstand plaas wanneer die kind onveilig voel as gevolg van een of ander interne of eksterne faktor en wat daartoe lei dat die kind nie verder in die beradingsproses kan beweeg nie. Ten einde die kind te help om daardeur te beweeg behoort beraders volgens Geldard en Geldard (1997:72-73) deur middel van reflektoring en opsomming die kind daarvan bewus te maak. Oaklander (1988:198) herinner beraders egter daaraan dat daar gewoonlik 'n goeie rede is waarom kinders weerstand bied, aangesien "... *they do what they have to do to survive, to protect themselves*". Die navorser is daarom van mening dat die hantering daarvan met baie respek en empatie gepaard behoort te gaan.

Oordrag kom volgens Ruddock (2001:6) voor wanneer die kind eienskappe van 'n ouer of betekenisvolle ander persoon in die berader sien en daarvolgens teenoor die berader sou optree. Daarteenoor vind teenoordrag plaas wanneer die kind se situasie en gedrag die berader se eie onopgeloste kwessies en fantasieë afsneller (Geldard & Geldard, 1997:13).

Laasgenoemde skrywers (1997:73-74) handhaaf die mening dat die ignore-ring van hierdie aspekte die kwaliteit van die berader-kind verhouding skade sal berokken. Dit is daarom noodsaaklik dat wanneer oordrag of teenoordrag voorkom, die berader:

- dadelik sy of haar eie gevoelens wat ontstaan as gevolg van die oordrag of teenoordrag sal erken en verwerk;
- ten alle koste objektief sal probeer bly ten opsigte van die kind se optrede;
- die kind bewus sal maak van sy of haar gedrag ten opsigte van die oordrag wat plaasgevind het; en
- die oordrag ook verder saam met die kind sal ondersoek.

Die navorser is van mening dat die voorkoms van weerstand, oordrag en teenoordrag drie aspekte is waarvan beraders veral kennis behoort te neem tydens die berading van die kind wat deur VIGS geraak word. So kan oordrag byvoorbeeld voorkom aangesien hierdie kinders as gevolg van hulle situasie 'n behoefte aan versorging en liefde ervaar en die berader moontlik in hierdie rol sou wou plaas.

### 3.3.6 Terminering van die intervensie

Terminering speel 'n belangrike rol in die terapeutiese intervensie met die kind en moet volgens die navorser met groot versigtigheid hanteer word. In die termineringsproses het die berader die verantwoordelikheid om onder meer te bepaal wanneer terminering moet plaasvind en wanneer die kind gereed daarvoor is. Volgens Geldard en Geldard (1997:83) sal die berader alleenlik 'n verantwoordelike besluit hieroor kan neem as daar 'n voortdurende evaluasie van die terapeutiese proses plaasgevind het.

Beraders moet egter daarvan bewus wees dat kinders die termineringsproses baie traumaties kan ervaar. As rede hiervoor voer Thompson en Rudolph (2000:49) aan dat kinders die sessies saam met die berader as 'n tyd ervaar waar 'n "*caring adult*" onverdeelde aandag aan hulle gee en dus nie afstand sal wil doen van so 'n verhouding nie. Skrywers (vergelyk Oaklander, 1988:201; Geldard & Geldard, 1997:84 en Thompson & Rudolph, 2000:49) is om hierdie rede dit eens dat die kind vroegtydig en deeglik op die terminering voorberei moet word.

Die navorser is van mening dat die kind wat deur VIGS geraak word terminering baie negatief mag ervaar. Beraders behoort daarom hierdie aspek met groot sensitiwiteit en deernis met die kind te hanteer. Hierdie kinders word uit die aard van hulle posisie reeds aan soveel "termineringsituasies" blootgestel (2.5.1.2), waarvan die meeste negatief en traumaties is. Ten einde die kind dus voor te berei op terminering is dit volgens die navorser nodig dat die kind presies sal weet wat terminering behels en wat hy of sy daarvan kan verwag. Geldard en Geldard (1997:84) stel voor dat die kind byvoorbeeld by 'n aktiwiteit betrek kan word wat daarop fokus om vas te stel hoe die kind dit sal ervaar om die terapeutiese verhouding te verlaat. Dit is noodsaaklik om tydens hierdie aktiwiteit enige gevoelens van die kind rondom die terminering te eksplorieer en te hanteer.

Uit die bespreking is dit vir die navorser duidelik dat die terapeutiese vaardighede wat die berader na die sessie toe bring, die berader tot so 'n mate sal bemagtig om doeltreffend tot die terapeutiese verhouding toe te tree. Hierdie vaardighede tesame met die beginsels en doelwitte wat ter sprake is tydens die berading met die kind, sal volgens die navorser 'n stewige basis vorm vanwaar die terapeutiese

verhouding kan groei. Vervolgens sal die terapeutiese verhouding tussen die kind en die berader bespreek word.

### 3.4 DIE TERAPEUTIESE VERHOUDING TUSSEN DIE KIND EN DIE BERADER

*“The healing power of play therapy resides in the relationship between child and counsellor”* (Golden & Sherwood-Hawes, 1997:334). Geldard en Geldard (1997:6) beklemtoon hierdie standpunt deur op te merk dat *“... this relationship is the single most important factor in achieving successful therapeutic outcomes”*.

Uit hierdie twee opmerkings is dit dus baie duidelik hoe belangrik die daarstelling van 'n terapeutiese verhouding tussen die kind en die berader is. Skrywers soos West (1996:18, 149-150) en Schoeman (1996:30-39) hand-haaf verskillende menings ten opsigte van wat hulle as noodsaaklik beskou in die daarstelling van 'n terapeutiese verhouding tussen die kind en die berader. Die navorser onderskryf egter die eienskappe wat Geldard en Geldard (1997:6-13) aanbied vir hierdie verhouding om optimaal effektief te wees deurdat:

- die verhouding in die eerste plek as 'n *verbindingskakel* tussen die berader en die leefwêreld van die kind moet dien wat die berader in staat stel om vanuit die kind se verwysingsraamwerk te werk en by die kind se proses te bly. (Vergelyk Yssel, 1999:113.)
- *die verhouding eksklusief moet wees*. Dit behels dat daar in die verhouding net plek vir die kind en die berader is en dat die ouers (of voog) of ander gesinslede slegs met die kind se toestemming betrek sal word. Dit beteken volgens die navorser nie dat die kind ten koste van hom of haarself toegelaat moet word om te weier dat die ouers by die berading betrokke mag raak nie. Die berader moet na oordeel die kind oortuig dat dit in sy of haar beste belang sal wees indien die ouers betrokke is. In hierdie verhouding is dit ook belangrik dat veral die kind wat deur VIGS geraak word, sal ervaar dat hy of sy onvoorwaardelik deur die berader aanvaar word.
- *die verhouding vertrou en veiligheid vir die kind moet inboesem*. Hierdie aspek is waarskynlik die belangrikste eienskap van die terapeutiese verhouding en uiters noodsaaklik tydens berading met die kind wat deur VIGS geraak is. Die navorser is van mening dat hierdie kinders as gevolg van die

stigma, diskriminasie en geheimhouding verbonde aan MIV/VIGS (2.5.2.2), mettertyd die punt bereik waar hulle veral volwassenes nie meer vertrou nie. Daarom is dit volgens die navorser noodsaaklik dat die berader deur middel van bepaalde beginsels en vaardighede 'n atmosfeer van veiligheid en vertrouwe sal skep waarbinne die kind met vrymoedigheid sy of haar storie kan vertel.

- *die verhouding outentiek moet wees.* Dit behels dat die verhouding eg, eerlik en opreg sal wees. Die berader moet dus nie voorgee om iemand te wees wat hy of sy nie werklik is nie. Dit sal daartoe bydra dat die kind ook alle voorgegedrag sal laat vaar en die vrymoedigheid sal hê om die eie innerlike self te ontbloot.
- *die verhouding vertroulik behoort te wees.* Hierdie aspek veroorsaak egter verwarring tyens die berading met 'n kind. Beraders twyfel soms of hulle enige inligting mag deel of nie en indien wel, watter inligting en wanneer. Die navorser ondersteun Thompson en Rudolph (2000:48) se raad aan beraders naamlik dat “(c)areful evaluation of the child’s presenting problem and the adults involved may help the counsellor decide whether strict confidentiality should be maintained or if others should be included”. Hierdie raad is volgens die navorser veral van toepassing vir die berader van kinders wat deur VIGS geraak word. Soos reeds in 2.6 aangedui vind daar baie uitbuiting plaas ten opsigte van die basiese regte van hierdie kinders, waarvan die basiese reg op vertroulikheid een is. Die navorser is daarom van mening dat beraders 'n verantwoordelikheid het om hierdie kind teen enige verdere uitbuiting te beskerm en geen inligting sal deel sonder die kind se medewete nie. (Vergelyk Schoeman, 1996:34.)
- *die verhouding nie-bedreigend moet wees.* Dit is belangrik dat die berader kontak met die kind sal maak op so 'n wyse wat vir die kind gemaklik is. Volgens die navorser behels dit dat die berader deurentyd die kind se proses in ag sal neem en vir die kind die ruimte sal laat om binne hierdie proses sy of haar storie te vertel. Vir die kind wat deur VIGS geraak word is hierdie aspek veral van uiterste belang. Die navorser is van mening dat kinders wat deur VIGS geraak word, se egokragte as gevolg van hulle situasie nie baie hoog is nie en daarom nie altyd baie energie het om na die terapeutiese sessie toe te bring nie. Ten einde 'n nie-bedreigende terapeutiese omgewing vir hierdie

kind te skep, sal dit meebring dat die berader geduldig moet wees en 'n boodskap kommunikeer dat die kind se proses gerespekteer word en vir die berader belangrik is.

- *die verhouding doelgerig moet wees.* Kinders betree die terapeutiese verhouding meer gewillig en met vertroue as hulle weet hoekom hulle vir terapie kom en wat om te verwag. Hierdie aspek moet dus binne die eerste kontak met die kind uitgeklaar word sodat daar nie enige misverstande of wanpersepsies ontstaan nie.

Dit is belangrik dat die aard van die terapeutiese verhouding aan veral die kind wat deur VIGS geraak word, verduidelik sal word aangesien hierdie verhouding van enige ander volwasse verhouding verskil waarin die kind betrokke is. Geldard en Geldard (1997:40) is van mening dat indien die kind die aard van die terapeutiese verhouding verstaan asook sy of haar beperkinge binne hierdie verhouding, die kind veilig sal voel en in staat sal wees om self oplossings vir sy of haar probleme te genereer.

Die navorser is van mening dat die terapeutiese verhouding die basis vorm vanwaar die terapeutiese intervensie met die kind moet plaasvind. Dit is daarom uiters noodsaaklik dat beraders genoegsame tyd en aandag hieraan sal gee sodat intervensie met die kind ongestoord kan plaasvind. Indien hierdie aspek nie die nodige aandag kry wat dit verdien nie kan die berader nie verwag om sukses tydens die berading te hê nie. 'n Kind se kans op optimale psigo-sosiale funksionering word dus sodoende verspeel. Vervolgens sal aandag gegee word aan speltherapie as medium en die plek wat dit inneem tydens berading met die kind.

### **3.5 DIE WAARDE VAN SPEL VIR DIE KIND**

Alvorens daar na speltherapie gekyk kan word, wat dit behels en watter waarde dit vir die getraumatiseerde kind inhou, is dit nodig om die plek wat spel (speel) in 'n kind se lewe inneem, uit te lig. In dié verband merk Oaklander (1988:160) onder meer op dat spel vir die kind baie meer is as die niksbeduidende, ligsinnige, plesierskaffende aktiwiteit wat volwassenes gewoonlik daaraan heg. Vir

kinders is dit 'n ernstige aangeleentheid en 'n wyse waarop hulle op 'n veilige, nie-bedreigende manier meer te wete kom van hulle wêreld en van hulleself.

Spel beskik oor bepaalde eienskappe wat juis die waarde daarvan in die kind se lewe uitlig en beklemtoon. Hierdie eienskappe, soos West (1996:12) dit aandui, help die kind om:

- fisiese vaardighede te ontwikkel asook om geestelik en sosiaal te ontwikkel. (Vergelyk Oaklander, 1988:160.)
- vas te stel “wie is ek” en “wie is ek nie”;
- verhoudings te verstaan;
- emosies te identifiseer en te ervaar;
- verskillende rolle uit te oefen;
- situasies te eksploreer;
- te leer, te ontspan en pret te hê;
- probleemkwessies uit te speel; en
- weer beheer te verkry.

(Vergelyk Schaefer in Thompson & Rudolph, 2000:373 en Jennings, 1993:51.)

In die lig van hierdie eienskappe is die navorser van mening dat spel vir 'n kind net so noodsaaklik is as voedsel en opvoeding. Om 'n kind byvoorbeeld daarvan te weerhou sou dus aan een of ander mishandeling kon grens. Virginia Axline (in West, 1996:12) wat deur Golden en Sherwood-Hawes (1997:334) as die “*founder mother*” van speltherapie beskou word, som die belangrike plek wat spel in 'n kind se lewe het op deur te meld dat: “... *play is to (most) children what language is to (most) adults*”. Landreth (1991:232) sluit hierby aan en noem dat “... *(t)oy's are children's words and play is their language*”. Gesien in die lig hiervan is dit duidelik waarom spel terapeuties as intervensiemedium aangewend word tydens berading met kinders. Vervolgens sal hierdie aspek bespreek word.

### **3.5.1 Speltherapie as intervensiemedium**

Speltherapie kan volgens Neuman en Romanowski (1998:54) gesien word as 'n tegniek waardeur 'n opgeleide terapeut 'n kind toelaat om deur sy of haar gevoelens en probleemkwessies te speel, in plaas daarvan om daarvoor te praat. Bradley en Gould (in Thompson & Rudolph, 2000:374) sluit hierby aan en meld

dat speltherapie vir die kind 'n veilige plek bied waarbinne sekere emosies en gevoelens uitgespeel kan word, begrip ontwikkel word en waar verandering kan plaasvind. Deur middel van speltherapie het 'n kind dus dieselfde geleentheid as 'n volwassene om sy of haar probleme te hanteer, maar op 'n wyse waarmee die kind bekend is en waarbinne hy of sy gemaklik en veilig voel.

### *3.5.1.1 Die spelterapeutiese proses*

Speltherapie is 'n dinamiese proses waar baie beweging plaasvind wat uitsluitlik daarop gemik is om vir die kind die geleentheid te skep om sy of haar storie te vertel en sodoende terapeutiese verandering te bewerkstellig. Die spelterapeutiese proses kan egter nooit los staan van die kind se eie unieke proses nie. Dié proses behels grootliks wat die kind tydens intervensie doen en hoe hy of sy dit doen. Hierdie aspek is so belangrik dat die navorser van mening is dat die spelterapeutiese proses nie suksesvol toegepas sal word as die kind se proses nie deurentyd in ag geneem word nie. Daar sou dus gesê kon word dat die kind se proses tot 'n groot mate die verloop van die spelterapeutiese proses bepaal. (Vergelyk Yssel, 1999:110.)

Tydens hierdie dinamiese proses is daar verskeie aspekte wat die berader in ag moet neem. Liebenberg (2001b:2) het aan die hand van Geldard en Geldard (1997:36) 'n vloekaart ontwikkel wat die spelterapeutiese proses baie duidelik uiteensit en wat basies as volg verloop:

- Die eerste stap is die vestiging en versterking van 'n terapeutiese verhouding tussen die berader en die kind deur kontak te maak op 'n vlak waar die kind ervaar dat hy of sy op 'n gelyke vlak ("maatjies") met die berader is. (Vergelyk Buber in Oaklander, 1993:281.) Tydens hierdie stap is dit noodsaaklik om 'n warm, vriendelike en veilige atmosfeer te skep. Dit vind plaas deur die daarstelling van grense of reëls (ten opsigte van tyd en die speelkamer), maar ook deur die daarstelling van 'n outentieke, nie-bedreigende en doelgerigte verhouding. (Vergelyk Geldard & Geldard, 1997:8-9.)
- Gedurende die volgende stap word die kind uitgenooi en in staat gestel om sy of haar storie te vertel. Volgens Yssel (1999:109) val die fokus hier op die verhoging van die kind se bewustheid van hom- of haarself (bewustheid van spesifieke behoeftes) in sy of haar omgewing. Na die verhoging van die kind



se bewustheid word geleentheid gebied waar die kind sy of haar voorgrond-behoefte kan projekteer deur die benutting van verskillende tegnieke en mediums. Dit is noodsaaklik dat die berader die projeksie en enige emosionele uitdrukking binne die kind se eie lewe sal fasiliteer deur byvoorbeeld vas te stel watter fisiese en emosionele invloed die projeksie op die kind se lewe het. Die berader moet die kind ook begelei om enige ontoepaslike gedrag te konfronteer en oplossings vir onopgeloste kwessies te vind, asook om met nuwe gedrag te eksperimenteer.

- Tydens die laaste stap bied die berader aan die kind 'n geleentheid vir selfbemaagtiging en selfkoestering. (Vergelyk Oaklander, 1993:295-296 en Yssel, 1999:109.) Dit behels onder meer dat die berader die kind help om sy of haar eie vermoëns uit te brei en steun uit sy of haar gemeenskap te identifiseer. Die terapeutiese proses word getermineer deur die sessie saam te vat en die kind te oriënteer vir die volgende sessie.

'n Laaste en belangrike aspek wat in ag geneem moet word, is die feit dat assessering 'n deurlopende rol tydens die speltherapeutiese proses moet speel. (Vergelyk Lewis & Sieber, 1997:159.) Dit behels dat die berader nie net die terapeutiese vordering nie, maar ook die kind se proses deurentyd sal evalueer. Hierdie aspek is noodsaaklik aangesien die kind se egokragte sal bepaal hoe ver hy of sy deur die terapeutiese proses kan beweeg. Die assessering sal plaasvind deur fyn waarneming van wat tydens die speltherapeutiese proses en die kind se proses gebeur of nie gebeur nie. Soos reeds genoem loop hierdie twee prosesse hand aan hand.

