

**Die Menslike Immunoglobulinsvirus (MIV) en die geslagsrolle van die
Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou in die Limpopo Provinsie**

deur

Petra Austin

Voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad

**Doctor Philosophiae in
Maatskaplike Werk**

in die Departement Maatskaplike Werk en Kriminologie aan die

Universiteit van Pretoria

Fakulteit Geesteswetenskappe

Promotor: Dr. C. L. Carbonatto

Augustus 2011

UNIVERSITEIT VAN PRETORIA
FAKULTEIT GEESTESWETENSKAPPE
NAVORSINGSVOORSTEL- EN ETIEKKOMITEE

VERKLARING

Volle naam : Petra Austin

Studentenommer : 94213438

Graad/Kwalifikasie : Doctor Philosophiae in Maatskaplike Werk

Titel van tesis/verhandeling : Die Menslike Immunogebreksvirus (MIV)
en die geslagsrolle van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou in die
Limpopo Provinsie

Ek verklaar dat hierdie tesis / verhandeling my eie oorspronklike werk is.
Waar sekondêre materiaal gebruik is, is dit noukeurig erken en
aangedui in ooreenstemming met universiteitsvereistes.

Ek verstaan wat plagiaat beteken en is bewus van die universiteit se
beleid in hierdie verband.

HANDTEKENING

22 Augustus 2011

DATUM

Dankbetuiging

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

- Dr. C.L. Carbonatto, my studieleier wat my met kennis en insig van die onderwerp bygestaan en gelei het, en deurentyd gemotiveer het in die voltooiing van die studie.
- Die personeellede van die drie betrokke nie-regeringsorganisasies waar die studie onderneem is, met spesifieke dank aan die hoofde van hierdie organisasies, Me. Manhaewe van die HIV/AIDS Prevention Group (Bela-Bela), Me. Hlako van Koeumela Moepahupse (tussen Vivo en Alldays) en Me. Sethosa van Takalani Manor (Polokwane).
- Die Navorsingsvoorstelpaneel van die Departement van Maatskaplike Werk en Kriminologie (Universiteit van Pretoria), asook die Nagraadsekomitee en die Etiekkomitee van die Fakulteit Geesteswetenskappe (Universiteit van Pretoria) waardeur toestemming bekom is om hierdie studie te onderneem.
- Die Centre for the Study of AIDS waardeur die Europese Unie Beurs (EU Beurs) toegestaan is om die uitvoering van hierdie studie moontlik te maak.
- Die Universiteit van Pretoria wat die UP prestasiebeurs en UP nagraadse studiebeurs toegestaan het om die uitvoering van hierdie studie moontlik te maak.
- MIV-positiewe respondente wat aan hierdie studie deelgeneem het, en daardeur 'n waardevolle bydra gelewer het.

SUMMARY

THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV) AND THE GENDER ROLES OF THE NORTHERN SOTHO/TSWANA SPEAKING WOMAN IN THE LIMPOPO PROVINCE

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

This study considered HIV and AIDS and the gender roles of Northern Sotho/Tswana speaking women in the Limpopo Province. Specific focus was placed on HIV and AIDS related risks surrounding the gender roles of Northern Sotho/Tswana speaking women in the Limpopo Province. Seven relevant gender roles were identified for investigation; these include women as individual beings, sexual beings, wives, mothers, caregivers, single parents and breadwinners. Related aspects of these roles were also investigated and include the abuse of women, education, religion, culture, health, gender and specific counselling needs. It was of importance to examine gender roles and the related aspects in the woman's relevant cultural context since gender is seen as a social and cultural construct and is also culture-specific.

The research methodology for this study was clearly defined and outlined. The literature chapters focussed on HIV and AIDS as medical phenomenon and related counselling aspects. The literature chapters also considered the African culture and gender role development, the seven gender roles of women and aspects related to these. The literature chapters provided the necessary background which is indicative of the specific HIV risks which are experienced by African women in their gender roles.

Research findings for this qualitative study were presented using tables which were fully discussed in the study in order to determine the specific HIV risks experienced

by Northern Sotho/Tswana speaking women in the Limpopo province. These findings showed that Northern Sotho/Tswana speaking women in the Limpopo Province are particularly vulnerable to HIV as these women experience a lack of power to negotiate for safe sex and condom use. A framework for culturally sensitive HIV and AIDS counselling was developed and consists of information obtained from the empirical investigation, practical experience and the researcher's knowledge of relevant literature. The framework for culturally sensitive HIV and AIDS counselling was presented in a manner which is suited to the specific problems and needs of these women and consists of tick-mark lists, columns and case studies. The framework was also compiled in such a manner that it may be utilised by the social worker, HIV counsellor and other members of the multidisciplinary team during the counselling of HIV positive Northern Sotho/Tswana speaking women.