#### *3.5.1.2 Beginsels van belang tydens die benutting van speltherapie*

Een van die mees waardevolle bydraes van speltherapie is volgens die navorser die feit dat dit die kind in 'n unieke verhouding met 'n objektiewe en aanvaardende volwassene plaas wat normaalweg nie betrokke is by enige ander aspek van die kind se lewe nie. (Vergelyk West, 1996:16.) Deur hierdie twee beginsels van objektiwiteit en onvoorwaardelike aanvaarding te handhaaf, skep die berader 'n atmosfeer waarbinne die kind bemaagtig kan voel om sy of haar probleme te hanteer. Die navorser is egter van mening dat selfs al word geen

spesifieke probleme van die kind hanteer nie, sal die kontak met 'n objektiewe en aanvaardende volwassene steeds vir die kind 'n positiewe ervaring inhou.

Axline (in Geldard & Geldard, 1997:28) het agt beginsels ontwerp wat volgens die navorser altyd tydens speltherapie met 'n kind benut moet word. Hierdie beginsels behels dat die terapeut:

- 'n warm, vriendelike verhouding met die kind daar sal stel;
- die kind onvoorwaardelik sal aanvaar;
- 'n atmosfeer sal skep waarbinne die kind die vrymoedigheid kan hê om sy of haar gevoelens uit te druk;
- gevoelens van die kind sal reflekteer sodat die kind insig daarin kan kry;
- respek sal behou vir die kind se vermoë om sy of haar eie probleme te hanteer;
- nie die kind se gesprek of aksies op enige wyse sal rig nie;
- nie die terapeutiese proses op enige wyse sal "aanjaag" nie; en
- slegs daardie beperkings sal stel wat nodig is om die terapie in die werklikheid geanker te hou.

'n Beginsel wat ook in ag geneem behoort te word, is die kind se ontwikkelingsouderdom. Alhoewel hierdie aspek reeds onder 3.2 bespreek is, vereis dit volgens die navorser om verder toegelig te word, aangesien die ignorering daarvan 'n invloed op die suksesvolle deurvoering van die speltherapeutiese proses kan hê. Die kind se ontwikkelingsouderdom sal onder meer bepaal watter spelvorme en tegnieke tydens speltherapie benut gaan word. 'n Kind in die vroeë ontwikkelingsfase beskik byvoorbeeld nie oor die vermoë om simboliese situasies en wêrelde te skep nie. (Vergelyk Schoeman, 1996:64.) Geldard en Geldard (1997:112-113) noem ook dat alhoewel kinders jonger as vyf jaar dit geniet om in sand te speel, hulle steeds nie oud genoeg is om by die simboliese nut van die medium betrek te word nie.

Die kind se ontwikkelingsouderdom sal ook, soos reeds by 3.2 aangedui, bepaal watter woordkeuses tydens die speltherapie gebruik gaan word. Hierdie aspek word deur Johnson (in Van Dyk, 2001:266) en Wong, Hockenberry-Eaton, Wilson, Winkelstein, Ahmann & DiVito-Thomas (in Van Dyk, 2001:266)

beklemtoon. Volgens hierdie skrywers behoort die berader die kind se taal “aan te neem” en in die geval van jong kinders “eenvoudige” woorde en kort sinne te gebruik.

Die “aanneem” van die kind se taal is volgens die navorser veral noodsaaklik wanneer beraders betrokke is by kinders wat deur VIGS geraak word en wel om die volgende redes:

- Die feit dat ’n sterk mediese en wetenskaplike terminologie by die MIV/VIGS-siektetoestand teenwoordig is, noodsaak die berader om vas te stel watter betekenis en verstaansbegrip ’n kind in die middelkinderjare van ’n spesifieke term het; en
- kinders binne verskillende kultuuroriëntasies wat deur VIGS geraak word, sal verskillende betekenis aan verskillende terme heg en die berader behoort ook hiervan kennis te neem.

Uit die bespreking is dit vir die navorser duidelik dat die spelterapeutiese proses, die kind se proses en die beginsels van speltherapie in ’n geïntegreerde verhouding nou aanmekaar geweef is. Dit beteken dus dat daar nie sprake van speltherapie sal wees as hierdie komponente nie teenwoordig is en toegepas word nie. In hierdie verhouding het die berader die grootste verantwoordelikheid en daarom stem die navorser saam met skrywers soos Neuman en Romanowski (1998:54) en Cattanach (in Thompson & Rudolph, 2000:385) dat speltherapieberaders opgelei moet wees en gereeld supervisie behoort te ontvang. Vervolgens sal speltherapie en die kind wat deur VIGS geraak word, bespreek word.

### **3.6 SPELTERAPIE EN DIE KIND WAT DEUR VIGS GERAAK WORD**

Die kind wat deur VIGS geraak word, sal volgens die navorser veral baatvind by speltherapie aangesien die implikasies van MIV/VIGS so wydreikend is en op verskeie maniere in die kind se lewe kan manifesteer. Dit is juis die eiesoortige en unieke aard van die spelterapeutiese proses wat dit ’n ideale omgewing maak vir die kind wat deur VIGS geraak word. Binne hierdie proses kan die emosioneel getraumatiseerde kind terapeuties ondersteun en begelei word. Vervolgens sal

aandag gegee word aan die waarde van speltherapie vir die kind wat deur VIGS geraak word asook aan aspekte wat in ag geneem moet word en hanteer behoort te word.

### **3.6.1 Die waarde van speltherapie vir die kind wat deur VIGS geraak word**

Soos reeds aangedui (2.5.2.1 en 2.5.2.2) word die kind wat deur VIGS geraak word, voortdurend aan emosionele trauma blootgestel wat baie verwarrend en oorweldigend is. (Vergelyk Oaklander, 1988:247.) Aangesien die kind nie oor die nodige vaardighede beskik om hierdie emosies en gevoelens te verwoord nie, kan dit op verskeie wyses in die kind se gedrag manifesteer. Op sy beurt kan dit weer 'n negatiewe effek op die kind en sy onmiddellike omgewing tot gevolg hê.

Dit is juis in sulke gevalle waar speltherapie waardevol aangewend kan word om hierdie kind deur middel van projeksies te help om onderliggende probleme, emosies en behoeftes te kommunikeer. (Vergelyk McCloy in Ross, 2001:30.) Volgens die navorser lê die spesifieke waarde van speltherapie vir die kind wat deur VIGS geraak word in die volgende aspekte:

- ***Die geïntegreerde verhouding tussen die spelterapeutiese proses, die kind se proses en die spelterapeutiese beginsels wat in ag geneem moet word.*** Binne hierdie verhouding word 'n vriendelike, veilige (vergelijk Oaklander, 1993:282), nie-veroordelende en nie-bedreigende atmosfeer geskep waar die berader die kind begelei om deur probleemkwessies en emosies te werk. Hierdie atmosfeer skep volgens die navorser baie keer vir die kind wat deur VIGS geraak word die enigste geleentheid om net weer kind te kan wees. Dit is daarom belangrik dat die kind die spelterapeutiese sessies sal geniet en die vrymoedigheid moet hê om hom of haarself uit te druk. Hierdie vrymoedigheid sal volgens die navorser alleenlik realiseer wanneer die kind, wat meestal gekonfronteer word met aspekte soos stigmatisering en verwerping, ervaar dat hy of sy onvoorwaardelik aanvaar word. Dit sal ook meebring dat 'n vertrouensverhouding tussen die kind en die berader daargestel word wat die basis vir verdere intervensie sal vorm.

- **Die verhoging van die kind se bewustheid waar die kind in 'n posisie geplaas word om (weer) bewus te word van persoonlike behoeftes en van voor- en afkeure.** Yssel (1999:121) beskou die verhoging van die kind se bewustheid as uiters noodsaaklik vir optimale funksionering. Dit gee onder meer aan die kind die geleentheid om hom- of haarself te leer ken, te verstaan en bewus te raak van persoonlike vermoëns en vaardighede. Die kind wat deur VIGS geraak word, is egter volgens die navorser in 'n oorlewingstryd gewikkel waar daar nie plek en tyd is om bewus te wees van persoonlike behoeftes of voor- en afkeure nie. Dit het tot gevolg dat hierdie kinders sensories gedesensitiseer raak ten einde hulleself te beskerm. (Vergelyk Blom, 2000:219.) Deur die kind onder meer by aktiwiteite te betrek waar die verskillende sintuie (sig, gehoor, reuk, smaak, tas) benut word, kan die kind weer bewus gemaak word van sy of haar persoonlike behoeftes aan onder andere versorging, aanvaarding en liefde. Hierdie verhoging van bewustheid sal volgens die navorser die kind wat deur VIGS geraak word, “gereed” maak of in staat stel om probleme te konfronteer wat andersins onderdruk of vermy sou word.
  
- **Die geleentheid wat die kind wat deur VIGS geraak word het om sy of haar storie te vertel deur die projektering van sy of haar voorgrondbehoefte.** Projektering van voorgrondbehoefte vind plaas deur verskillende spelvorme soos teken, verf, klei, sandwerk en handpoppe te benut waarop die kind ongewenste emosies of gedrag projekteer. Volgens Oaklander (1988:193) wys dit wat 'n kind deur middel van projeksies uitdruk op bepaalde vrese, behoeftes, angs, wense of gevoelens wat die kind ervaar. Projeksies is dikwels ook die enigste wyse waarop 'n kind sy of haar storie sal (kan) vertel. 'n Kind sal byvoorbeeld iets vir 'n handpop sê wat hy of sy nooit direk vir die berader sal sê nie. Die kind wat deur VIGS geraak word, word aan verskillende emosies en gevoelens blootgestel wat soms baie oorweldigend vir die kind is. Projektiwewise spel gee daarom vir hierdie kind die geleentheid om dit wat hy of sy normaalweg nie in woorde kan uitdruk nie, deur middel van spel te kommunikeer. Volgens die navorser skep die kreatiewe aspek van projektiwewise spel vir die kind ook die ruimte om bewus te word van moontlike oplossings vir bepaalde behoeftes en probleme. Verder

skep dit ook aan die kind die geleentheid om met hierdie oplossings of nuwe gedrag te eksperimenteer.

Die navorser is daarvan oortuig dat die belangrikste waarde van speltherapie vir die kind wat deur VIGS geraak word, vervat is in die feit dat die kind hierdeur beheer terugkry en sodoende bemagtig word om tot optimale psigo-sosiale funksionering te ontwikkel.

### 3.6.2 Aspekte om tydens speltherapie in ag te neem en te hanteer

Aspekte wat Van Dyk (2001:256-259) as psigo-sosiale, godsdienstige en sosio-ekonomiese ervarings en behoeftes van die MIV/VIGS geïnfekteerde volwassene bespreek, het volgens die navorser net soveel betrekking op die kind in die middelkinderjare wat deur VIGS geraak word. In 2.5 is sekere van hierdie aspekte ook bespreek wat, waar van toepassing tydens die spelterapeutiese sessies met die kind, hanteer behoort te word. Hierdie aspekte behels die volgende:

- **Vrees** om gestigmatiseer, geïsoleer en verwerp te word deur maats. Die geïnfekteerde kind kan ook 'n vrees vir die toekoms hê ten opsigte van wie vir hom of haar gaan sorg wanneer die geïnfekteerde ouer(s) doodgaan.
- **Verlies** sluit aspekte in soos die verlies van 'n ouer(s), 'n broer of suster of die verlies aan die lewe as die kind self geïnfekteer is.
- **Roumart** as gevolg van die verlies wat die kind ervaar het.
- **Skuldgevoelens** by jonger kinders hou veral verband met die feit hulle glo dat hulle verantwoordelik kan wees vir siekte en dood.
- **Ontkenning** van die bestaan van MIV/VIGS asook die ontkenning van die emosies en gevoelens wat die voorkoms daarvan in die kind se lewe veroorsaak.
- **Woede**. Volgens die navorser is die kind in die middel-kinderjare se woede gegrond in die vrees en onsekerheid ten opsigte van wie vir hom of haar gaan gaan versorg na die ouer(s) se afsterwe.
- **Angstigheid** wat volgens die navorser verband hou met al die bogenoemde aspekte, maar ook met die onsekerheid wat die hede en die toekoms inhou.
- **Lae selfbeeld** wat veral veroorsaak word deur stigmatisering en verwerping, maar ook veroorsaak kan word deur die blote voorkoms van MIV/VIGS in die kind se lewe.

- **Depressie** hou net soos angstigheid verband met al die genoemde aspekte.
- **Selfmoordgedagtes en -gedrag** wat volgens die navorser meer betrekking het op die adolessent. Die moontlike voorkoms daarvan moet egter nooit uitgesluit word by die kind in die middelkinderjare nie.
- **Godsdienstige kwessies** sluit uit 'n Christelike oriëntasie aspekte in soos dat die kind met God 'n ooreenkoms aangaan om byvoorbeeld meer gehoorsaam te wees “in ruil” vir sy of haar ouer(s) se genesing.
- **Sosio-ekonomiese kwessies** hou verband met die feit dat dit ook bekommernisse by die kind kan veroorsaak wanneer 'n ouer(s) sy of haar werk verloor en die kind/gesin nie finansieël versorg kan word nie. In gemeenskappe waar kinders albei hulle ouers verloor het as gevolg van VIGS, word hierdie kinders baie keer die broodwinners van die gesinne en dit plaas baie verantwoordelikheid en spanning op hierdie kinders. (Vergelyk Hunter & Williamson, jaartal onbekend:16.)

Uit hierdie bespreking is dit baie duidelik dat die berader wat betrokke is by die kind wat deur VIGS geraak word, 'n deeglike kennis moet hê van die impak wat MIV/VIGS het op die kind in die middelkinderjare. Die navorser is egter van mening dat die berader ook 'n ander rol en verantwoordelikheid teenoor hierdie kind het, naamlik om as *advokaat* vir die kind se belange en regte op te tree. Hierdie aspek sal vervolgens kortliks bespreek word.

### 3.7 DIE BERADER SE ROL AS ADVOKAAT

Gesien in die lig van die bespreking in hoofstuk 2 en veral tydens die bespreking by 2.6.1, 2.6.2 en 2.6.3, is dit duidelik dat die kind wat deur VIGS geraak word nie vanselfsprekend aanspraak kan maak op die beskerming van sy of haar basiese regte en belange nie. Dit wil selfs voorkom asof diegene van wie die kind kan verwag om sy of haar regte te beskerm (ouers, uitgebreide familie, onderwysers, verpleegpersoneel) nie altyd bereid is om hierdie verantwoordelikheid te aanvaar nie.

Die navorser is daarom van mening dat elke berader wat betrokke is by kinders wat deur VIGS geraak word, eties en moreel verplig is om as *advokaat* op te tree

vir die beskerming en toepassing van hierdie kinders se basiese regte. (Vergelyk Miah & Ray, 1994:80.) Beraders behoort daarom 'n deeglike kennis te hê van die wetlike aspekte ten opsigte van die regte waarop hierdie kinders aanspraak kan maak. Hulle moet ook 'n deeglike kennis hê van sulke kinders se emosionele en fisiese behoeftes en die verskillende terreine waarop die oortredings van die kinders se regte plaasvind.

Ten einde hierdie kind binne sy of haar eie situasie en omgewing te bemagtig, behoort die berader as advokaat 'n ondersteunende netwerk te mobiliseer en wel op die volgende vlakke van die kind se lewe:

- *Binne die gesin en uitgebreide familie:* Hier behoort die berader vir die kind se reg op basiese versorging en beskerming deur 'n ouer of verantwoordelike volwassene of voog te beding. Die navorser is van mening dat beraders ouers ook moet begelei om nie net hulle MIV-status aan hulle kinders bekend te maak nie, maar ook om die kinders voor te berei op hulle afsterwe. MIV-positiewe ouers moet ook begelei word om waar moontlik self verantwoordelikheid te aanvaar om geskikte versorging vir hulle kinders te kry na hulle afsterwe. Die navorser is van mening dat die kind hierdeur die geleentheid het om hom of haar op die ouer se siektetoestand en moontlike afsterwe voor te berei en sodoende aan minder emosionele trauma blootgestel sal wees. (Vergelyk Bauman, *et al.*, 2000:156-157.)
- *Binne skoolverband:* Hier moet toegesien word dat die kind wat deur VIGS geraak word se reg op skoolopleiding deurgevoer word. Die berader moet ook toesien dat die kind se reg op vertroulikheid ten opsigte van sy of haar MIV-status op 'n "need-to-know"-beginsel beskerm sal word. (Vergelyk Cameron, 1993:13-14.) Dit behels basies dat die kind se status slegs bekend gemaak mag word aan diegene wat die kind behandel en versorg. Skole mag dus nie daarop aandring om te weet wat die kind se status is nie en mag die kind (jonger as veertien jaar) ook nie sonder die toestemming van 'n ouer of voog vir die MI-virus toets nie.
- *Binne die breë gemeenskap:* Beraders behoort voortdurend korrekte inligting en feite aangaande MIV/VIGS oor te dra, selfs al vind dit nie binne georganiseerde bewusmakingsprogramme plaas nie. Die navorser is daarvan



oortuig dat dit mettertyd daartoe sal bydra dat mense minder vrese en vooroordele teenoor MIV/VIGS sal hê en dat die stigma verbonde aan MIV/VIGS sal afneem.

- *Op ander vlakke soos klinieke en hospitale:* Hier behoort beraders toe te sien dat die kind wat deur VIGS geraak word se reg op mediese versorging toegepas word. Die navorser is ook van mening dat beraders vir die vertroulike hantering van die kind se MIV-status behoort te beding.

Volgens die navorser behels hierdie rol as advokaat basies dat die berader die kind se regte in die breër samelewing moet gaan beding. Die navorser is egter daarvan oortuig dat hierdie rol in die toekoms sterker sal moet figureer ten einde toe te sien dat hierdie kinders se regte en belange beskerm word.

### **3.8 MOONTLIKE BEHOEFTE WAT BERADERS MAG ERVAAR**

Die moontlike behoeftes wat beraders van kinders wat deur VIGS geraak word, mag ervaar lê volgens die navorser op drie vlakke:

- 'n Behoefte aan kennis ten opsigte van a) die spesifieke behoeftes van kinders wat deur VIGS geraak word en b) wat berading met 'n kind behels;
- 'n behoefte aan spesifieke vaardighede om terapieë tot die kind te kan toetree; en
- 'n behoefte aan spesifieke opleiding vir die berading met kinders (wat deur VIGS geraak word).

Ten einde 'n duidelike beeld te skep van die behoeftes van beraders van kinders wat deur VIGS geraak word, sal die data wat tydens die empiriese studie deur middel van fokusgroeponderhoude ingesamel is, geanaliseer word. Hierna sal aanbevelings gemaak word waarvolgens beraders se dienslewering tot optimale vlak deur middel van opleiding verhoog kan word.

### **3.9 SAMEVATTING**

Die berading met die kind wat deur VIGS geraak word, stel bepaalde vereistes en verwagtings aan die berader. Dit vereis onder meer dat die berader 'n deeglike en

korrekte kennisbasis van MIV/VIGS sal hê. Dit vereis egter ook dat die berader hom- of haarself deeglik bekend sal maak met wat berading met die kind alles behels.

Berading met die kind is 'n dinamiese proses waarby aktiwiteite soos spel en kuns betrek word en is daarop gemik om die kind te bemagtig tot optimale psigososiale funksionering. Dit is noodsaaklik dat beraders kennis sal dra van die verskillende beginsels wat van toepassing is tydens berading met die kind. Dit sluit onder meer in dat berading met die kind nie net verbale kommunikasievaardighede vereis nie, maar 'n bepaalde kreatiwiteit verg wat moet aansluit by die kind se ontwikkelingsouderdom. Beraders behoort ook deeglik te besin oor hulle eie vermoëns en kwaliteite ten opsigte van berading met die kind.

Doelwitformulering ten opsigte van die kind wat deur VIGS geraak word, moet baie spesifiek wees en gebaseer wees op die unieke behoeftes van hierdie kinders. Doelwitte sal onder andere die hantering van pynvolle emosies insluit en die verandering van gedrag wat negatiewe gevolge vir die kind inhou.

Tydens die berading van die kind is daar verskeie vaardighede wat beraders kan aanwend ten einde optimale intervensie met die kind te bereik. Hierdie vaardighede sluit waarneming, basiese luistervaardighede, die benutting van verskillende mediums, die hantering van weerstand en oordrag en die terminering van die intervensie in. Ten opsigte van die terminering van die intervensie is dit nodig dat die kind wat deur VIGS geraak word, vroegtydig op terminering voorberei moet word. Hierdie kinders word reeds aan verskeie "termineringsituasies" blootgestel en daarom is dit nodig dat beraders sensitief hiervoor sal wees.

Die eienskappe van die terapeutiese verhouding tussen die kind en die berader dra by tot die eiesoortige aard daarvan. Hierdie verhouding is onder meer eksklusief, boesem vertrouwe en veiligheid vir die kind in en is nie-bedreigend nie. Dit verskil ook van enige ander volwasse verhouding waarin hierdie kind staan en die aard daarvan moet daarom aan die kind verduidelik word.

Speltherapie is 'n waardevolle intervensiemedium waardeur die kind toegelaat word om deur ongewenste gevoelens en probleemkwessies te speel, in plaas daarvan om daarvoor te praat. Tydens die spelterapeutiese proses begelei die berader die kind om bewus te word van bepaalde behoeftes en emosies tot die punt waar die kind hierdie behoeftes deur middel van projektering kan uitspeel. Die suksesvolle toepassing van die spelterapeutiese proses sal egter daarvan afhang of die berader die kind se eie unieke proses ook in ag neem. Dit behels basies dit wat die kind tydens die intervensie doen en hoe hy of sy dit doen. Hierdie proses tesame met die spelterapeutiese proses moet op 'n deurlopende basis geassesseer word ten einde die terapeutiese vordering te bepaal al dan nie.

Die waarde van speltherapie vir die kind wat deur VIGS geraak word, lê in die feit dat die kind in 'n vriendelike, nie-bedreigende en nie-veroordelende atmosfeer begelei word om deur probleemkwessies te werk. Aspekte wat tydens speltherapie met die kind hanteer behoort te word, sluit emosies in soos onder andere skuldgevoelens, vrese, woede, die hantering van verliese, rouSMART en depressie. Hierdeur kan die kind weer beheer terugkry en sodoende bemagtig word om tot optimale psigo-sosiale funksionering te ontwikkel.

Gesien in die lig van die feit dat die belange van die kind wat deur VIGS geraak word, nie beskerm word nie, is dit nodig dat die berader as advokaat sal optree vir die beskerming van die kind se belange. Dit sal behels dat die berader 'n ondersteunende netwerk op al die vlakke van die kind se lewe sal mobiliseer en die kind sodoende binne sy of haar omgewing bemagtig.

Dit wil voorkom asof beraders van kinders wat deur VIGS geraak word, bepaalde behoeftes mag ervaar. Ten einde te bepaal wat hierdie behoeftes is, sal data wat tydens die empiriese ondersoek ingesamel is, in die volgende hoofstuk geanaliseer word en bepaalde aanbevelings sal in hoofstuk 5 gemaak word.

## **HOOFSTUK 4**

### **EMPIRIESE GEGEWENS EN NAVORSINGBEVINDINGS**

#### **4.1 INLEIDING**

In die voorafgaande twee hoofstukke is inligting ten opsigte van die impak van MIV/VIGS op die kind weergegee asook die waarde wat berading (speltherapie) vir hierdie kind met sy of haar spesiale behoeftes inhou.

Die fokus van die studie was 'n maatskaplikewerkondersoek na die behoeftes van beraders van die kind wat deur VIGS geraak word. 'n Leemte is in die literatuur geïdentifiseer wat aandui dat min riglyne bestaan om die spesifieke behoeftes van hierdie kind te onderskep. Hierdie leemte is ook in gesprekvoering met MIV/VIGS-beraders bevestig.

Vir die doel van hierdie studie is empiriese data ingewin deur middel van fokusgroeponderhoude met twee afsonderlike groepe beraders. Die lede van die fokusgroepe is deur die navorser op grond van doelgerigte steekproeftrekking geselekteer waarvoor die kriteria deur die navorser self bepaal is.

In hierdie hoofstuk sal die empiriese gegewens en navorsingsbevindings weergegee en geanaliseer word.

#### **4.2 HOOF-EN SUBTEMAS VAN DIE STUDIE**

Die volgende hooftemas is vanuit die empiriese data geïdentifiseer:

- Beraders se beskouing van hulle rol as berader van die kind wat deur VIGS geraak word.
- Beraders se persepsies ten opsigte van die behoeftes van die kind wat deur VIGS geraak word.

- Beraders se menings ten opsigte van watter vaardighede en kennis noodsaaklik is tydens die berading van die kind wat deur VIGS geraak word.
- Behoeftes en leemtes wat beraders ervaar ten opsigte van die berading van die kind wat deur VIGS geraak word.

Elke hooftema en onderskeie sub-temas met hulle verskillende kategorieë sal vervolgens bespreek word.

#### **4.2.1 Hooftema 1: Beraders se beskouing van hulle rol as berader van die kind wat deur VIGS geraak word**

Die eerste hooftema (vergelyk Figuur 1) wat die navorser geïdentifiseer het was beraders se beskouing van hulle rol as berader van die kind wat deur VIGS geraak word. Uit die data wat ingewin is wil dit blyk dat beraders hierdie rol as baie spesifiek beskou en dat dit 'n rol is wat bepaalde verantwoordelikheid verg.

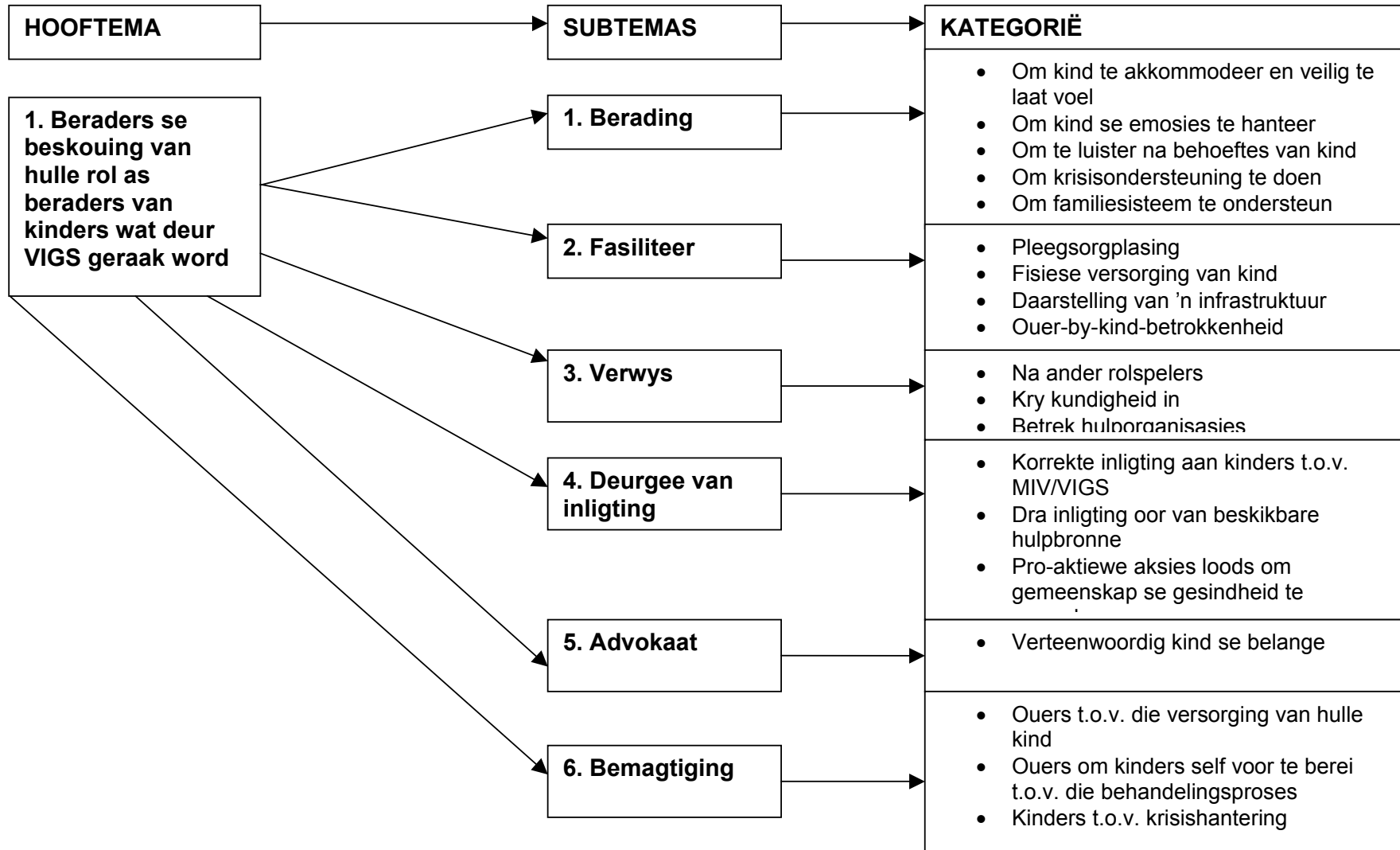
Ses subtemas is onder hierdie hooftema geïdentifiseer, naamlik berading, fasilitering, verwysing, die deurgae van inligting, om as advokaat op te tree en bemagtiging. Hierdie subtemas en hulle kategorieë sal vervolgens bespreek word.

##### **4.2.1.1 Berading**

Vanuit die empiriese data blyk dit dat beraders van mening is dat verskeie aspekte in ag geneem moet word tydens die berading van die kind wat deur VIGS geraak word. Hierdie aspekte behels die volgende:

- om die kind te akkommodeer en veilig te laat voel;
- om die kind se emosies te hanteer;
- om te luister na die behoeftes van die kind;
- om krisisondersteuning te doen; en
- om die familiesisteem te ondersteun.

**FIGUUR 1**



Geldard en Geldard (1997:8-9) beweer dat ten einde 'n terapeutiese verhouding tussen die berader en die kind daar te stel, moet die verhouding vertrou en veiligheid vir die kind inboesem. Axline (in Geldard & Geldard, 1997:28) brei in haar agt beginsels hierop uit en meld dat die verhouding warm en vriendelik moet wees en die kind moet onvoorwaardelik aanvaar word. Die kind sal volgens die navorser veral ervaar dat hy of sy aanvaar word as die berader aktief luister na die probleem wat hy of sy na die sessie toe gebring het. Volgens Yssel (1999:120) ervaar die kind ook hierdeur dat die berader werklik aandag aan sy of haar behoeftes gee. Die navorser is van mening dat die kind alleen binne hierdie atmosfeer van veiligheid en aanvaarding die vrymoedigheid sal hê om sy of haar emosies te deel.

Kinders wat deur VIGS geraak word, word aan baie emosies blootgestel. (Vergelyk 2.5.2.1 en 2.5.2.2.) Die navorser is egter van mening dat vrees vir verwerping en stigmatisering deur maats en onderwysers (vergelyk Sunderland & Shelp in Van Dyk, 2001:296) veral vir die kind in die middelkinderjare baie angs en spanning veroorsaak. Hierdie emosies behoort dus veral aandag te geniet tydens die hantering van dié kind se emosies.

Beraders behoort egter ook volgens die navorser deeglik kennis te neem van al die verskillende emosies waarmee hierdie kinders gekonfronteer word en die impak daarvan op hulle funksionering.

Gillis (in Van Dyk, 2001:281) beskou krisisondersteuning (of krisisintervensie) as 'n vorm van emosionele noodhulp wat daarop gemik is om onmiddellike verligting te bring ten tye van 'n krisis. Van Dyk (2001:282) wys egter daarop dat die berader moet toesien dat voortgesette terapie die krisisintervensie sal opvolg. Die empiriese data het juis aangedui dat hierdie aspek meermale 'n frustrasie vir beraders is en dat hulle ervaar dat hulle net by krisisintervensie betrokke is en nie by diepgaande terapie nie. Die rede hiervoor blyk te wees dat

krisisintervensie soms al is waarvoor beraders tyd het en daarmee saam kom kliënte nie opvolgafsprake na nie.

#### 4.2.1.2 *Fasiliteer*

Uit die empiriese data blyk beraders baie bewus te wees van hulle rol as fasiliteerder aangesien hierdie aspek baie pertinent in die empiriese data uitgelig is. Dit wil voorkom asof beraders meen dat hulle as fasiliteerders moet optree ten opsigte van die volgende aspekte:

##### ➤ *Pleegsorgplasing*

Die empiriese data het aangedui dat een berader vanuit haar rol as maatskaplike werker die verantwoordelikheid het om pleegsorgreëlings vir kinders te tref van wie 'n ouer(s) besig is om te sterf. (Vergelyk Hunter & Williamson, jaartal onbekend:26.) Die navorser voel egter baie sterk daaroor dat beraders, net soos by baie ander kwessies rondom MIV/VIGS, baie sensitief moet wees tydens die fasilitering van pleegsorgplasing. Literatuur dui onder meer aan dat die suksesvolle afhandeling van pleegsorgplasing afhang van deeglike voorbereiding en beplanning waarby die kind, die biologiese ouer(s) en die toekomstige pleegouers betrek word. (Vergelyk *Information guide for Social Workers on the Practical Application of the Child Care Act, Act 74 of 1983, as Amended, and Regulations*, 1998:9.)

##### ➤ *Die fisiese versorging van die kind*

Volgens die empiriese data blyk dit dat beraders van mening is dat alle aspekte van die kind se basiese fisiese versorging hier ter sprake is. Volgens die empiriese data wat ingewin is, sluit dit mediese versorging, huisvesting, voeding, skoolopleiding en die kind se veiligheid in. Uit die besprekings onder 2.5.1.1 en 2.5.1.2 het dit duidelik geblyk dat die kind wat deur VIGS geraak word juis ten opsigte van hierdie aspekte tot 'n groot mate aan hulle eie lot oorgelaat word. Maslow (in Thompson & Rudolph, 2000:9-10) beweer dat ten einde self-aktualiserend te wees, moet daar aan 'n paar basiese behoeftes voldoen word en



die eerste hiervan is die voorsiening aan fisiese behoeftes. Die navorser is dus van mening dat alvorens 'n terapeutiese verhouding met die kind opgebou sal kan word of die kind by enige verdere hulpverlening betrek word, die berader eers aandag aan die kind se fisiese behoeftes sal moet gee.

➤ *Daarstelling van 'n infrastruktuur*

Volgens die data wat ingewin is blyk beraders van mening te wees dat die daarstelling van 'n infrastruktuur behels dat 'n formele en 'n informele infrastruktuur daargestel word voordat die ouers ernstig siek word. Die informele struktuur sluit veral die grootouers en ander lede van die uitgebreide familie in. Die belangrike rol wat die uitgebreide familie speel word deur Hunter en Williamson (jaartal onbekend:23) aangedui. Hierdie skrywers merk op dat wanneer die gesin die effek van MIV/VIGS begin ervaar, die uitgebreide familie die gesin se eerste veiligheidsnet is. Beraders moet volgens die navorser deeglik kennis hiervan neem en kontak met die uitgebreide familie en ander hulpbronne in die gemeenskap maak sodra hulle by die kind en sy of haar gesin betrokke raak.

➤ *Ouer-by-kind-betrokkenheid*

Vanuit die empiriese data blyk dit dat hierdie aspek deurgaans sterk gefigureer het by albei fokusgroepe. Data toon onder meer dat beraders van mening is dat hulle 'n groot verantwoordelikheid het om ouers aan te moedig om inligting aangaande hulle MIV-status met hulle kinders te deel. Daarby is beraders ook van mening dat hulle die ouer(s) moet aanmoedig om by die reëlings en beplanning van die kind se versorging (na die ouer se afsterwe) betrokke te wees. Die motivering hiervoor blyk te wees dat kinders ingelig kan wees en ook die geleentheid moet hê om hulle voor te berei op 'n ouer se afsterwe. 'n Voorkomingsprogram (*Project Care*) wat in Amerika ontwikkel is (vergelyk Bauman, *et al.*, 2000:156-157), is juis geloods om 'n ouer-by-kind-betrokkenheid aan te moedig. Hierdie program is ontwikkel ten einde die sielkundige

funksionering van die kind te verbeter na die afsterwe van 'n ouer(s) as gevolg van VIGS.