A general summary, conclusions and recommendations were finally made following the relevant findings of the study. The research question for this study was fully answered in that the empirical investigation as well as the framework for culturally sensitive HIV and AIDS counselling identified, logically grouped and made conclusions and recommendations about the HIV and AIDS related risks surrounding the gender roles of Northern Sotho/Tswana speaking women in the Limpopo Province. This study showed that each of the seven gender roles of women as well as the related aspects of these roles are associated with specific HIV risks which are experienced on a physiological, social, psychological, economical and cultural level by Northern Sotho/Tswana speaking women in the Limpopo Province.

KEYWORDS

Gender

Gender roles

Gender role development

Sexuality

Culture

African culture

Northern Sotho/Tswana culture

Social worker

HIV counsellor

Multidisciplinary team

African woman

Northern Sotho/Tswana speaking woman

Human immunodeficiency virus (HIV)

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)

OPSOMMING

DIE MENSLIKE IMMUNOGEBREKSVIRUS (MIV) EN DIE GESLAGSROLLE VAN DIE NOORD-SOTHO/TSWANA- SPREKENDE VROU IN DIE LIMPOPO PROVINSIE

KANDIDAAT : PETRA AUSTIN

DEPARTEMENT : MAATSKAPLIKE WERK EN KRIMINOLOGIE,
UNIVERSITEIT VAN PRETORIA

STUDIELEIER : DR. C.L. CARBONATTO

GRAAD : DPHIL. (M.W.)

In hierdie studie is daar gelet op MIV en VIGS en die geslagsrolle van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou in die Limpopo Provinsie. Daar is spesifiek gefokus op watter MIV- en VIGS-verbandhoudende risiko's voorkom rondom die geslagsrolle van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou in die Limpopo Provinsie. Sewe relevante geslagsrolle van die vrou is geïdentifiseer vir ondersoek, en het die vrou as individuelewese, seksuelewese, huweliksmaat, moeder, versorger, enkelouer en broodwinner ingesluit. Verbandhoudende aspekte van hierdie rolle is ook ondersoek en het mishandeling van die vrou, die vrou se opvoeding, geloof, kultuur, gesondheid, geslag en spesifieke beradingsbehoefte ingesluit. Waar geslag 'n sosiale- en kulturelestruktuur is en ook kultuur-spesifiek is, was dit van belang om die vrou se geslagsrolle en die verbandhoudende aspekte daarvan binne die vrou se relevante kulturelekonteks te ondersoek.

Die navorsingsmetodologie vir hierdie studie is duidelik omskryf en uiteengesit, waarna verskeie literatuurhoofstukke volg. Die literatuurhoofstukke fokus op MIV en VIGS as medieseverskynsel en die beradingsaspekte wat daarmee verband hou. In die literatuurhoofstukke is daar ook gelet op die Afrika-kultuur en geslagsrolvorming, waarna die sewe geslagsrolle van die vrou en die verbandhoudende aspekte daarvan bespreek is. Die literatuurhoofstukke voorsien die nodige agtergrond wat aanduidend is van spesifieke MIV-risiko's wat deur Afrika-vroue in hul geslagsrolle beleef word.

Navorsingsbevindings vir hierdie kwalitatiewe studie is met behulp van tabelle voorgestel wat volledig bespreek is, ten einde te bepaal watter spesifieke MIV-risiko's deur Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue in die Limpopo Provinsie beleef word. Hierdie bevindings het getoon dat Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue in die Limpopo Provinsie veral kwesbaar is vir MIV waar hierdie vroue 'n tekort aan mag het om te onderhandel vir veilige seksuele-omgang en kondoomgebruik. 'n Raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading is ontwikkel, en bestaan uit inligting bekom vanuit die empiriese ondersoek, praktykervaring asook die navorser se kennis van relevante literatuur. Die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading is op wyses aangebied wat as gepas beskou word vir die spesifieke probleme of behoeftes van die vrou, en bestaan uit afmerklyste, kolomme en gevallestudies. Die raamwerk is ook saamgestel sodat dit deur die maatskaplike werker, MIV-berader en ander lede van die multidissiplinêrespan benut kan word tydens hulpverlening aan MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue.