Alhoewel die navorser 'n voorstaander is van die ouer-by-kind-betrokkenheid gedagte, bly die hele kwessie rondom die bekendmaking van hulle status aan hulle kinders steeds 'n sensitiewe saak vir geïnfekteerde ouers. (Vergelyk Marcenko & Samost, 1999:39 en Hackl, *et al.*, 1997:54.) Die navorser is daarom van mening dat hierdie saak dienooreenkomstig hanteer en gerespekteer behoort te word.

#### 4.2.1.3 Verwys

Dit blyk vanuit die empiriese data dat beraders wat betrokke is by MIV/VIGS deeglik kennis dra van die dinamika van die siektetoestand en die noodwendige betrokkenheid van verskillende hulpprofessies. (Vergelyk Miah & Ray, 1994:80.) Vanuit die empiriese data meen beraders dat hulle die volgende verantwoordelikheid het ten opsigte van verwysing:

- Verwys na ander rolspelers;
- Kry kundigheid in;
- Betrek hulporganisasies.

Alhoewel die verwysing na ander rolspelers, die inwinning van ander kundigheid en die betrekking van ander hulporganisasies ten opsigte van die kind wat deur VIGS geraak word soms onvermydelik is, behoort hierdie aspek volgens Van Dyk (2001:269) baie sensitief hanteer te word. Gesien in die lig van die feit dat 'n spesiale band tussen die berader en die kind ontwikkel, mag die kind hierdie verwysing en terminering van dienste as nog 'n verlies ervaar, of dat hy of sy “weer” verwerp word. Die navorser is daarom van mening dat wanneer enige vorm van verwysing plaasvind, die kind deurentyd by die beplanning en doel daarvan betrek moet word en deeglik daarop voorberei moet word.

#### 4.2.1.4 Deurgee van inligting

Inligting wat vanuit die empiriese data bekom is, het aangetoon dat beraders van beide fokusgroepe hierdie as 'n belangrike rol sien wat hulle het om te vervul. Volgens die empiriese data meen beraders hulle het 'n rol te speel om:

- korrekte inligting aan kinders oor te dra ten opsigte van MIV/VIGS;
- inligting oor te dra van beskikbare hulpbronne; en
- pro-aktiewe aksies te loods om die gemeenskap se gesindheid te verander.

Die noodsaaklikheid om inligting oor te dra ten opsigte van beskikbare hulpbronne word deur een berader uitgelig wanneer sy opmerk dat: “... *a lot of people they don't have a lot of education and they struggle they don't know where to go*”. Empiriese data het ook getoon dat beraders meen dat kinders gesosialiseerd is om nie self vir inligting te vra nie. Een berader merk in dié verband op: “*Ons moet meer doen. Dis die bangste van alle kinders om vir jou inligting te vra of is die meeste gesosialiseerd om eintlik maar net agteraf inligting te verkry*”. Die noodsaaklikheid om korrekte inligting aan die kind oor te dra, word deur Van Dyk (2001:154) bevestig wanneer sy meld dat opvoeding en inligting 'n fundamentele reg is waarop elke kind aanspraak behoort te kan maak. Die navorser ondersteun hierdie standpunt en is verder van mening dat die wyse waarop inligting oorgedra word altyd die ontwikkelingsouderdom van die kind in gedagte moet hou.

Die argument om pro-aktief by voorkomende aksies betrokke te wees blyk uit die empiriese data verband te hou met die mening dat stigma direk verband hou met gebrekkige kennis en onvoldoende inligting. Barrett-Grant, *et al.* (2001:36-37) het juis bevind dat die voorkoms van hierdie twee aspekte aanleiding gee tot vrees en belangeloosheid by die breë publiek. (Vergelyk Hunter & Williamson, jaartal onbekend:27.) Dit gee weer aanleiding tot diskriminasie en gewelddadige optredes teenoor persone wat deur MIV/VIGS geraak word. Van Dyk (2001:95) bevestig ook die bevinding vanuit die empiriese data. Hierdie skrywer merk op dat professies wat betrokke is by persone wat deur MIV/VIGS geraak word as

rolmodelle in die gemeenskap kan optree om die stigmatisering, diskriminering en isolering van hierdie groep mense te beveg. Volgens die navorser het beraders die ideale geleentheid om korrekte inligting oor te dra omdat hulle vanuit hulle ervaring met gesag van MIV/VIGS kan praat.

#### 4.2.1.5 Advokaat

Vanuit die empiriese data blyk dit dat beraders van mening is dat hulle die kind se stem moet wees binne die breë gemeenskap waar die kind optree. In die algemeen wil dit voorkom asof hierdie rol van die berader verwag om die kind se belange te verteenwoordig.

Aspekte wat deur die empiriese data uitgelig is, handel oor die noodsaaklikheid dat beraders a) die skool (onderwyser) bewus sal maak van die belangrike rol wat hy het om te speel vir die kind wat deur VIGS geraak word; b) die onderwyser bewus sal maak van die dinamika van MIV/VIGS-families; en c) die skool sensitief sal maak vir die behoeftes van die kind wat deur VIGS geraak word. Miah en Ray (1994:80) ondersteun hierdie bevindings, maar meld dat beraders nie net binne skoolverband as advokaat vir die belange van die kind moet optree nie, maar op elke vlak waar die kind betrokke is. Die navorser is van mening dat beraders selfs binne gesinsverband as advokaat vir die kind se belange sal optree aangesien dit meermale hier is waar die kind se belange die minste beskerm word. (Vergelyk Giese, *et al.*, 2002:50.)

#### 4.2.1.6 Bemagtig

Empiriese data toon aan dat beraders 'n belangrike rol het in die bemagtiging van gesinne wat deur VIGS geraak word. Hierdie rol behels dat beraders:

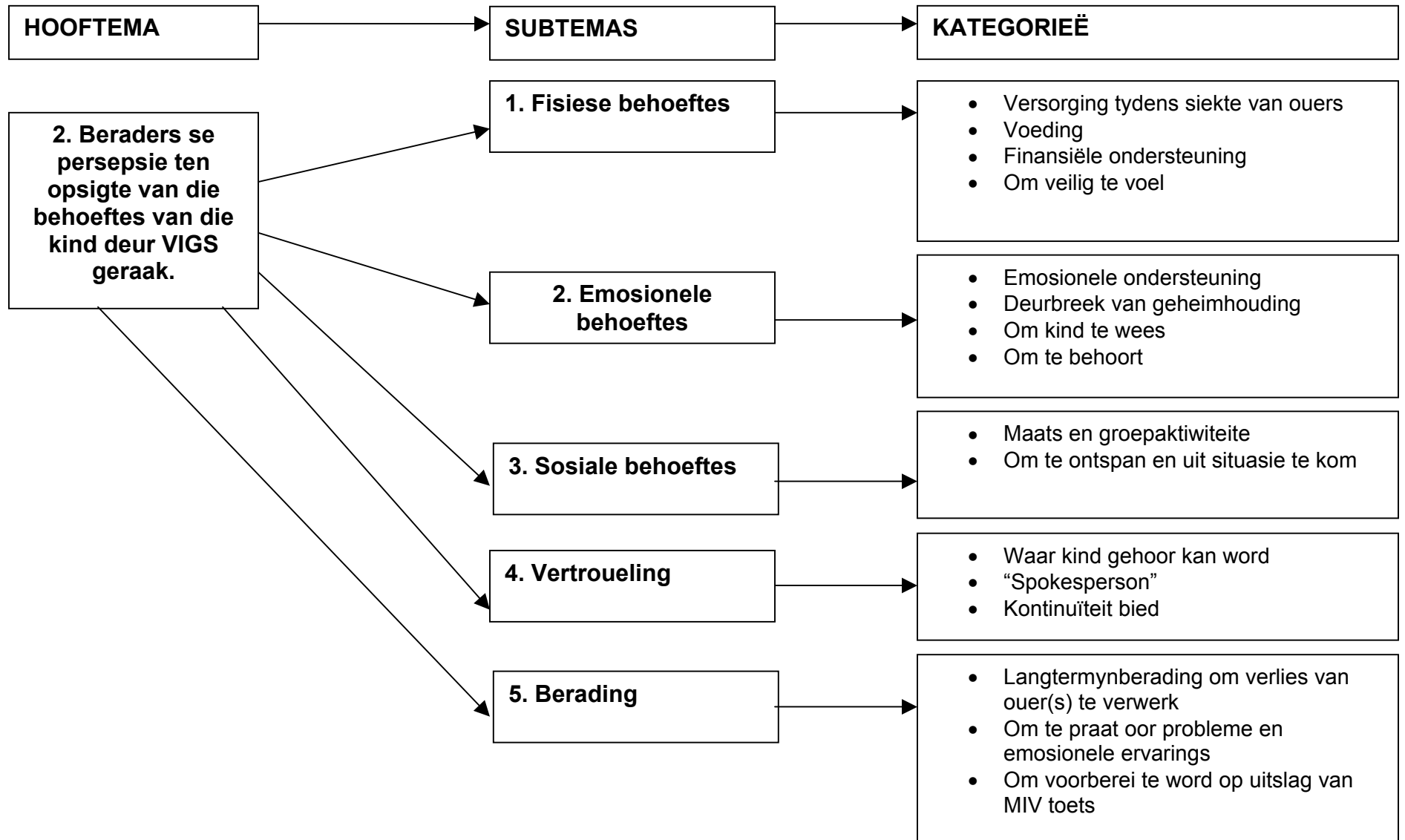
- ouers sal bemagtig ten opsigte van die versorging van hulle kinders;
- ouers sal bemagtig om hulle kinders self voor te berei ten opsigte van die behandelingsproses; en
- kinders te bemagtig ten opsigte van krisishantering.

Dowdy, Kiev, Lathrop, Lantz en Winkle (in Antle, *et al.*, 2001:161) dui aan dat ouers se eie toestand van skok en roumart, samehangend met hulle behoefte om hulle kinders te beskerm meermale daartoe bydra dat hulle aandag afgelei word van die behoeftes van hulle (gesonde) kinders. Miller en Bor (in Van Dyk, 2001:262-263) gee 'n lys van praktiese voorstelle wat beraders volgens die navorser kan aanwend om ouers te bemagtig in hulle hantering van sensitiewe aspekte rondom hulle siektetoestand. Hunter en Williamson (jaartal onbekend:16) toon aan dat kinders dikwels aan hulle eie lot oorgelaat word sodra ouers se MIV-infeksie in VIGS oorgaan. Dit en ander aspekte dra daartoe by dat hierdie kinders aan verskeie krisissituasies blootgestel word. Die navorser is van mening dat bogenoemde voorstelle ook aangewend kan word om kinders te bemagtig ten opsigte van die hantering van hierdie krisis. Die navorser meen egter verder ook dat, deur bloot die kind by spel terapie en spel terapeutiese beginsels te betrek, die kind bemagtig sal word om oplossings vir probleme te vind. (Vergelyk McClowry in Ross, 2001:30.)

#### **4.2.2 Hooftema 2: Beraders se persepsies ten opsigte van die behoeftes van die kind wat deur VIGS geraak word**

Die tweede hooftema (vergeelyk Figuur 2) wat vanuit die empiriese data geïdentifiseer is, is beraders se persepsies ten opsigte van die behoeftes van die kind wat deur VIGS geraak word. Hierdie persepsies is in die volgende vyf subtemas onderverdeel, naamlik fisiese behoeftes, emosionele behoeftes, sosiale behoeftes, behoefte aan 'n vertroueling en 'n behoefte aan berading. Die subtemas en hulle onderskeie kategorieë sal vervolgens bespreek word.

FIGUUR 2



#### 4.2.2.1 Fisiese behoeftes

Ten opsigte van fisiese behoeftes blyk beraders vanuit die empiriese data van mening te wees dat kinders wat deur VIGS geraak word 'n behoefte ervaar ten opsigte van elke aspek van sy of haar fisiese versorging. Dit sluit 'n behoefte aan versorging tydens ouers se siekte, voeding, finansiële ondersteuning en 'n behoefte aan veiligheid in. Hierdie bevinding word deur verskeie skrywers gestaaf. Volgens Antle, *et al.* (2001:161) is kinders wat geïnfekteer is, self meestal die slagoffers van ouers wat ook geïnfekteer is. Dit bring mee dat ouers as gevolg van hulle eie siektetoestand die kind fisies nie werklik kan ondersteun nie. Hunter en Williamson (jaartal onbekend:14) het ook bevind dat kinders wat deur VIGS geraak word, met aspekte soos onder meer 'n toename aan wanvoeding, "homelessness", ondervoeding, straatlopery, misdaad en 'n verlies aan gesondheidsorg gekonfronteer word. Daarmee saam meld Barrett-Grant, *et al.* (2001:48-50) dat kinders aan seksuele mishandeling en misdrywe blootgestel word, in sommige gevalle selfs deur hulle eie ouers. Die navorser is van mening dat beraders hierdie aspekte in aanmerking sal moet neem wanneer die kind by terapie betrek word. Volgens die navorser sal geen terapeutiese groei kan plaasvind indien daar nie in die kind se basiese fisiese behoeftes voorsien is nie.

#### 4.2.2.2 Emosionele behoeftes

Vanuit die empiriese data blyk beraders van mening te wees dat kinders wat deur VIGS geraak word 'n verskeidenheid emosionele behoeftes het waarvan die behoefte aan emosionele ondersteuning, die behoefte aan die deurbreek van geheimhouding, die behoefte om kind te wees en die behoefte om te behoort pertinent uitgelig is.

Volgens Van Dyk (2001:260) en Gibbons en Hunter (in Armstrong Dailey, 1991:620) word kinders wat deur VIGS geraak word met die volgende emosies gekonfronteer, naamlik woede, vrees, skok, ontkenning, skuld-gevoelens, skaamte, hartseer, verwarring en angs. Alhoewel daar verwag sou kon word dat die intense emosies hanteer moet word, is dit volgens Wiener en Septimus

(1991:579) baie keer dié stadium waar die verhouding tussen die ouer en die kind gestremd is as gevolg van onder meer die geheimhouding rakende MIV/VIGS. (Vergelyk Marcenko & Samost, 1999:39; Hackl, *et al.*, 1997:54 en Bauman, *et al.*, 2000:156.) Die geaffekteerde kind kry dus volgens Bauman, *et al.* (2000:165) nie die geleentheid om gevoelens van verlies en woede uit te druk nie. Die navorser is van mening dat hierdie atmosfeer van geheimhouding en die feit dat die kind nie die geleentheid het om sy of haar gevoelens te ventileer nie, verdere spanning en druk op die kind plaas. Volgens die navorser kan die voortdurende onderdrukking van gevoelens en spanning op die langtermyn aanleiding tot depressie gee.

Die kind se behoefte om net weer kind te wees kan verklaar word vanuit die feit dat baie kinders wat deur VIGS geraak word, as gevolg van hulle situasie die verantwoordelikheid van die hele huishouding op hulle moet neem. (Vergelyk Giese, *et al.*, 2002:62.) In verband hiermee dui Giese, *et al.* (2002:59) aan dat hierdie kinders in baie gevalle so jonk as agt jaar oud is. Volgens die navorser plaas ook hierdie verantwoordelikheid groot druk op die kinders en word hulle van hulle reg ontnem om net kind te wees en om versorg te word.

#### 4.2.2.3 Sosiale behoeftes

Volgens die empiriese data blyk beraders van mening te wees dat die kind wat deur VIGS geraak word 'n algemene behoefte het om te sosialiseer. Dit sluit onder meer 'n behoefte aan maats en groepaktiwiteite in en die behoefte om te ontspan en uit sy of haar situasie te kom.

Volgens die navorser is hierdie behoefte van die kind aan sosiale stimulering baie normaal. Kleynhans (2000:54) noem byvoorbeeld dat die belangrikste oorweging vir die optrede van 'n kind in die middelkinderjare daarop gemik is dat sy of haar gedrag sal konformeer met ander kinders se gedrag van dieselfde portuurgroep. Davis-McFarland (2002:10) meld egter dat die kind wat deur VIGS geraak word en sy of haar gesin as gevolg van stigmatisering sosiaal geïsoleer



word. Dit impliseer dat só 'n gesin ontnem word van hulle voorregte van 'n gewone sosiale lewe waar kinders net vrylik en ongekompliseerd met maats kan kontak maak en sosialiseer. (Vergelyk Sunderland & Shelp in Van Dyk, 2001:296.) Kinders word as gevolg hiervan dus gedwing om deurentyd met hulle situasie gekonfronteer te word en het op geen plek 'n uitlaatklep nie.

Dit is volgens die navorser duidelik dat die stigma verbonde aan MIV/VIGS 'n deurlopende effek op die sosiale behoeftes van hierdie kinders het. Die navorser is ook van mening dat die kinders as gevolg hiervan sosiaal gedepriveerd raak en hulleself mettertyd nie meer sosiaal sal kan handhaaf nie.

#### 4.2.2.4 *Vertroueling*

Dit blyk vanuit die empiriese data dat beraders van mening is dat die kind wat deur VIGS geraak word 'n behoefte aan 'n vertroueling het met skynbaar die volgende eienskappe: iemand waar die kind gehoor kan word, wat as "spokesperson" vir die kind sal optree en wat vir die kind kontinuïteit kan bied.

Die kind se behoefte aan 'n vertroueling spruit volgens die navorser uit die feit dat diskriminasie op alle vlakke van die kind se bestaan voorkom. Diskriminasie kom onder meer binne familieverband voor (vergeelyk *Save the Children*, 2001:19-20), binne die gemeenskap (vergeelyk *Save the Children*, 2001:23-26), binne skoolverband (vergeelyk Giese, *et al.*, 2002:19, 21), binne kerkverband (vergeelyk Van Dyk, 2001:318) en ook op ander vlakke soos by klinieke en hospitale. (Vergeelyk *Save the Children*, 2001:30.) Daarmee saam het die kind wat deur VIGS geraak word ook nie altyd die vrymoedigheid om met enigiemand te praat oor sy of haar situasie nie uit vrees vir verwerping. (Vergeelyk Wiener, *et al.*, 1993:61.)