Ten slotte is 'n algemene samevatting, gevolgtrekkings en aanbevelings gemaak na aanleiding van relevante bevindings vanuit die studie. Die navorsingsvraag vir hierdie studie in geheel is beantwoord deurdat die empiriese ondersoek sowel as die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading, die MIV- en VIGS-verbandhoudende risiko's rondom die geslagsrolle van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende MIV-positiewe vrou in die Limpopo Provinsie duidelik geïdentifiseer en logies gegropeer het, en gevolgtrekkings en aanbevelings gebied het. Hierdie studie het getoon dat elk van die vrou se sewe geslagsrolle, asook die verbandhoudende aspekte daarvan, verband hou met spesifieke MIV-risiko's wat op fisiologiese-, sosiale-, psigologiese-, ekonomiese- en kulturele vlak beleef word deur Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue in die Limpopo Provinsie.

LYS VAN SLEUTELTERME

Geslag

Geslagsrolle

Geslagsrolvorming

Seksualiteit

Kultuur

Afrika-kultuur

Noord-Sotho/Tswana-kultuur

Maatskaplike werker

MIV-berader

Multidissiplinêrespan

Afrika-vrou

Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou

Menslike immunogebreksvirus (MIV)

Verworwe immunogebreksindroom (VIGS)

INHOUDSOPGAWE

BLADSY NO.

Verklaring van eie werk	ii
Dankbetuiging	iii
Summary	iv
Keywords	vi
Opsomming.....	vii
Sleutelterme	ix
Inhoudsopgawe.....	x
Lys van bylaes.....	xxiii
Lys van tabelle.....	xxiv

HOOFSTUK 1

ALGEMENE INLEIDING

1.1 Inleiding	1
1.2 Probleemformulering	6
1.3 Doel en doelwitte vir die studie	8
1.3.1 Doel van die studie.....	8
1.3.2 Doelwitte vir die studie	8
1.4 Navorsingsvraag.....	9
1.5 Navorsingsbenadering (Kwalitatiewe benadering).....	9
1.6 Soort navorsing (Toegepaste navorsing).....	10
1.7 Etiese aspekte	10
1.7.1 Skade teenoor respondente	11
1.7.2 Ingeligte toestemming.....	12
1.7.3 Misleiding van respondente	12
1.7.4 Oortreding van privaatheid, konfidensialiteit en anonimiteit	13
1.7.5 Optrede en bevoegdheid/bekwaamheid van die navorser.....	13
1.7.6 Publisering van bevindings	14
1.7.7 Samevatting- of inligtingsessie vir respondente	14
1.8 Definisies van hoofkonsepte	15
1.8.1 Geslagsrolle.....	15



1.8.2 MIV/HIV.....	15
1.8.3 Maatskaplike werker (MIV-berader)	16
1.8.4 Noord-Sotho/Tswana-kultuur (Afrika-kultuur)	16
1.8.5 Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou (Afrika-vrou)	17
1.8.6 VIGS/AIDS.....	18
1.9 Beperkings van die studie.....	19
1.10 Die navorsingservaring.....	21
1.11 Indeling van die navorsingsverslag	24
1.12 Samevatting	24

HOOFTUK 2

MIV EN VIGS AS MEDIESEVERSKYNSEL EN BERADINGSASPEKTE WAT DAARMEE VERBAND HOU

2.1 Inleiding	25
2.2 Lys van mediese terminologie	26
2.3 Hoofkonsepte	28
2.3.1 Menslike immunogebreksvirus (MIV)	28
2.3.2 Verworwe immunogebreksindroom (VIGS)	29
2.4 Wyses van MIV-oordrag.....	29
2.4.1 Onveilige seks	29
2.4.2 Oordrag van geïnfekteerde moeder-tot-kind.....	30
2.4.3 Binne-aarse dwelmgebruik met besmette naalde.....	31
2.4.4 Die gebruik van geïnfekteerde bloed of bloedprodukte.....	32
2.4.5 Ander wyses van oordrag wat bloed aanbetref	32
2.5 Kliniese fases van MIV en VIGS	33
2.5.1 Pre-kliniese fase: Primêre MIV-infeksie	33
2.5.1.1 Die vensterperiode	34
2.5.2 Kliniese fase 1: Die asimptomatiese latente fase	36
2.5.3 Kliniese fase 2: Die geringe simptomatiese fase	37
2.5.4 Kliniese fase 3: Die hoof simptomatiese fase	38
2.5.5 Kliniese fase 4: Ernstige simptomatiese fase.....	39
2.6 MIV-toetsing.....	40
2.6.1 MIV-teenliggaamtoetsing	40
2.6.1.1 Die ELISA-toets	40



2.6.1.2 Die Western Blot-toets	41
2.6.1.3 Snelle MIV-toetsing/Vingerpriktoets.....	41
2.6.1.4 Speeksel MIV-teenliggaamtoetsing.....	42
2.6.2 MI-virustoetsing.....	42
2.6.2.1 PCR-toetsing.....	42
2.6.2.2 MIV-p24 antigeentoetsing.....	43
2.6.3 Teenliggaam/virus kombinasietoetsing	43
2.7 Anti-retroviralebehandeling	44
2.8 Volhouding van anti-retroviraal terapie.....	47
2.9 Fisieke- en psigologiese uitdagings van MIV en VIGS.....	51
2.9.1 Moegheid	52
2.9.2 Pyn	53
2.9.3 Angs/Depressie	54
2.9.4 Slaapversteurings	56
2.10 Versorging van persone met MIV en VIGS	57
2.10.1 Selfversorging	57
2.10.2 Palliatiewesorg en tuisversorging	60
2.11 MIV-berading.....	61
2.11.1 Voortoets-berading	61
2.11.1.1 Verhouding bou.....	61
2.11.1.2 Konfidensialiteit.....	62
2.11.1.3 Redes vir MIV-toetsing	62
2.11.1.4 Risiko-assessering.....	64
2.11.1.5 Oortuigings en kennis rondom MIV-infeksie en veiliger seksuele- omgang.....	64
2.11.1.6 Inligting rondom die MIV-toets	65
2.11.1.7 Die implikasies van 'n MIV-toetsresultaat	65
2.11.1.8 Antisipasie die resultate.....	67
2.11.1.9 Inligting rondom die bekendmaking van resultate en deurlopende ondersteuning.....	68
2.11.1.10 Ondersteuningsnetwerke en die wagperiode	68
2.11.1.11 Ingeligte toestemming	69
2.11.2 Natoets-berading	69
2.11.2.1 Berading na 'n negatiewe MIV-toetsresultaat.....	70



2.11.2.2 Berading na 'n positiewe MIV-toetsresultaat	70
2.11.2.3 Berading na 'n onbesliste MIV-toetsresultaat	74
2.12 Samevatting	75

HOOFTUK 3

DIE AFRIKA-KULTUUR EN GESLAGSROLVORMING

3.1 Inleiding	76
3.2 Kultuur.....	77
3.2.1 Die belang van die kulturelekonteks	79
3.2.2 Die belang van verteenwoordigings en aktiwiteite in kultuur	81
3.3 Vroeëre navorsing in Afrika	83
3.4 Die Afrika-kultuur	85
3.5 Geslagsrolle.....	89
3.6 Geslag, seksualiteit en mag in die Afrika-kultuur	89
3.7 Geslag en geslagsrolle in die Afrika-kultuur	95
3.7.1 Geslagsrolle in 'n kollektivistiese kultuur	95
3.8 Gedrag/Aktiwiteite in die Afrika-kultuur	99
3.8.1 Praktiese voorbeelde van gedrag/aktiwiteite in Afrika	102
3.9 Die PEN-model	105
3.9.1 Positiewe kulturelegedrag behoort aangemoedig en versterk te word.....	106
3.9.2 Eksotiese kulturelegedrag behoort aanvaar en gerespekteer te word.	107
3.9.3 Negatiewe kulturelegedrag behoort verander te word.	107
3.10 Samevatting	111

HOOFTUK 4

DIE AFRIKA-VROU IN HAAR ROL AS INDIVIDUELEWESE

4.1 Inleiding	112
4.2 Die vrou as individuelewese versus kollektiwisme.....	113
4.3 Die Afrika-vrou en tradisionele definisies van geslagsrolle	117
4.3.1 Die Afrika-vrou en die besoedelingsideologie	117
4.3.2 Die Afrika-vrou se status in die Afrika-kultuur	119
4.3.3 Geslagtelike stigma en MIV en VIGS in die Afrika-kultuur	122
4.3.3.1 Die funksie van stigma in Afrika.....	125



4.3.3.2 Die verband tussen geslagtelike stigma en MIV en VIGS in die Afrika-kultuur	126
4.3.3.3 Die gevolge van stigma in Afrika.....	130
4.4 Skoolopleiding vir Afrika-vroue.....	131
4.4.1 Beperkte toegang tot skoolopleiding vir Afrika-vroue	132
4.4.2 Skoolopleiding vir jong vroue met toegang daartoe	136
4.5 Samevatting	142