Gesien in die lig van die feit dat die kind wat deur VIGS geraak word aan soveel diskriminasie blootgestel word, is dit volgens die navorser verklaarbaar dat die

kind 'n behoefte aan 'n “spokesperson” sal hê en iemand wat vir hom of haar kontinuïteit en balans sal bied.

#### *4.2.2.5 Berading*

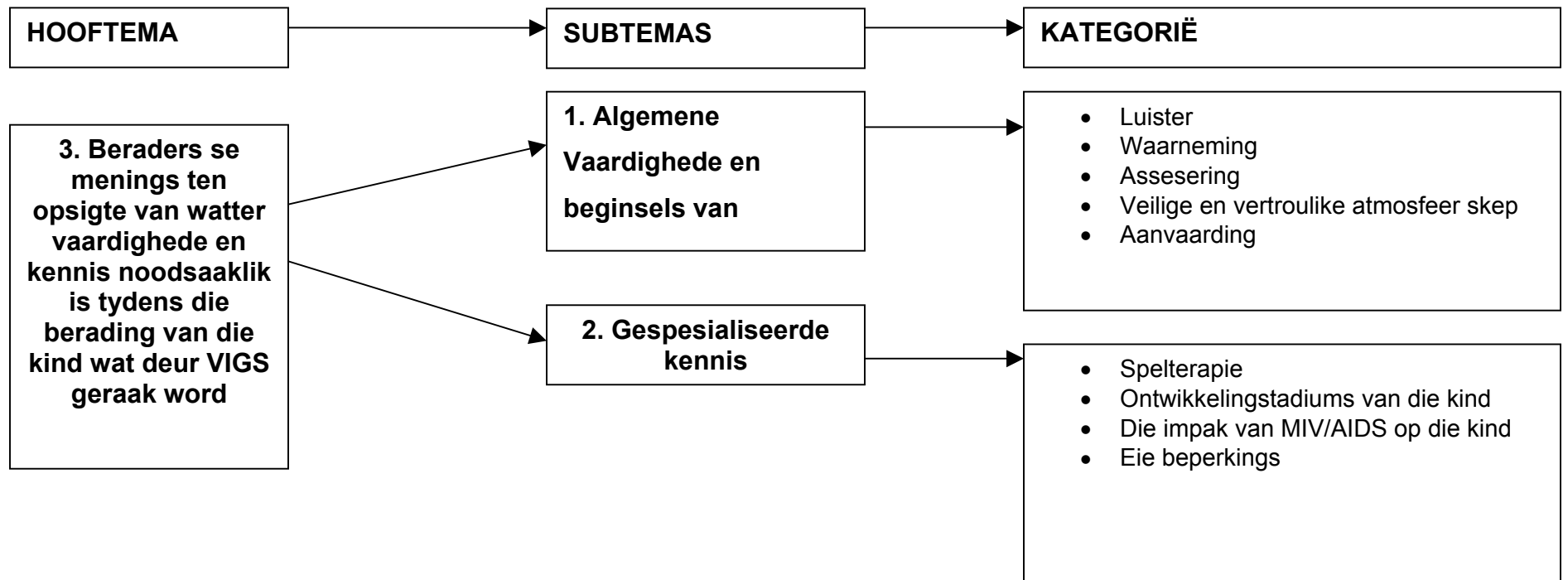
Uit inligting wat ingewin is vanuit die empiriese data blyk beraders van mening te wees dat die kind wat deur VIGS geraak word, 'n behoefte aan berading het. Volgens die beraders blyk hierdie behoefte die volgende te behels:

- Langtermynberading om verlies van ouer te verwerk;
- Om te praat oor probleme en emosionele ervarings;
- Om voorberei te word op die uitslag van die MIV-toets.

Alhoewel die navorser kan aanvaar dat die kind wel 'n behoefte het om oor probleme en emosionele ervarings te praat, is die navorser tog van mening dat die behoefte aan langtermynberading en om voorberei te word op die uitslag van 'n MIV-toets nie binne die verwysingsraamwerk van die kind in die middelkinderjare lê nie. (Vergelyk Oaklander, 1988:192.) Dat die kind wel voordeel daaruit sal trek is ongetwyfeld, veral as die kind by speltherapie betrek sou kon word. Bradley en Gould (in Thompson & Rudolph, 2000:374) meld byvoorbeeld dat speltherapie vir die kind 'n veilige plek bied waarbinne sekere emosies en gevoelens uitgespeel kan word, begrip ontwikkel word en waar verandering kan plaasvind.

Die navorser is van mening dat die kind binne hierdie veilige omgewing dus die geleentheid sal hê om die verliese van 'n ouer te verwerk en oor probleme en emosionele ervaring te praat. Die spelterapeutiese proses (vergelyk Geldard & Geldard, 1997:33-34) is ook volgens die navorser die ideale omgewing waarbinne die kind voorberei kan word op die uitslag van 'n MIV-toets.

FIGUUR 3



### **4.2.3 Hooftema 3: Beraders se menings ten opsigte van watter vaardighede en kennis noodsaaklik is tydens die berading van die kind wat deur VIGS geraak word**

Die derde hooftema (vergelyk Figuur 3) wat vanuit die empiriese data geïdentifiseer is, handel oor beraders se menings ten opsigte van watter vaardighede en kennis noodsaaklik is vir die berading van die kind wat deur VIGS geraak word. Twee subtemas is onder hierdie hooftema geïdentifiseer en behels algemene vaardighede en beginsels van berading en gespesialiseerde kennis. Albei hierdie subtemas en hulle onderskeie kategorieë sal vervolgens bespreek word.

#### *4.2.3.1 Algemene vaardighede en beginsels van berading*

Dit blyk vanuit die empiriese data dat beraders van mening is dat algemene beradingsvaardighede en beginsels noodsaaklik is vir die berading van kinders wat deur VIGS geraak word. Spesifieke vaardighede en beginsels wat vanuit die data na vore gekom het behels die volgende:

##### ➤ Luister

Die empiriese data toon aan dat beraders van mening is dat die kind moet ervaar dat daar werklik na hom of haar geluister word. Luister word volgens Geldard en Geldard (1997:57) as een van die belangrikste vaardighede beskou wat tydens berading met die kind benut moet word. Hierdie skrywers maak die opmerking dat sommige kinders (soos byvoorbeeld kinders wat deur VIGS geraak word) daaraan gewoond is om nie met respek gehanteer te word nie en om ook deur volwassenes geïgnoreer te word. Ten einde aan hierdie kinders die boodskap oor te dra dat die berader werklik aandag aan sy of haar behoeftes gee, moet die berader aktief luister na wat die kind sê. (Vergelyk Yssel, 1999:120.)

Aktiewe luister bevat volgens Geldard en Geldard (1997:57-64) vier komponente wat beraders in ag moet neem en hierdie komponente behels a) dat die berader die kind se liggaam sal spieël, b) minimale respons sal benut, c) reflektoring sal benut en d) ook gedurigdeur van opsomming gebruik sal maak om vas te stel of hulle die inligting wat hulle ontvang het, korrek verstaan. (Vergelyk Brammer in Miars, *et al.*, 1997:72.) Die navorser kan vanuit haar ondervinding van berading met kinders die waarde wat aktiewe luister net bevestig. Kinders ervaar hiermee dat hulle gerespekteer word en dit dra tot 'n groot mate daartoe by dat die kind se selfwaarde verhoog word. Die navorser is daarom van mening dat aktiewe luister deurgaans toegepas moet word tydens berading met die kind wat deur VIGS geraak word.

➤ Waarneming

Dit blyk vanuit die data dat daar hier verwys word na die waarneming van die kind se algemene voorkoms asook van die kind se fisiese behoeftes. Waarneming vind volgens Geldard en Geldard (1997:53) reeds vroeg tydens die eerste kontakmaking met die kind plaas deurdat die berader onder meer die kind se algemene voorkoms waarneem, die dinamika tussen die kind en sy of haar ouer of voog en die kind se algemene gedrag. Die navorser is van mening dat die berader dus reeds tydens die eerste kontakmaking bepaalde afleidings kan maak wat tydens verdere intervensie geverifieer moet word. West (1996:162) wys egter daarop dat beraders nie net die kind se gedrag tydens die berading moet waarneem nie, maar ook hulle eie gedrag, gevoelens en reaksies. Die waarde van waarneming behels volgens die navorser dat die berader deurentyd bewus is van wat tydens die beradingsproses plaasvind of nie plaasvind nie. Hierdeur kan die berader ook bepaalde veranderinge aanbring of selfs besluit dat die kind gereed is om terapie te terminer.

➤ Assessering

Vanuit die empiriese data blyk dit dat daar hier verwys word na die assessering van die kind wat deur VIGS geraak word, se blootstelling aan ongerymdhede.

Literatuur (vergelyk Giese, *et al.*, 2002:50, 60) het bevind dat dié kind wel aan verskeie ongerymdhede blootgestel word en dat die assessering van die kind daarom onvermydelik sal wees. Assessering in hierdie verband sal volgens die navorser nie net die assessering van die kind alleen insluit nie, maar die assessering van al die fasette van die kind se funksionering. Assessering het egter ook 'n ander funksie naamlik die assessering van die terapeutiese proses. Volgens Lewis en Sieber (1997:159) vind assessering op 'n deurlopende basis samehangend met die terapeutiese proses plaas. Assessering skep dus volgens die navorser 'n ideale geleentheid waardeur die berader nie net die terapeutiese vordering evalueer nie, maar ook die kind se proses binne die terapeutiese situasie.

➤ Veilige en vertroulike atmosfeer skep

Die empiriese data dui aan dat beraders van mening is dat 'n veilige en vertroulike atmosfeer vir die kind die vrymoedigheid sal gee om met die berader te kan praat. Literatuur dui juis aan dat een van die eerste stappe wat tydens die vestiging van 'n terapeutiese verhouding moet plaasvind, die daarstelling van 'n warm, vriendelike en veilige atmosfeer is waarbinne die kind die vrymoedigheid sal hê om sy of haar probleme te deel (Geldard & Geldard, 1997:8-9). Dit vind plaas deur die daarstelling van grense of reëls (ten opsigte van tyd en die speelkamer) en om aan die kind te verduidelik wat hy of sy van die terapeutiese verhouding kan verwag. (Vergelyk Geldard & Geldard, 1997:40.) Die navorser is van mening dat die skep van 'n veilige en vertroulike atmosfeer veral belangrik is tydens berading met die kind wat deur VIGS geraak word. Hierdie kinders voel ten opsigte van soveel aspekte van hulle funksionering onveilig en het dus nodig om te weet dat hulle die berader kan vertrou.

➤ Aanvaarding

Vanuit die empiriese data het beraders aangetoon dat 'n berader se liggaamshouding en nie-veroordelende optrede vir die kind wat deur VIGS geraak word, die aanduiding sal gee dat die kind aanvaar word. Aanvaarding

word juis as een van die mees waardevolle beginsels beskou wat tydens speltherapie met die kind benut moet word. Dit is byvoorbeeld een van die agt beginsels wat Axline (in Geldard & Geldard, 1997:28) ontwerp het en as noodsaaklik beskou tydens speltherapie met die kind. West (1996:16) sluit hierby aan en meld weer dat die berader objektief en aanvaardend teenoor die kind moet optree binne die spelterapeutiese atmosfeer. Dié skrywer is van mening dat deur hierdie twee beginsels toe te pas sal die berader 'n atmosfeer skep waarbinne die kind bemaagtig sal voel om sy of haar probleme te hanteer. Die navorser is van mening dat selfs al word geen spesifieke probleem van die kind hanteer nie, sal die kontak met 'n aanvaardende volwassene vir die kind steeds 'n positiewe ervaring inhou. Hierdie aspek is volgens die navorser veral van toepassing op kinders wat deur VIGS geraak word, aangesien hierdie kinders gewoonlik aan soveel diskriminasie en stigmatisering (van volwassenes) blootgestel word.

#### 4.2.3.2 *Gespesialiseerde kennis*

Empiriese data het aangetoon dat beraders van mening is dat gespesialiseerde kennis nodig is tydens berading met die kind wat deur VIGS geraak word. Hierdie gespesialiseerde kennis blyk die volgende in te sluit:

##### ➤ Speltherapie

Beraders het in die empiriese data aangetoon dat kennis van speltherapie nodig is ten einde in staat te wees om die kind se behoeftes werklik aan te spreek. Neuman en Romanowski (1998:54) dui in dié verband aan dat speltherapie 'n tegniek is waardeur 'n opgeleide berader 'n kind toelaat om deur sy of haar gevoelens en probleemkwessies te speel, in plaas daarvan om daarvoor te praat. West (1996:148) sluit hierby aan en meld dat 'n deeglike opleiding en voortdurende supervisie noodsaaklik is ten einde van speltherapie gebruik te maak. Die waarde van speltherapie lê volgens die navorser opgesluit in die verskillende spelterapeutiese tegnieke en beginsels en in die spelterapeutiese proses wat hieraan verbonde is. (Vergelyk Geldard & Geldard, 1997:85-162;

Axline in Geldard & Geldard, 1997:28 en Bradley & Gould in Thompson & Rudolph, 2000:385-386.) Die navorser is dus van mening dat beraders wat konstruktief ondersteuning wil gee aan die kind wat deur VIGS geraak is, veral hiervan kennis moet hê.

➤ Ontwikkelingstadiums van die kind

Beraders is volgens die empiriese data van mening dat 'n deeglike kennis van die kind se ontwikkelingstadium nodig is ten einde die kind wat deur VIGS geraak word, te ondersteun. Volgens die beraders sal 'n kennis hiervan onder meer 'n aanduiding wees van watter kommunikasie 'n mens van die kind kan verwag en oor watter ouderdomtoepaslike vaardighede die kind beskik. Hierdie aspek word deur verskeie skrywers (vergelyk Van Dyk, 2001:267; Johnson in Van Dyk, 2001:266 en Wong, *et al.*, in Van Dyk, 2001:266) beklemtoon. Volgens hierdie skrywers sal die kind se ontwikkelingsouderdom bepaal wat die kind onder meer van die MIV/VIGS-siektetoestand verstaan, wat die kind se verstaansbegrip van die dood is en wat as normaal beskou kan word binne hierdie konteks. Hierdie skrywers is verder ook van mening dat beraders, deur kennis te hê van die kind se ontwikkelingsouderdom, in staat sal wees om die kind se taal “aan te neem” en woorde sal gebruik wat vir die kind verstaanbaar is. Hierdie aspek is volgens die navorser veral van kardinale belang tydens kontak met die kind wat deur VIGS geraak word. Die rede hiervoor is a) die feit dat daar 'n sterk mediese en wetenskaplike terminologie by die MIV/VIGS-siektetoestand teenwoordig is en b) dat kinders binne verskillende kultuuroriëntasies wat deur VIGS geraak word, verskillende betekenis aan verskillende terme sal heg.

➤ Die impak van MIV/VIGS op die kind

Kennis ten opsigte van die impak van MIV/VIGS op die kind is volgens die navorser uiters noodsaaklik aangesien hierdie aspek tot 'n groot mate bepaal wat die berader se fokus sal wees tydens intervensie. Vanuit die literatuurstudie en bespreking in hoofstuk 2 (vergelyk 2.5.1-2.5.3.2) is daar duidelik getoon dat MIV/VIGS 'n groot impak het op die kind se fisiese, emosionele en sosiale



ontwikkeling. Daar is ook bevind dat hierdie kinders meermale van hulle basiese regte soos veiligheid en skoolopleiding ontnem word en in posisies geplaas word waar van hulle verwag word om totale huishoudings oor te neem.

➤ Eie beperkings

Die empiriese data toon aan dat beraders die mening huldig dat elke berader van sy of haar beperkings bewus moet wees tydens kontak met die kind wat deur VIGS geraak word. West (1996:148) meld byvoorbeeld dat beraders oor die korrekte “aangebore” kwaliteite moet beskik alvorens hulle ondersteuning aan kinders met probleme kan bied en verwag om deur sulke kinders aanvaar te word. Tesame hiermee is die navorser van mening dat beraders ook deeglik sal besin oor hulle eie persepsies, houdings en ervarings met kinders voordat hulle dit oorweeg om by veral die kind wat deur VIGS geraak word, betrokke te raak. Indien beraders hierdie aspekte ignoreer kan daar volgens die navorser baie skade aan die kind berokken word.

**4.2.4 Hooftema 4: Behoeftes en leemtes wat beraders ervaar ten opsigte van die berading van die kind wat deur VIGS geraak word.**

Die laaste hooftema (vergelyk Figuur 4) wat tydens die empiriese data geïdentifiseer is, hou verband met behoeftes en leemtes wat beraders ervaar ten opsigte van die berading van die kind wat deur VIGS geraak word. Twee subtemas is vanuit die empiriese data geïdentifiseer, naamlik algemene behoeftes van beraders en algemene leemtes wat beraders ervaar. Hierdie subtemas en hulle onderskeie kategorieë sal vervolgens bespreek word.

*4.2.4.1 Algemene behoeftes van beraders*

Vanuit die empiriese data is daar bevind dat beraders van kinders wat deur VIGS geraak word, bepaalde behoeftes ervaar, waarvan 'n behoefte aan meer opgeleide beraders wat swart tale magtig is, een is. Ander behoeftes wat vanuit die data geïdentifiseer is, behels die volgende:

➤ 'n Behoeftte aan 'n protokol

Empiriese data het bevind dat beraders van kinders wat deur VIGS geraak word, 'n groot behoefte aan 'n protokol het wat as 'n riglyn gebruik kan word tydens hulpverlening aan die kind wat deur VIGS geraak word. Vanuit die empiriese data het beraders byvoorbeeld aangetoon dat verskeie riglyne bestaan ten opsigte van die hantering van volwasse persone wat deur VIGS geraak word, maar na hulle mening is geen riglyne beskikbaar ten opsigte van die hantering van die kind wat deur VIGS geraak word nie.