HOOFSTUK 5

DIE AFRIKA-VROU IN HAAR ROLLE AS SEKSUELEWESE EN HUWELIKSMAAT

5.1 Inleiding	143
5.2 Die Afrika-vrou as seksuelewese.....	143
5.2.1 Die betekenis van seksualiteit in Afrika	143
5.2.2 Seksuele-opvoeding van jong meisies in Afrika.....	145
5.2.2.1 Maagdelikheid.....	148
5.2.3 Die vrou as seksuelewese en verkragting	153
5.2.3.1 Die verkragting van maagde en kinders/babas	160
5.2.3.2 Verkragting van skoolgaande meisies deur onderwysers en bendes .	161
5.3 Die Afrika-vrou as huweliksmaat.....	163
5.3.1 Die huwelik in Afrika	163
5.3.2 Getrouheid in die huwelik.....	166
5.3.3 Die Suid-Afrikaanse konteks en geweld teen die vrou as huweliksmaat .	170
5.3.3.1 Fisieke geweld deur 'n intieme maat	171
5.3.3.2 Seksuelemishandeling deur 'n intieme maat.....	176
5.3.3.3 Nie-gewelddadige trauma.....	180
5.4 Samevatting	183

HOOFSTUK 6

DIE AFRIKA-VROU IN HAAR ROLLE AS MOEDER EN VERSORGER

6.1 Inleiding	184
6.2 Die Afrika-vrou as moeder.....	184
6.2.1 Kulturele verwagtinge rondom die vrou se rol as moeder	186
6.2.2 Geboortesifers in Suid-Afrika en Sub-Sahara Afrika	187



6.2.2.1 <i>Geboortetendense in Suid-Afrika</i>	187
6.2.2.2 <i>Geboortetendense in Sub-Sahara Afrika</i>	190
6.2.3 Die gebruik van kondome en ander voorbehoedmiddels.....	191
6.2.4 Geboortesifers en huwelikstatus	196
6.2.5 Die voorkoms van aborsies onder Afrika-vroue	197
6.2.6 Seksueleweerhouding onder Afrika-vroue	199
6.3 Die Afrika-vrou as versorger	201
6.3.1 Gevolge van die afsterwe van die vrou as versorger	203
6.3.2 Alternatiewe versorgers vir VIGS-wesies	203
6.3.3 Versorgingsbehoefte van VIGS-wesies.....	206
6.4 Samevatting	209

HOOFSTUK 7

DIE AFRIKA-VROU IN HAAR ROLLE AS ENKELOUER EN BROODWINNER

7.1 Inleiding	211
7.2 Die Afrika-vrou as enkelouer.....	211
7.2.1 Enkelouer-gesinstrukture	213
7.2.2 Enkelouerskap en gemeenskapstrukture	215
7.3 Die Afrika-vrou as broodwinner	217
7.3.1 Die belang van grondbesit en landbou vir die vrou as broodwinner	219
7.3.1.1 <i>Die invloed van MIV en VIGS op grondbesit en landbou</i>	222
7.3.1.2 <i>Die belang van grondbesit vir kinders na afsterwe van die vrou as broodwinner</i>	223
7.3.2 Die vrou as broodwinner se betrokkenheid in die informelesektor	224
7.3.3 Werkloosheid onder die vrou as broodwinner	226
7.3.3.1 <i>Staats- en welsynstoelae vir die vrou as broodwinner</i>	229
7.3.4 Sekswerk en mansvriende	230
7.3.4.1 <i>Sekswerk vir oorlewing</i>	231
7.3.4.2 <i>Mansvriende vir oorlewing</i>	233
7.3.4.3 <i>Konoomgebruik in sekswerk en saam met mansvriende</i>	236
7.3.4.4 <i>Patrone van MIV-verspreiding</i>	237
7.3.5 Die gevolge van armoede vir die vrou as broodwinner en haar kinders...	239
7.4 Samevatting	240

HOOFSUK 8

NAVORSINGSONTWERP EN -METODOLOGIE

8.1 Inleiding	243
8.2 Navorsingsontwerp	243
8.2.1 Kwalitatiewe navorsingsontwerp: Kollektiewe gevallestudie	244
8.3 Literatuurstudie	246
8.4 Voorondersoek	248
8.4.1 Toetsing van meetinstrumente	249
8.4.2 Uitvoerbaarheid van die studie	250
8.5 Navorsingspopulasie, steekproef en wyse van steekproefneming.....	253
8.5.1 Omskrywing van universum en navorsingspopulasie.....	253
8.5.2 Afbakening van steekproef	254
8.5.3 Wyse van steekproefneming	256
8.6 Empiriese navorsing	257
8.6.1 Dataversamelingsmetodes.....	257
8.6.1.1 <i>Kwalitatiewe dataversamelingsmetode.....</i>	<i>259</i>
8.7 Data-analise	260
8.7.1 Kwalitatiewe data-analise	261
8.7.1.1 <i>Stappe van kwalitatiewe data-analise.....</i>	<i>261</i>
8.8 Geldigheid van kwalitatiewe navorsing	264
8.9 Samevatting	266

HOOFSUK 9

EMPIRIESE BEVINDINGS

9.1 Inleiding	268
9.2 Kategorie 1: Biografiese profiel en gesinsamestelling	270
9.2.1 Opsomming van biografiese profiel en gesinsamestelling	273
9.3 Kategorie 2: Geslagsrolle van die vrou	273
9.3.1 Tema 1: Die vrou as individuelewese.....	273
9.3.1.1 <i>Sub-tema 1.1: Selfbeskrywing.....</i>	<i>274</i>
9.3.1.2 <i>Sub-tema 1.2: Belangrikste prioriteite in vroue se lewens</i>	<i>277</i>
9.3.1.3 <i>Opsomming van Tema 1.....</i>	<i>281</i>
9.3.2 Tema 2: Die vrou as seksuelewese	281



9.3.2.1 Sub-tema 2.1: Seksuele-opvoeding in die gesin van herkoms.....	282
9.3.2.2 Sub-tema 2.2: Maagdelikheid	285
9.3.2.3 Sub-tema 2.3: Kondoomgebruik tydens eerste seksuele-omgang	288
9.3.2.4 Sub-tema 2.4: Risiko vir swangerskap tydens eerste seksuele-omgang	295
9.3.2.5 Sub-tema 2.5: Risiko vir MIV en seksueeloordraagbare infeksies tydens eerste seksuele-omgang	297
9.3.2.6 Sub-tema 2.6: Toepassing van druk tydens eerste seksuele-omgang	302
9.3.2.7 Sub-tema 2.7: Huidige gevoelens rondom seks	304
9.3.2.8 Sub-tema 2.8: Keuse in seksmaats	307
9.3.2.9 Sub-tema 2.9: Huidige seksmaats en kondoomgebruik	310
9.3.2.10 Opsomming van Tema 2.....	313
9.3.3 Tema 3: Die vrou as versorger.....	313
9.3.3.1 Sub-tema 3.1: Versorging van siek gesinslede	316
9.3.3.2 Sub-tema 3.2: Invloed van take op die versorger se gesondheid.....	317
9.3.3.3 Opsomming van Tema 3.....	318
9.3.4 Tema 4: Die vrou as moeder	319
9.3.4.1 Sub-tema 4.1: Ouderdom tydens eerste swangerskap	319
9.3.4.2 Sub-tema 4.2: Aantal swangerskappe en kinders per respondente	320
9.3.4.3 Sub-tema 4.3: MIV-status en miskrame, aborsies en die afsterwe van kinders.....	322
9.3.4.4 Sub-tema 4.4: Huwelikstatus en geboortes van kinders	326
9.3.4.5 Sub-tema 4.5: Aantal seksmaats by wie respondente kinders het en hul finansiële steun aan kinders.....	327
9.3.4.6 Sub-tema 4.6: Beplanning van swangerskappe en die gebruik van voorbehoedmiddels	330
9.3.4.7 Sub-tema 4.7: MIV-status en toekomstige swangerskappe/kinders...	334
9.3.4.8 Sub-tema 4.8: Toekomstige versorging van kinders	336
9.3.4.9 Opsomming van Tema 4.....	339
9.3.5 Tema 5: Die vrou as huweliksmaat.....	339
9.3.5.1 Sub-tema 5.1: Gereelde of permanente seksueleverhoudings	340
9.3.5.2 Sub-tema 5.2: Terloopse seksueleverhoudings	344
9.3.5.3 Sub-tema 5.3: Houidings rondom die huwelik.....	346
9.3.5.4 Sub-tema 5.4: Die invloed van lobola op die huwelik	350