Die behoefte aan 'n riglyn hou volgens die empiriese data verband met praktiese aspekte rakende hulpverlening aan hierdie kind. Dit sluit aspekte in soos onder meer wat van die berader verwag word tydens hulpverlening aan dié kind, watter roete die berader met die hulpverlening moet of kan volg, wie by die behandeling van die kind betrek kan word en hoe 'n kind (byvoorbeeld 'n sewejarige kind) voorberei kan word op voorttoetsberading.

Literatuur het ook dié leemte geïdentifiseer ten opsigte van die gebrek aan beskikbare riglyne vir hulpverlening aan die kind wat deur VIGS geraak word. Cameron (1993:13) merk byvoorbeeld op: "*No comprehensive guidelines for the management and treatment of children with HIV or Aids have yet emerged in our country*". Hierdie leemte is ook in gesprekvoering met MIV/VIGS-beraders bevestig. (Vergelyk Murray, 2001; Louw, 2001; Van Dyk, 2002; Greyling, 2002 en Du Toit, 2002.)

Die navorser is daarom van mening dat die daarstelling van 'n protokol of riglyn vir die hulpverlening aan die kind wat deur VIGS geraak word, dringende aandag sal moet geniet. Volgens die navorser sal die daarstelling van so 'n protokol voorkomende waarde hê en beraders bemagtig om optimale hulpverlening aan hierdie kinders te bied. Die navorser is vervolgens ook van mening dat die beskikbaarheid van so 'n protokol die uitbranding van beraders sal voorkom, wat so dikwels die geval is met beraders wat by persone betrokke is wat deur VIGS geraak word. (Vergelyk Ross, 2001:29.)

➤ 'n Behoeftte aan opleiding

Uit die empiriese data blyk dit dat beraders 'n spesifieke behoefte het aan opleiding in die hantering (berading) van kinders en, in die geval, opleiding in die hantering van die kind wat deur VIGS geraak word. Hierdie aspek het volgens die navorser reeds breedvoerige aandag geniet tydens die bespreking van die subtema rakende gespesialiseerde kennis. (Vergelyk 4.2.3.2.)

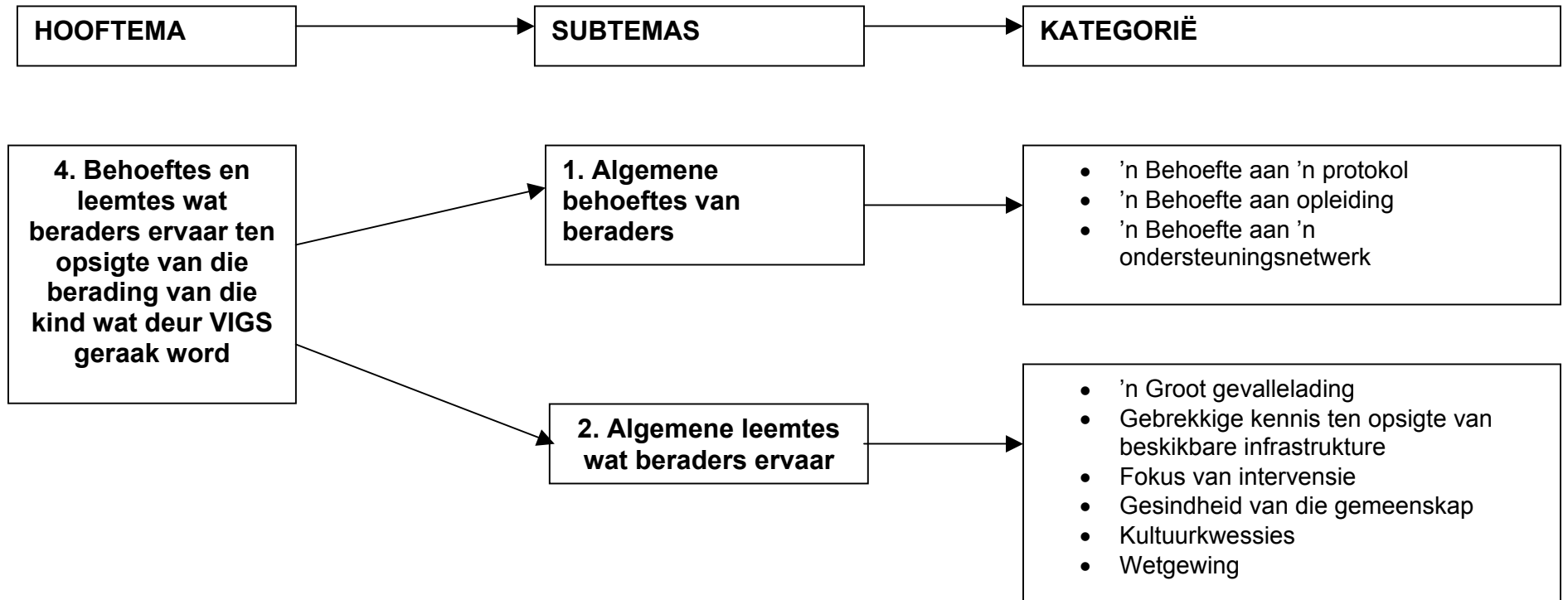
Die navorser is egter van mening dat beraders se behoefte aan opleiding ten opsigte van die hantering van die kind wat deur VIGS geraak word, tog ook 'n aanduiding is dat daar 'n leemte op hierdie gebied bestaan. Ten einde hierdie leemte aan te spreek behoort alle beraders van organisasies wat betrokke is by kinders wat deur VIGS geraak word, volgens die navorser 'n basiese opleidingskursus in speltherapie te ondergaan. Hierdie aanvanklike kursus kan later met 'n meer in-diepte opleiding gepaard gaan.

➤ 'n Behoeftte aan 'n ondersteuningsnetwerk

Vanuit die empiriese data blyk dit dat beraders 'n behoefte het aan onder andere die ondersteuning van 'n multi-professionele spanbenadering, ondersteuning van kollegas aangesien "... die uitbranding geweldig is" en 'n behoefte aan informele supervisiesessies waar ondersteuning op 'n informele basis kan plaasvind.

Hierdie behoefte aan 'n ondersteuningsnetwerk vir beraders wat betrokke is by individue en gesinne wat deur VIGS geraak word, is ook in die literatuur aangespreek. Ross (2001:29) merk byvoorbeeld op dat dit juis beraders se voortdurende konfrontasie met die emosionele, finansiële, sosiale en geestelike probleme van hierdie persone is wat aanleiding tot uitbranding gee. Van Dyk (2001:284, 286) merk weer op dat uitbranding voorkom omdat hulpverlening in 'n atmosfeer geskied waar daar nie genesing kan plaasvind nie en waar beraders gedurig blootgestel word aan jong mense wat sterf.

FIGUUR 4



Dit is volgens hierdie skrywers dus uiters noodsaaklik dat ondersteuningsgroepe gevestig word waar geleentheid aan dié beraders gegee word om ervarings en emosies te deel en sodoende gevoelens te ontlaai.

Die navorser is van mening dat ondersteuningsgroepe ook op 'n baie gereelde basis bymekaar moet kom ten einde die effektiwiteit daarvan te verseker. Volgens die navorser kan dit ook waardevol wees om tydens sulke groepsessies 'n onderwerp te bespreek wat heeltal buite die veld van MIV/VIGS of die kind val. Sodoende kan beraders ook die geleentheid kry om op iets anders as net MIV/VIGS te konsentreer.

#### *4.2.4.2 Algemene leemtes wat beraders ervaar*

Empiriese data het getoon dat beraders van kinders wat deur VIGS geraak word verskeie leemtes ervaar in hulle berading met die kind wat deur VIGS geraak word. Hierdie leemtes sluit onder meer 'n groot gevallering en gebrekkige kennis ten opsigte van beskikbare infrastrukture in. Ander leemtes wat ook vanuit die empiriese data geïdentifiseer is, behels:

##### ➤ Fokus van intervensie

Vanuit die empiriese data blyk beraders van mening te wees dat die fokus van intervensie meer op die geïnfekteerde kind as die geïnfekteerde kind is. Daarmee saam het data ook aangedui dat beraders ervaar dat minder sisteme in plek is wat die behoeftes van die geïnfekteerde kind aanspreek. Antle, *et al.* (2001:161-162) blyk hiermee saam te stem wanneer hulle opmerk: “*Concerns for the ‘affected’ children also are beginning to emerge in the small body of literature addressing the needs of children in families touched by HIV/AIDS*”. 'n Verklaring wat moontlik aangevoer kan word vir die mening dat geïnfekteerde kinders se belange meer aandag geniet, is die feit dat hierdie kinders mediese versorging en aandag benodig. Literatuur (vergelyk Davis-McFarland, 2002:11) dui egter

aan dat medikasie 'n dramatiese effek het op die verstadigende progressie van die MI-virus en die MIV/VIGS-simptome beheer. Dit behels volgens die navorser dat hierdie aspek daartoe aanleiding sal gee dat die fokus van hulpverlening in die toekoms sal verander.

'n Ander aspek wat uit die data na vore gekom het, is beraders se mening dat die fisiese behoeftes van kinders wat deur VIGS geraak word so groot is dat beraders nie tyd het om ander behoeftes van hierdie kinders aan te spreek nie. Hierdie aspek blyk 'n groot probleem by die beraders te wees aangesien die aspek by albei die fokusgroepe baie aandag geniet het.

➤ Gesindheid van die gemeenskap

Empiriese data het aangedui dat beraders die gemeenskap se gesindheid van diskriminasie, verwerping en stigmatisering ten opsigte van MIV/VIGS as 'n beperking ervaar op die dienste wat hulle lewer. Vanuit die empiriese data blyk beraders verder van mening te wees dat hierdie aspekte persone daarvan weerhou om hulp te vra uit vrees dat hulle geviktimizeer sal word. Barrett-Grant, *et al.* (2001:40) se siening van hierdie situasie is dat aspekte soos diskriminering, stigmatisering en viktimisering deur die gemeenskap die verspreiding van MIV/VIGS bevorder. Hierdie bron merk tereg op dat daar 'n groter "openheid" ten opsigte van MIV/VIGS sal moet bestaan ten einde te verseker dat voorkomings- en behandelingsprogramme effektief sal wees. Alhoewel die hele kwessie rondom die bekendmaking van 'n persoon se MIV-status 'n baie sensitiewe saak is (vergelyk Marcenko & Samost, 1999:39 en Hackl, *et al.*, 1997:54-55), is die navorser tog van mening dat mense se persepsies en vooroordele ten opsigte van MIV/VIGS mettertyd sal verander indien meer mense bereid sou wees om hulle status bekend te maak.

➤ Kultuurkwessies

Empiriese data het getoon dat beraders sekere kulturele gebruike as leemtes sien in hulle hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word. Aspekte wat

in die empiriese data na vore gekom het, blyk verband te hou met die feit dat daar in sekere kulture die gebruik is om nie probleme met kinders te bespreek nie. Daar blyk ook situasies te wees waar sekere kultuurgroepe dit verkies om nie berading van 'n persoon van dieselfde kulturele oriëntasie te ontvang nie. Ten opsigte van kulturele gebruike handhaaf Van Dyk (2001:111-130, 233-234) deurgaans die mening dat dit sensitief en met respek hanteer moet word. Hierdie skrywer noem ook dat beraders deeglike kennis sal hê van die verskillende kultuurgroepe waarbinne hulle dienste lewer. Dit sal volgens die navorser ook behels dat beraders daarop sal let om nie veroordelend teenoor hierdie gebruike te staan nie. Hierdeur sal die berader dadelik die vertroue van die kind verloor wat verdere hulpverlening sal belemmer.

➤ Wetgewing

Inligting wat vanuit die empiriese data ingewin is dui aan dat wetgewing en die toepassing daarvan vir beraders van kinders wat deur VIGS geraak word, 'n groot frustrasie is. Uit die data wil dit voorkom asof die grootste probleem wat ervaar word, verband hou met verskillende toelaes waarop families aanspraak kan maak, maar wat nie werklik toeganklik gemaak word nie. Data toon aan dat beraders van mening is dat hoewe wetgewing ten opsigte van familieplasinge verskillend interpreteer wat baie verwarring meebring. Die opmerking ten opsigte van die ontoeganklikheid van sekere toelaes word deur *Save the Children* (2001:38) bevestig. In 'n opname wat hierdie organisasie gemaak het ten opsigte van dieselfde onderwerp, het deelnemers dieselfde frustrasies gedeel. 'n Probleem is onder meer hier geïdentifiseer ten opsigte van die hoeveelheid verkeerde inligting wat oor hierdie toelaes bestaan.

'n Ander aspek wat ook uit die empiriese data na vore gekom het, hou verband met wetgewing wat bepaal dat kinders jonger as veertien jaar nie toestemming tot MIV-toetsing mag gee nie. Die kind se ouers of voog kan alleen toestemming tot die kind se MIV-toetsing gee (vergelyk Barrett-Grant, *et al.*, 2001:263) en word ook alleen op die voortoetsberading voorberei en die kind nie. Die besluit

rondom die bekendmaking van die toetsuitslae berus ook volgens laasgenoemde skrywers (2001:262) by die ouers of die kind se voog. Die bekendmaking van die uitslae aan die kind sal afhang of die kind oud genoeg is om die uitslae te verstaan en of dit in die kind se beste belang sal wees om te weet wat die uitslae is. Vanuit die empiriese data blyk die mening te bestaan dat hierdie aspek onregverdig is en dat die kind ook op een of ander manier op die toets voorberei moet word.

Dit wil voorkom asof daar baie aspekte rondom wetgewing en die kind wat deur VIGS geraak word bestaan waarmee beraders nie saamstem nie. In hoofstuk 2 (2.6.1-2.6.3) is 'n uitgebreide bespreking ten opsigte van die wetlike, morele en etiese kwessies en die kind wat deur VIGS geraak word, gevoer. Ook hier is daar bevind dat, alhoewel daar 'n goeie beleid in plek is ten opsigte van die regte van die kind, dit egter nie tot voordeel van die kind wat deur VIGS geraak word, aangewend word nie. Volgens die navorser wil dit voorkom asof wetgewing, wat eintlik beraders se hande moet kan versterk, juis die teenoorgestelde uitwerking tot gevolg het. Die navorser is van mening dat, ten einde toe te sien dat die kind se belange werklik beskerm word, belangrike rolspelers in die veld van MIV/VIGS en die kind in die toekoms meer pro-aktief sal moet optree.

### **4.3 SAMEVATTING**

Die fokus van hierdie navorsing was daarop gemik om 'n maatskaplikewerkondersoek te loods na die behoeftes van beraders van kinders wat deur VIGS geraak word.

Vanuit die empiriese data wat ingesamel is, is vier hooftemas geïdentifiseer en onder elke hoofteema bepaalde subtemas en kategorieë. Die hooftemas en subtemas wat vanuit die empiriese data geïdentifiseer is, kan as volg opgesom word:



**Tabel 4.1: Hoof- en subtemas soos geïdentifiseer vanuit die empiriese data**

HOOFTEMAS	SUBTEMAS
1. Beskouing van beraders ten opsigte van hulle rol as beraders van die kind wat deur VIGS geraak word.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berading</li> <li>• Fasilitering</li> <li>• Verwysing</li> <li>• Deurgee van inligting</li> <li>• Advokaat</li> <li>• Bemagtig</li> </ul>
2. Beraders se persepsies ten opsigte van die behoeftes van die kind wat deur VIGS geraak word.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisiese behoeftes</li> <li>• Emosionele behoeftes</li> <li>• Sosiale behoeftes</li> <li>• Vertroueling</li> <li>• Berading</li> </ul>
3. Beraders se menings ten opsigte van watter vaardighede en kennis noodsaaklik is tydens die berading van die kind wat deur VIGS geraak word.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algemene vaardighede en beginsels van berading</li> <li>• Gespesialiseerde kennis</li> </ul>
4. Behoeftes en leemtes wat beraders ervaar ten opsigte van die berading van die kind wat deur VIGS geraak word.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algemene behoeftes van beraders</li> <li>• Algemene leemtes wat beraders ervaar</li> </ul>

## **HOOFSTUK 5**

### **SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS**

#### **5.1 INLEIDING**

Uit die navorsingsresultate wat in hoofstuk 4 bespreek is, is dit duidelik dat beraders spesifieke behoeftes ten opsigte van hulle hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word, ervaar. Die doel van hierdie hoofstuk is om aan te dui tot watter mate die doel en doelwitte bereik is wat in hierdie studie gestel is om die navorsingsvraag op te los. Daar sal ook vanuit die navorsingsresultate wat in hierdie studie bekom is, gevolgtrekkings en aanbevelings gemaak word.

#### **5.2 DOELSTELLING VAN DIE STUDIE**

Die doelstelling van die studie was:

- om 'n maatskaplikewerkondersoek te doen na die behoeftes van beraders van kinders wat deur VIGS geraak word.

Bogenoemde doelstelling is soos volg bereik: Uit die literatuurstudie en konsultasie met kundiges is 'n kennisbasis opgebou wat benut is om fokusgroeprae te identifiseer waaruit die navorser 'n fokusgroepriglyn ontwerp het. Die riglyn is tydens fokusgroeponderhoude by twee verskillende fokusgroepe benut ten einde kwalitatiewe empiriese data in te samel om te bepaal wat die behoeftes van beraders is van kinders wat deur VIGS geraak word.

### 5.3 DOELWITTE VAN DIE STUDIE

Die navorser het doelwitte ontwikkel soos bespreek is onder 1.4 in hoofstuk 1, om die rigting van die ondersoek te lei. Die doelwitte van die studie sal vervolgens afsonderlik bespreek word:

- Om inligting in te samel en 'n teoretiese raamwerk op te bou met behulp van 'n deeglike literatuurstudie en konsultasie met kundiges oor: MIV/VIGS, die ontwikkelingsbehoefte van die kind in die middelkinderjare en hoe hierdie behoeftes deur MIV/VIGS beïnvloed word, die noodsaaklikheid van hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word en die rol van beraders in die hulpverlening aan hierdie kinders.