9.3.5.5 Sub-tema 5.5: Die invloed van lobola op seksueleverhoudings	351
9.3.5.6 Sub-tema 5.6: Die huwelik en meervoudige seksmaats	353
9.3.5.7 Sub-tema 5.7: Kondoomgebruik en seksueleplesier	358
9.3.5.8 Sub-tema 5.8: Hoë MIV-risiko verhoudings	362
9.3.5.9 Opsomming van Tema 5.....	365
9.3.6 Tema 6: Die vrou as enkelouer	366
9.3.6.1 Sub-tema 6.1: Probleemgedrag onder enkelouer-kindere	368
9.3.6.2 Sub-tema 6.2: Enkelouerskap en kulturele verantwoordelikhede.....	371
9.3.6.3 Sub-tema 6.3: Nakoming van vaders se pligte teenoor kindere.....	375
9.3.6.4 Opsomming van Tema 6.....	377
9.3.7 Tema 7: Die vrou as broodwinner	378
9.3.7.1 Sub-tema 7.1: Vroeë skoolverlating.....	378
9.3.7.2 Sub-tema 7.2: Gevolge van vroeë skoolverlating	381
9.3.7.3 Sub-tema 7.3: Finansiële stand van die vrou en haar gesin.....	384
9.3.7.4 Sub-tema 7.4: Materiële behoeftes in Noord-Sotho/Tswana-sprekende gesinne	388
9.3.7.5 Sub-tema 7.5: Die vrou en grondbesit	390
9.3.7.6 Sub-tema 7.6: Seksmaats en inkomste	392
9.3.7.7 Sub-tema 7.7: Die sugar daddy verskynsel.....	397
9.3.7.8 Opsomming van Tema 7.....	399
9.4 Kategorie 3: Verbandhoudende aspekte van die geslagsrolle van die vrou	399
9.4.1 Tema 8: Mishandeling van die vrou	400
9.4.1.1 Sub-tema 8.1: Fisieke mishandeling van vroue	400
9.4.1.2 Sub-tema 8.2: Verkragting van vroue	407
9.4.1.3 Sub-tema 8.3: Verkragting en seksuele molestering van kindere	410
9.4.1.4 Sub-tema 8.4: Nie-gewelddadige trauma en psigologiese/emosionele mishandeling van vroue	414
9.4.1.5 Opsomming van Tema 8.....	419
9.4.2 Tema 9: Die vrou en haar kultuur	420
9.4.2.1 Sub-tema 9.1: Die rol van kultuur in respondente se lewens	421
9.4.2.2 Sub-tema 9.2: Kulturele gebruike en MIV en VIGS.....	425
9.4.2.3 Sub-tema 9.3: Die rol van sangomas, inyangas en profete	429
9.4.2.4 Sub-tema 9.4: Hekse en towenaars as oorsaak van siekte.....	431



9.4.2.5 Sub-tema 9.5: Hekse en towenaars as oorsaak van MIV en VIGS	433
9.4.2.6 Opsomming van Tema 9.....	436
9.4.3 Tema 10: Die vrou en haar geloof	436
9.4.3.1 Sub-tema 10.1: Voor- en nadele van vroue se geloof en kerke.....	436
9.4.3.2 Opsomming van Tema 10.....	440
9.4.4 Tema 11: Die vrou en geslag	440
9.4.4.1 Sub-tema 11.1: Die effek van MIV en VIGS op vroue	440
9.4.4.2 Sub-tema 11.2: Blamering van mans vir die verspreiding van MIV..	442
9.4.4.3 Opsomming van Tema 11.....	443
9.4.5 Tema 12: Die vrou en haar gesondheid	444
9.4.5.1 Sub-tema 12.1: Persepsies van MIV-risiko.....	444
9.4.5.2 Sub-tema 12.2: Versorging van siek respondente.....	447
9.4.5.3 Opsomming van Tema 12.....	449
9.4.6 Tema 13: Die vrou en haar spesifieke beradingsbehoefte.....	450
9.4.6.1 Sub-tema 13.1: Bekendmaking van MIV-status	450
9.4.6.2 Sub-tema 13.2: Gevoelens rondom MIV-positiewe status	453
9.4.6.3 Sub-tema 13.3: Spesifieke beradingsbehoefte	455
9.4.6.4 Opsomming van Tema 13.....	458
9.5 Opsomming van empiriese resultate	459

HOOFSUK 10

RAAMWERK VIR KULTUURSENSITIEWE MIV- EN VIGS-BERADING

10.1 Inleiding	461
10.2 Biografiese profiel en gesinsamestelling.....	462
10.3 Die vrou as individuelewese	462
10.4 Die vrou as seksuelewese	464
10.4.1 Seksuele-opvoeding in die gesin van herkoms	465
10.4.2 Kondoomgebruik tydens eerste seksuele-omgang.....	468
10.4.3 Risiko vir swangerskap tydens eerste seksuele-omgang	470
10.4.4 Risiko vir MIV en seksueeloorlaagbare infeksies tydens eerste seksuele-omgang.....	471
10.4.5 Toepassing van druk tydens eerste seksuele-omgang.....	473
10.4.6 Huidige gevoelens rondom seks	475
10.4.7 Keuse in seksmaats	476