Hierdie doelwit is bereik aangesien die navorser met behulp van 'n literatuurstudie en gesprekke met kundiges, inligting ingesamel het en 'n teoretiese raamwerk opgebou het oor bogenoemde aspekte. Hierdie inligting is in hoofstuk 2 en 3 uiteengesit.

- Om empiriese data in te win rakende die behoeftes van beraders ten opsigte van hulle hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word.

'n Empiriese studie is uitgevoer deurdat die navorser 'n fokusgroepriglyn ontwerp het wat tydens fokusgroeponderhoude as data-insamelingsmetode benut is om verskillende aspekte rondom die berader se betrokkenheid by die kind wat MIV/VIGS geïnfekteer of geïmpakkeer is, te bepaal. Die volgende aspekte is spesifiek hanteer: hoe beraders hulle rol beskou ten opsigte van die kind wat deur VIGS geraak word, wat beraders se beskouing is ten opsigte van die behoeftes van die kind wat deur VIGS geraak word, watter vaardighede en kennis na die beraders se mening noodsaaklik is tydens die berading met die kind wat deur VIGS geraak word, en watter behoeftes of leemtes die beraders ervaar ten opsigte van hulpverlening aan hierdie kinders.

Tien respondente is binne twee verskillende fokusgroepe by die navorsing betrek. Die een groep het uit ses lekeberaders bestaan en twee groepsessies is met hierdie groep uitgevoer. Die tweede groep het uit vier gekwalifiseerde beraders bestaan, waarvan twee sielkundiges was en twee maatskaplike werkers. Een groepsessie is met hierdie groep uitgevoer. Die doelwit is bereik deurdat die data wat ingewin is al die aspekte van die doelwit dek.

- Om die data wat ingewin is te benut ten einde gevolgtrekkings en aanbevelings te maak vir verdere navorsing.

Aanbevelings ten opsigte van bogenoemde doelwit sal in hierdie hoofstuk gemaak word. 'n Artikel waarin die navorsingsresultate en aanbevelings weergegee word, word vir 'n vaktydskrif geskryf.

Die doelstelling en doelwitte van hierdie studie is dus ten volle bereik.

#### **5.4 NAVORSINGSVRAAG**

Aangesien die studie binne die kwalitatiewe benadering uitgevoer is, is die volgende navorsingsvraag geformuleer: **Wat is die behoeftes van beraders van kinders wat deur VIGS geraak word?**

Die vraag is beantwoord deurdat empiriese data nie alleen aangedui het dat beraders bepaalde behoeftes ervaar ten opsigte van hulle hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word nie, maar ook sekere leemtes ervaar. Vanuit die data wat ingesamel is, blyk beraders 'n behoefte te hê aan die daarstelling van 'n protokol ten einde hulle te ondersteun in hulle hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak is. Data het ook aangedui dat beraders 'n behoefte aan opleiding het ten einde maksimale hulp te kan verleen aan die spesifieke behoeftes wat kinders ervaar wat deur VIGS geraak word. Data wat ingesamel is,

het verder ook getoon dat beraders van kinders wat deur VIGS geraak word 'n behoefte aan 'n ondersteunings-netwerk het.

Vanuit die data wat ingesamel is, is daar ook aangedui dat beraders spesifieke leemtes ervaar in hulle hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word. Leemtes wat aangedui word, behels 'n leemte ten opsigte van die fokus van intervensie, die gesindheid van die gemeenskap, kultuurkwessies en wetgewing.

## **5.5 SAMEVATTING VAN DIE NAVORSINGSRESULTATE, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS**

### **5.5.1 Samevatting van die navorsingsresultate**

Die navorsingsresultate van die empiriese studie kan in die volgende hoofemas saamgevat word:

- Beraders het 'n bepaalde beskouing van hulle rol as beraders van kinders wat deur VIGS geraak word.
- Beraders het 'n bepaalde persepsie ten opsigte van die behoeftes van kinders wat deur VIGS geraak word.
- Beraders het 'n bepaalde mening ten opsigte van watter vaardighede en kennis noodsaaklik is tydens die berading van kinders wat deur VIGS geraak word; en
- Beraders het spesifieke behoeftes en leemtes ten opsigte van hulle hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word.

Die navorsingsresultate het deurlopend met literatuur gekorreleer en is so aangedui.

### **5.5.2 Gevolgtrekkings**

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat die doelstellings en doelwitte wat vir die doel van hierdie navorsing geformuleer is, bereik is. 'n Empiriese ondersoek na die behoeftes van beraders van kinders wat deur VIGS geraak word, is

suksevol uitgevoer deurdat 'n fokusgroepriglyn as data-insamelingsmetode benut is tydens fokusgroeponderhoude binne twee afsonderlike fokusgroepe.

Die navorser is ook van mening dat die navorsingsvraag beantwoord is. Empiriese data wat ingewin is het nie alleen die behoeftes van beraders uitgewys nie, maar het ook bevind dat beraders bepaalde leemtes ervaar ten opsigte van hulle hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word.

Op grond van die empiriese data wat ingewin is en in hoofstuk 4 bespreek is, kom die navorser vervolgens tot die volgende gevolgtrekkings:

Vanuit die navorsingsresultate blyk dit dat beraders 'n baie spesifieke beskouing het van hulle rol as beraders van kinders wat deur VIGS geraak word. Binne hierdie beskouing sien beraders hulle rol as die gee van berading, om as fasiliteerders op te tree, om verwysings te doen, om inligting deur te gee, om as advokaat vir die kinders se belange op te tree en om die kinders en hulle ouers te bemagtig om krisisse te hanteer. Ten opsigte van hierdie beskouing kom die navorser tot die gevolgtrekking dat beraders ten opsigte van hulle hulpverlening aan hierdie kinders by byna alle fasette van hulpverlening betrokke is wat aan hulpverleningsprofessies gekoppel word. Hieruit kan die afleiding gemaak word dat beraders van kinders wat deur VIGS geraak word, oor 'n wye verskeidenheid vaardighede en kennis moet beskik ten einde doeltreffende hulp aan hierdie kind te kan gee. Daarmee saam verwag dit van die berader om werklik die wêreld van hierdie kind te ken en om oor die kennis te beskik om hierdie wêreld te betree.

Navorsingresultate het aangedui dat beraders 'n bepaalde persepsie het ten opsigte van die behoeftes van kinders wat deur VIGS geraak word. Hieruit blyk dit dat beraders van mening is dat kinders spesifieke fisiese, emosionele en sosiale behoeftes het, asook 'n behoefte aan 'n vertroueling en berading. Resultate het onder meer getoon dat kinders wat deur VIGS geraak word aan fisiese en emosionele verwaarlosing blootgestel word en sosiaal gedepriweerd is.

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat hierdie kinders op byna elke vlak van hulle funksionering aan hulle eie lot oorgelaat word en nie vanselfsprekend aanspraak kan maak op enige vorm van versorging of beskerming nie. Volgens die navorser motiveer hierdie aspek die belangrike rol wat beraders het om as advokate op te tree vir die beskerming van hierdie kinders se belange.

Die navorsingsresultate het aangedui dat beraders van mening is dat algemene vaardighede en beginsels van berading asook gespesialiseerde kennis noodsaaklik is tydens die berading van kinders wat deur VIGS geraak word. Gespesialiseerde kennis blyk volgens die beraders die volgende te behels: kennis van speltherapie, kennis van die ontwikkelingsstadiums van die kind, kennis van die impak van MIV/VIGS op die kind en kennis van eie beperkinge. Vanuit die resultate het die navorser egter tot die gevolgtrekking gekom dat kennis van speltherapie en kennis van die ontwikkelingsstadiums van kinders tot op hede 'n leemte blyk te wees by die hulpverlening aan hierdie kinders. Die navorser is van mening dat hierdie aspekte onontbeerlik is tydens optimale hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word en behoort voorkeuraandag by beraders te geniet. Die navorser is ook van mening dat hierdie gespesialiseerde kennis die berader sal bemagtig om konstruktief hulp aan kinders te verleen wat deur VIGS geraak word.

Navorsingsresultate het getoon dat beraders spesifieke behoeftes ervaar ten opsigte van die berading van kinders wat deur VIGS geraak word. Hieruit blyk beraders 'n behoefte te hê aan die daarstelling van 'n protokol, 'n behoefte aan opleiding en 'n behoefte aan 'n ondersteuningsnetwerk. Die behoefte aan opleiding blyk baie ooreen te stem met aspekte wat reeds bespreek is ten opsigte van kennis van speltherapie en kennis van die ontwikkelingsstadiums van kinders. Dit is dus 'n bevestiging dat beraders van kinders wat deur VIGS geraak word, by intensiewe opleiding betrek moet word ten einde in die beraders se behoeftes te voorsien, maar ook optimale hulpverlening te verseker.

Die behoefte aan die daarstelling van 'n protokol sluit aan by 'n leemte wat in die literatuur geïdentifiseer is en wat deel van die motivering vir hierdie studie was. Vanuit die navorsingsresultate het die navorser tot die gevolgtrekking gekom dat beraders die daarstelling van 'n protokol as 'n oplossing beskou in die optimale hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word. Die navorser is van mening dat 'n protokol beslis daartoe sal bydra dat daar meer konstruktief in die belange van dié kind opgetree sal word. Dit sal egter slegs suksesvol toegepas kan word indien al die rolspelers “inkoop” by so 'n protokol. Dit is dus belangrik dat alle rolspelers by die daarstelling van so 'n protokol betrek moet word ten einde die sukses daarvan te verseker. Die navorser het ook tot die gevolgtrekking gekom dat die beskikbaarheid van 'n ondersteuningsnetwerk vir die beraders 'n wesentliche behoefte is. Beraders wat betrokke is by MIV/VIGS werk voortdurend in situasies waar daar geen waarborge vir beterskap is vir die geïnfekteerde of geïmpakteerde gesinslede se situasies nie. Die vestiging van ondersteuningsgroepe waar beraders ervarings en emosies kan deel, is dus uiters noodsaaklik.

Vanuit die navorsingsresultate het dit ook geblyk dat beraders bepaalde leemtes ervaar ten opsigte van die berading van kinders wat deur VIGS geraak word. Hierdie leemtes sluit aspekte in soos die fokus van intervensie, die gesindheid van die gemeenskap, sekere kultuurkwessies en wetgewing. Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat beraders veral die gesindheid van die gemeenskap en wetgewing ten opsigte van MIV/VIGS as leemtes ervaar in hulle hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak is. Die gesindheid van die gemeenskap het veral te doen met die stigma en diskriminasie waaraan gesinne blootgestel word wat deur VIGS geraak word. Die stigma en diskriminasie isoleer gesinne om hulp te vra uit vrees vir viktimisasie. Dit gee volgens die navorser daartoe aanleiding dat beraders meestal krisishantering moet doen aangesien hierdie gesinne slegs hulp sal vra wanneer daar werklike krisisse is. Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat dit nie soseer die gebrek aan wetgewing is wat as 'n leemte ervaar word nie, maar wel die toepassing en interpretasie van bestaende



wetgewing. Dit is daarom noodsaaklik dat rolspelers in die veld van MIV/VIGS in die toekoms meer pro-aktief sal moet optree ten einde toe te sien dat kinders wat deur VIGS geraak word, se belange werklik beskerm word.

Die navorser kom tot 'n algemene gevolgtrekking dat die inligting wat tydens die empiriese ondersoek ingewin is 'n waardevolle bydrae kan lewer vir toekomstige navorsing op hierdie gebied. Die navorser is verder ook van mening dat hierdie inligting konstruktief binne organisasies aangewend kan word tydens beplanning en hantering van supervisiegeleentheid met beraders van kinders wat deur VIGS geraak word.

### **5.5.3 Aanbevelings**

Die navorser wil sekere algemene aanbevelings maak na afloop van die navorsingsresultate van hierdie studie:

- Die navorser wil aanbeveel dat rolspelers in die veld van MIV/VIGS drukgroepe sal vorm en meer pro-aktief sal optree ten einde toe te sien dat die belange van die kind wat deur VIGS geraak word, beskerm sal word.
- Gesien in die lig van die feit dat kinders wat deur VIGS geraak word, nie vanselfsprekend aanspraak kan maak op die beskerming van hulle belange deur hulle ouers of wetgewing nie, wil die navorser aanbeveel dat ondersoek ingestel word na die lewensvatbaarheid van 'n regs-kantoor (regsadvokaat) wat spesifiek gemoeid sal wees met hierdie aspek.
- Ten einde die uitbranding van beraders van kinders wat deur VIGS geraak word, te voorkom, wil die navorser aanbeveel dat alle organisasies wat in hierdie veld werkzaam is, ondersteuningsnetwerke sal vestig waar beraders op 'n gereelde basis die geleentheid sal hê om ervarings en emosies te hanteer. Die navorser wil ook aanbeveel dat die persoon wat hierdie besprekings lei, nie ook werkzaam binne dieselfde organisasie sal wees nie. Ten einde egter ondersteuning aan beraders te kan gee, moet die persoon steeds oor 'n deeglike kennis beskik van MIV/VIGS en die impak daarvan op individue en gesinne.

- Die navorser wil aanbeveel dat alle onderwysers by programme betrek word waar hulle ingelig word oor die dinamika van MIV/VIGS-families en gemotiveer word om sensitief te wees vir hierdie kinders se behoeftes.
- Ten einde die gemeenskap se gesindheid te verander, stel die navorser voor dat verskillende professies gemobiliseer word om aktief (en nie net finansieël nie) betrokke te raak by MIV/VIGS-projekte. Deel van die betrokkenheid moet die oordra van korrekte inligting aangaande MIV/VIGS behels.

Ten opsigte van verdere navorsing wil die navorser die volgende aanbevelings maak:

- Die navorser beveel aan dat 'n opleidingsprogram ontwikkel word ten einde die spesifieke behoeftes van beraders aan te spreek in hulle hulpverlening aan die kind wat deur VIGS geraak word. 'n Groot komponent van hierdie opleidingsprogram behoort volgens die navorser aandag te gee aan spelterapeutiese tegnieke en vaardighede.

'n Hipotese wat ten opsigte van hierdie aanbeveling vir verder studie gestel kan word, behels die volgende: Indien 'n opleidingsprogram ontwikkel word, sal die behoeftes van beraders ten opsigte van die hulpverlening aan kinders wat deur VIGS geraak word, aangespreek word.

- Ten einde maksimale hulpverlening binne 'n multi-professionele spanbenadering te lewer, beveel die navorser aan dat 'n protokol ontwikkel word waarvolgens almal wat by die kind wat deur VIGS geraak word betrokke is, sal weet wat van hom of haar verwag word.

'n Hipotese wat ten opsigte van hierdie aanbeveling vir verdere studie gestel kan word, behels die volgende: Indien 'n protokol ontwikkel word, sal daar maksimale hulpverlening binne 'n multi-professionele spanbenadering bewerkstellig word.

## **5.6 SLOTGEDAGTE**

Dit is duidelik dat beraders van kinders wat deur VIGS geraak word spesifieke behoeftes ervaar ten einde doeltreffende hulp aan hierdie kinders te lewer. Dit is egter ook duidelik dat die laaste sê oor MIV/VIGS nog lank nie gesê is nie. MIV/VIGS het soveel fasette wat soveel mense beïnvloed, maar dit is veral die kind wat deur VIGS geraak word oor wie daar in die toekoms nog baie gedink sal moet word.

## BIBLIOGRAFIE

- AIDS epidemic update – December 2001.** 2002. Geneva: UNAIDS/WHO.  
[http://www.unaids.org/epidemic\\_update/report\\_dec01/index.html](http://www.unaids.org/epidemic_update/report_dec01/index.html). 18 June 2002.
- ANTLE, B.J., WELLS, L.M., GOLDIE, R.S. DEMATTEO, D. & KING, S.M. 2001. Challenges of parenting for families living with HIV/AIDS. ***Social Work***, 46(2), April: 159-169.
- ARMSTRONG DAILEY, A. 1991. Terminal care for the child with AIDS, in Pizzo, P.A. & Wilfert, C.M. (eds.), ***Pediatric AIDS: The challenge of HIV infection in infants, children, and adolescents***, 619-629. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- BARRETT-GRANT, K., FINE, D., HEYWOOD, M. & STRODE, A. (eds.) 2001. ***HIV/AIDS and the law: A resource manual***. 2<sup>nd</sup> ed. Cape Town: AIDS Law Project & The AIDS Legal Network.
- BAUMAN, L.J., DRAIMIN, B., LEVINE, C. & HUDIS, J. 2000. Who will care for me? Planning the future care and custody of children orphaned by HIV/AIDS, in Pequegnat, W. & Szapocznik, J. (eds.), ***Working with families in the era of HIV/AIDS***, 155-188. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- BLOEM, C.H.M. 2003. 'n Kantooronderhoud by die Sentrum vir Speltherapie en Opleiding, Hugenate Kollege, Wellington op 13 Maart 2003.
- BLOM, B. 2000. ***'n Gestaltspeltherapiehulpprogram in maatskaplike werk vir juniorprimêre skoolkinders se emosionele intelligensie***. Ongepubliseerde PhD-proefskrif. Universiteit van die Oranje-Vrystaat, Bloemfontein.
- BROOKS, D.K. 1997. Counseling in mental health and private practice settings, in Capuzzi, D. & Gross, D.R. (eds.), ***Introduction to the counseling profession***, 309-330. 2<sup>nd</sup> ed. Massachusetts: Allyn & Bacon.

- CAMERON, E. 1993. Guidelines: Children with AIDS/HIV and at risk of HIV. *Child Care Worker*, 11(6), June: 13-14.
- CORR, C.A., NABE, C.M. & CORR, D.M. 2000. *Death and dying, life and living*. 3<sup>rd</sup> ed. Belmont: Wadsworth.
- DAVIS-MCFARLAND, E. 2002. Pediatric HIV/AIDS: Issues and strategies for intervention. *American Speech-Language-Hearing Association Leader*, 7(4), March 5: 10-13.
- DE VOS, A.S. & FOUCHÉ, C.B. 1998. General introduction to research design, data collection methods and data analysis, in De Vos, A.S. (ed.), *Research at grass roots: A primer for the caring professions*, 76-94. Pretoria: Van Schaik.
- DE VOS, A.S., SCHURINK, E.M. & STRYDOM, H. 1998. The nature of research in the caring professions, in De Vos, A.S. (ed.), *Research at grass roots: A primer for the caring professions*, 3-22. Pretoria: Van Schaik.
- Dokters sê steun toe aan TAC. 2003. *Die Burger*, 6 Mei: 4.
- DU TOIT, M. 2002. 'n Kantooronderhoud by die Stellenbosch Vigsaksiegroep op 21 Maart 2002.
- Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections: South Africa - 2000 update (revised)*. 2002. Geneva: UNAIDS/WHO. [http://www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/fact\\_sheets/index\\_en.htm](http://www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/fact_sheets/index_en.htm), 18 June 2002.
- EVIAN, C., MILLER, S. & STEINBERG, M. 1993. *Primary AIDS care: A practical guide for primary health care personnel in the clinical and supportive care of people with HIV/AIDS*. Johannesburg: Jacana.
- FOUCHÉ, C.B. 1992. *'n Opleidingsprogram vir voornemende maatskap-like werkers in hulpverlening aan persone met HIV-infeksie*. Ongepubliseerde DLitt-proefskrif. RAU, Johannesburg.
- FOUCHÉ, C.B. & DE VOS, A.S. 1998a. Selection of a researchable topic, in De Vos, A.S. (ed.), *Research at grass roots: A primer for the caring professions*, 51-63. Pretoria: Van Schaik.

- FOUCHÉ, C.B. & DE VOS, A.S. 1998b. Problem formulation, in De Vos, A.S. (ed.), **Research at grass roots: A primer for the caring professions**, 64-75. Pretoria: Van Schaik.
- FOUCHÉ, C.B. & DE VOS, A.S. 1998c. Selection of a research design, in De Vos, A.S. (ed.), **Research at grass roots: A primer for the caring professions**, 122-137. Pretoria: Van Schaik.
- GELDARD, K. & GELDARD, D. 1997. **Counselling children: A practical introduction**. London: SAGE.
- GIESE, S. 2001. Blamed, beaten and abused ... **Children First**, 39(5), October/November: 3-5.
- GIESE, S., MEINTJES, H. & PROUDLOCK, P. 2002. **National Children's Forum on HIV/AIDS, 22-24 August 2001: Workshop report**. Cape Town: The Children's Institute.
- GILLIS, H. 1996. **Counselling young people: A practical guide for parents, teachers, and those in helping professions**. 2<sup>nd</sup> ed. Pretoria: Kagiso Tertiary.
- GOLDEN, L.B. & SHERWOOD-HAWES, A. 1997. Counseling children and adolescents, in Capuzzi, D. & Gross, D.R. (eds.), **Introduction to the counseling profession**, 331-347. 2<sup>nd</sup> ed. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- GREYLING, C.J. 2002. 'n Telefoniese onderhoud op 16 Maart 2002.
- HACKL, K.L., SOMLAI, A.M., KELLY, J.A. & KALICHMAN, S.C. 1997. Women Living with HIV/AIDS: The dual challenge of being a patient and caregiver. **Health and Social Work**, 22(1), February: 53-62.
- HUNTER, S. & WILLIAMSON, J. **Children on the brink: Strategies to support children isolated by HIV/AIDS**. Arlington, VA: USAID. (Date unknown).
- Information guide for Social Workers on the Practical Application of the Child Care Act, Act 74 of 1983, as Amended, and Regulations**. 1998. Pretoria: Department of Welfare.
- JENNINGS, S. 1993. **Playtherapy with children: A practitioner's guide**. Oxford: Blackwell.

- KLEYNHANS, J. 2000. **Maatskaplikewerkriglyne vir die versorging van die pleegkind met HIV/VIGS**. Ongepubliseerde MA (MW)-verhandeling. Universiteit van Pretoria.
- LANDRETH, G.L. 1991. *Play therapy: The art of the relationship*. Muncie: Accelerated Development Inc.**
- LEWIS, R.E. & SIEBER, C. 1997. Individual counseling: Brief approaches, in Capuzzi, D. & Gross, D.R. (eds.), ***Introduction to the counseling profession***, 141-165. 2<sup>nd</sup> ed. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- LIEBENBERG, S.E. 2001a. *Die kind se groei en ontwikkeling vanuit die egosielkundige teorie van Erikson*. Ongepubliseerde referaat vir MWT 861. Universiteit van Pretoria.**
- LIEBENBERG, S.E. 2001b. *Die spelterapiëproses van aanmelding tot terminering*. Ongepubliseerde referaat vir MWT 863. Universiteit van Pretoria.**
- LOUW, D.A., VAN EDE, D.M. & FERNS, I. 1998. Die middelkinderjare, in Louw, D.A., Van Ede, D.M. & Louw, A.E (reds.), ***Menslike ontwikkeling***, 323-383. 3e uitgawe. Kaapstad: Kagiso Tersiêr.
- LOUW, S. 2001. 'n Kantooronderhoud by die Vigsaksiegroep, Bellville op 29 November 2001.
- MARCENKO, M.O. & SAMOST, L. 1999. Living with HIV/AIDS: The voices of HIV-positive mothers. ***Social Work***, 44(1), January: 36-45.
- MEYER, W.F. & VAN EDE, D.M. 1998. Ontwikkelingsteorieë, in Louw, D.A., Van Ede, D.M. & Louw, A.E (reds.), ***Menslike ontwikkeling***, 41-98. 3e uitgawe. Kaapstad: Kagiso Tersiêr.
- MIAH, M.M.R. & RAY, J.J. 1994. Critical issues in social work practice with AIDS patients. ***International Social Work***, 37(1), January: 75-82.
- MIARS, R.D., BURDEN, C.A. & PEDERSEN, M.M. 1997. The helping relationship, in Capuzzi, D. & Gross, D.R. (eds.), ***Introduction to the counseling profession***, 64-84. 2<sup>nd</sup> ed. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- MOUTON, J. & MARAIS, H.C. 1990. ***Basic concepts in the methodology of the social sciences***. Pretoria: HSRC. (HSRC Series in Methodology 14.)

- MURRAY, E.C. 2001. 'n Kantooronderhoud by die Vigsburo, Wellington op 27 November 2001.
- National Children's Rights Committee. 1989. *United Nations Convention on the Rights of the Child*. Braamfontein: National Children's Rights Committee.**
- NEUMAN, M.G. & ROMANOWSKI, P. 1998. *Helping your kids cope with divorce the sandcastles way*. New York: Random House.**
- OAKLANDER, V. 1988. *Windows to our children: A Gestalt therapy approach to children and adolescents*. Highland: Gestalt Journal Press.**
- OAKLANDER, V. 1993. From meek to bold: A case study of Gestalt play therapy, in Kottman, T. & Schaefer, C. (eds.), ***Play therapy in action: A casebook for practitioners***, 281-300. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- PEQUEGNAT, W. & SZAPOCZNIK, J. 2000. The role of families in preventing and adapting to HIV/AIDS: Issues and answers, in Pequegnat, W. & Szapocznik, J. (eds.), ***Working with families in the era of HIV/AIDS***, 3-26. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- POGGENPOEL, M. 1998. Data analysis in qualitative research, in De Vos, A.S. (ed.), ***Research at grass roots: A primer for the caring professions***, 334-353. Pretoria: Van Schaik.
- REHM, R.S. & FRANCK, L.S. 2000. Long-term goals and normalization strategies of children and families affected by HIV/AIDS. ***Advances in Nursing Science***, 23(1), September: 69.
- ROSS, E. 2001. Images of AIDS: Psychosocial issues for affected individuals, families and professional caregivers. ***The Social Work Practitioner-Researcher***, 13(2), August: 20-32.
- ROTHERAM-BORUS, M.J. & LIGHTFOOT, M. 2000. Helping adolescents and parents with AIDS to cope effectively with daily life, in Pequegnat, W. & Szapocznik, J. (eds.), ***Working with families in the era of HIV/AIDS***, 189-211. London: SAGE.
- RUBIN, A. & BABBIE, E. 1997. ***Research methods for social work***. 3<sup>rd</sup> ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.



- RUDDOCK, J. 2001. ***Factors that have an influence on the therapeutic relationship: Resistance, transference and counter-transference.*** Unpublished paper for MWT 862. University of Pretoria.
- Save the Children. 2001. ***The role of stigma and discrimination in increasing the vulnerability of children and youth infected with and affected by HIV/AIDS.*** Report on participatory workshops - South Africa Programme. Arcadia: Save the Children (UK).
- SCHOEMAN, J.P. 1996. **The art of the relationship with children – a Gestalt approach**, in Schoeman, J.P. & Van der Merwe, M. (eds.), *Entering the child's world: A play therapy approach*, 29-39. Pretoria: Kagiso Tertiary.
- SCHOUB, B.D. 1994. ***AIDS & HIV in perspective: A guide to understanding the virus and its consequences.*** Cambridge: Cambridge University Press.
- SCHURINK, E.M. 1998. Deciding to use a qualitative research approach, in De Vos, A.S. (ed.), ***Research at grass roots: A primer for the caring professions***, 239-251. Pretoria: Van Schaik.
- SCHURINK, W.J., SCHURINK, E.M. & POGGENPOEL, M. 1998. Focus group interviewing and audio-visual methodology in qualitative research, in De Vos, A.S. (ed), ***Research at grass roots: A primer for the caring professions***, 313-333. Pretoria: Van Schaik.
- STEINBERG, L.D., BELSKY, J. & MEYER, R.B. 1991. ***Infancy, childhood, & adolescence: Development in context.*** New York: McGraw-Hill.
- STRYDOM, H. 1998a. Ethical aspects of research in the caring professions, in De Vos, A.S. (ed.), ***Research at grass roots: A primer for the caring professions***, 23-36. Pretoria: Van Schaik.
- STRYDOM, H. 1998b. The pilot study, in De Vos, A.S. (ed.), ***Research at grass roots: A primer for the caring professions***, 178-188. Pretoria: Van Schaik.
- STRYDOM, H. & DE VOS, A.S. 1998. Sampling and sampling methods, in De Vos, A.S. (ed.), ***Research at grass roots: A primer for the caring professions***, 189-201. Pretoria: Van Schaik.

- SWANEPOEL, T. 2002. Wens: 'n Gesonde kind: Steungroep gee hoop aan MIV-verwagendes. *Beeld*, 20 Maart: 17.
- THOMPSON, C.L. & RUDOLPH, L.B. 2000. *Counseling children*. 5<sup>th</sup> ed. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- TOGNI, L. 1997. *Aids in South Africa and on the African continent*. Pretoria: Kagiso.
- VAN DYK, A.C. 2001. *HIV/AIDS Care and counselling: A multidisciplinary approach*. 2<sup>nd</sup> ed. Cape Town: Pearson Education South Africa.
- VAN DYK, A.C. 2002. 'n Telefoniese onderhoud by die Universiteit van Suid-Afrika op 6 Februarie 2002.
- VAN WYK, C. 2003. 'n Kantoaronderhoud by die Sentrum vir Speltherapie en Opleiding, Hugenate Kollege, Wellington op 13 Maart 2003.
- WEST, J. 1996. *Child centred play therapy*. 2<sup>nd</sup> ed. London: Arnold.
- WHITESIDE, A. & SUNTER, C. 2000. *AIDS: The challenge for South Africa*. Cape Town: Human & Rousseau/Tafelberg.
- WIENER, L. & SEPTIMUS, A. 1991. Psychosocial consideration and support for the child and family, in Pizzo, P.A. & Wilfert, C.M. (eds.), *Pediatric AIDS: The challenge of HIV infection in infants, children, and adolescents*, 577-594. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- WIENER, L.S., DUPONT SPENCER, E., DAVIDSON, R. & FAIR, C. 1993. National telephone support groups: A new avenue toward psychosocial support for HIV-infected children and their families. *Social Work with Groups*, 16(3): 55-71.
- YSSEL, J.M. 1999. *Gestaltterapie met die allergiese kind in die middelkinderjare*. Ongepubliseerde DPhil-proefskrif. Universiteit van Pretoria.

**BYLAAG A**



**STELLENBOSCH VIGS AKSIE  
STELLENBOSCH AIDS ACTION**

2<sup>nd</sup> Floor, Matie Community Service Building, Banhoek Rd, Stellenbosch  
c/o Matie Community Service, Private Bag X1, Matieland, 7602  
Tel: 021 808-2931 Fax: 021 808-2930 Email: aidsact@maties.sun.ac.za

15 Januarie 2003

**Heil die leser**

Hiermee bevestig ek dat Issie Jakobs huidiglik haar navorsing onder die beskerming van Stellenbosch Vigs Aksie doen.

Haar metodes en prosedures is met die bestuur bespreek en goedgekeur.

Die Uwe

*Monica du Toit*  
Monica du Toit

Beradingskoördineerder

## BYLAAG B

**Studieleier: Dr. J.M. Yssel**

**Student: Issie Jacobs**

***Studentenommer: 21251772***

### FOKUSGROEPRIGLYNE

**Openingsvraag:** Ons gaan vandag gesels oor die rol van beraders ten opsigte van kinders wat deur VIGS geraak word. Tot watter mate is hierdie 'n relevante onderwerp?

**Sleutelvrae:**

(1) Wat is u persepsies ten opsigte van die behoeftes van kinders binne die konteks van die spesifieke probleem?

(2) Aan watter spesifieke vaardighede en kennis het u 'n behoefte ten einde hulp te kan verleen aan die kind binne die konteks van die spesifieke probleem?

(3) Watter verdere leemtes bestaan daar na u mening in die hulpverlening aan hierdie kinders?

**Afsluitingsvraag:** Watter verdere aspekte behoort na u mening aandag te geniet ten opsigte van hierdie spesifieke onderwerp?

**BYLAAG C.1**

**INGELIGTE TOESTEMMINGSBRIEF**

**NAAM VAN RESPONDENT:**

**DATUM:**

**NAAM VAN NAVORSER:**

**ADRES:**

**INSTELLING:**

**INGELIGTE TOESTEMMING**

- 1. Titel van die studie:** *'n Maatskaplikewerkondersoek na die behoeftes van beraders van kinders wat deur VIGS geraak word.*
- 2. Doel van die studie:** *Die doel van die studie is om onder meer te bepaal wat beraders se persepsie is van die kind se behoeftes wat deur VIGS geraak word, wat hulle eie behoeftes is ten opsigte van hulpverlening aan hierdie kinders en watter areas in hulpverlening deur die beraders as leemtes ervaar word.*
- 3. Navorsingsprosedure:** *Daar sal van my verwag word om ten minste twee fokusgroepbesprekings van een uur elk by te woon. Die lokaal waar die fokusgroepbesprekings sal plaasvind is by Stellenbosch VIGSAKSIE en is vir my geleë. Die tydskedule vir die twee groepbesprekings sal vroegtydig aan my deurgegee word sodat ek my program daarvolgens kan inrig.*

4. **Risiko's en ongemak:** *Daar bestaan geen voor die handliggende risiko's of ongemak waaraan ek blootgestel sal word nie.*
5. **Voordele:** *Ek is bewus van die feit dat my betrokkenheid by die studie geen persoonlike voordele inhou nie, maar op die langtermyn 'n bydrae kan lewer in my professionele betrokkenheid by kinders wat deur VIGS geraak word.*
6. **Regte van respondent:** *Ek dra kennis van die feit dat ek enige tyd van die groepbespreking mag onttrek.*
7. **Finansiële kompensasië:** *Ek dra kennis van die feit dat ek geen finansiële kompensasië sal ontvang vir my betrokkenheid by die studie nie.*
8. **Konfidensialiteit:** *Konfidensialiteit is nie werklik van toepassing by die spesifieke studie nie, maar my reg op privaatheid sal gerespekteer word indien ek dit so sou verkies.*
9. *Indien ek enige navrae sou hê, kan ek Issie Jacobs enige tyd kontak by die volgende nommer: 082 822 1852.*

**Ek dra kennis van:**

- my regte as 'n navorsingsonderwerp en gee vrywillig toestemming tot deelname aan hierdie navorsingstudie,
- wat die studie behels asook hoe en waarom die studie uitgevoer word,
- die feit dat ek 'n getekende kopie van hierdie toestemmingsbrief sal ontvang.

---

**Handtekening van Respondent**

---

**Datum**

---

**Handtekening van Navorser**

BYLAAG C.2

***INFORMED CONSENT***

**PARTICIPANT'S NAME:**

**DATE:**

**PRINCIPAL INVESTIGATOR:**

**ADDRESS:**

**INSTITUTION:**

**INFORMED CONSENT**

1. ***Title of study:*** A social work research regarding the needs of counselors working with Aids affected children.
2. ***Purpose of the study:*** The purpose of the study is to 1) establish counselors' perception of the needs of children affected by Aids; 2) to establish the needs of counselors in the helping process of Aids affected children, and 3) to establish which areas are considered to be shortcomings by these counselors.
3. ***Procedures:*** I will be asked to attend at least two focus group discussions of one hour each. The focus group discussions will take place at the offices of the Stellenbosch Aids Action group and is easily accessible. The group discussions will be scheduled to my convenience.
4. ***Risks and Discomforts:*** There are no known risks or discomforts associated with this project.
5. ***Benefits:*** I understand that there are no direct benefits to me for participating in this study. However, the results of the study may help me in my contact with children affected by Aids.

6. **Participant's Right:** I may withdraw from participating in the study at any time.
7. **Financial Compensation:** I understand that I will receive no financial compensation for my involvement in this study.
8. **Confidentiality:** Confidentiality is not really at stake in this particular study, but my right to privacy will be respected.
9. If I have any questions or concerns, I can call Issie Jacobs at 082 822 1852 at any time during the day or night.

*I understand my rights as a research subject, and I voluntarily consent to participate in this study. I understand what the study is about and how and why it is being done. I will receive a signed copy of this consent form.*

**Subject's Signature**

**Date**

**Signature of Investigator**