10.4.8 Huidige seksmaats en kondoomgebruik	478
10.5 Die vrou as versorger	479
10.5.1 Versorging van siek gesinslede.....	482
10.6 Die vrou as moeder	485
10.6.1 Swangerskap	486
10.6.2 MIV-status en miskrame, aborsies en die afsterwe van kinders	486
10.6.3 Huwelikstatus en geboortes van kinders	491
10.6.4 Vaders van kinders en hul finansiële steun aan kinders	491
10.6.5 Beplanning van swangerskappe en die gebruik van voorbehoedmiddels	493
10.6.6 MIV-status en toekomstige swangerskappe/kinders.....	495
10.6.7 Toekomstige versorging van kinders	496
10.7 Die vrou as huweliksmaat	497
10.7.1 Gereelde of permanente seksueleverhoudings.....	498
10.7.2 Terloopse seksueleverhoudings	500
10.7.3 Houdings rondom die huwelik.....	501
10.7.4 Die invloed van lobola op die huwelik	502
10.7.5 Die invloed van lobola op seksueleverhoudings.....	503
10.7.6 Die huwelik en meervoudige seksmaats	504
10.7.7 Kondoomgebruik en seksuele plesier	507
10.7.8 Hoë MIV-risiko verhoudings	508
10.8 Die vrou as enkelouer	510
10.8.1 Nakoming van vaders se pligte teenoor kinders	510
10.8.2 Probleemgedrag onder enkelouer-kindern	512
10.8.3 Enkelouerskap en kulturele verantwoordelikhede	513
10.9 Die vrou as broodwinner	517
10.9.1 Vroeë skoolverlating	517
10.9.2 Gevolge van vroeë skoolverlating	518
10.9.3 Finansiële stand van die vrou en haar gesin, materiële behoeftes wat deur die gesin beleef word en grondbesit.....	519
10.9.4 Seksmaats en inkomste	521
10.9.5 Die sugar daddy verskynsel	522
10.10 Mishandeling van die vrou.....	523
10.10.1 Fisieke mishandeling van vroue.....	523



10.10.2 Verkragting van vroue	527
10.10.3 Verkragting en seksuele molesering van kinders	528
10.10.4 Nie-gewelddadige trauma en psigologiese/emosionele mishandeling van vroue	530
10.11 Die vrou en haar kultuur.....	532
10.11.1 Die rol van kultuur in die kliënt se lewe	533
10.11.2 Kulturele gebruike en MIV en VIGS	536
10.11.3 Die rol van sangomas, inyangas en profete	538
10.11.4 Hekse en towenaars as oorsaak van siekte.....	539
10.11.5 Hekse en towenaars as oorsaak van MIV en VIGS	540
10.12 Die vrou en haar geloof.....	541
10.12.1 Voordele van vroue se geloof en kerke.....	541
10.12.2 Nadele van vroue se geloof en kerke	542
10.13 Die vrou en geslag	543
10.13.1 Die effek van MIV en VIGS op vroue.....	543
10.13.2 Blamering van mans vir die verspreiding van MIV	545
10.14 Die vrou en haar gesondheid.....	546
10.14.1 Persepsie van MIV-risiko	546
10.14.2 Versorging van die siek kliënt	548
10.15 Die vrou en haar beradingsbehoefte.....	549
10.15.1 Bekendmaking van MIV-status	549
10.15.2 Gevoelens rondom MIV-positiewe status.....	550
10.15.3 Spesifieke beradingsbehoefte	551
10.16 Samevatting	555

HOOFSTUK 11

SAMEVATTING, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

11.1 Inleiding	557
11.2 Samevatting	557
11.2.1 Bereiking van die doelstelling vir die studie.....	557
11.2.2 Bereiking van doelwit 1 vir die studie	558
11.2.3 Bereiking van doelwit 2 vir die studie	559
11.2.4 Bereiking van doelwit 3 vir die studie	561
11.2.5 Bereiking van doelwit 4 vir die studie	564

11.3 Samevatting en beantwoording van die navorsingsvraag.....	565
11.4 Gevolgtrekkings	570
11.4.1 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 1: Algemene inleiding.....	570
11.4.2 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 2: MIV en VIGS as medieseverskynsel en beradingsaspekte wat daarmee verband hou.....	571
11.4.3 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 3: Die Afrika-kultuur en geslagsrolvorming.....	572
11.4.4 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 4: Die Afrika-vrou as individuelewese.....	574
11.4.5 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 5: Die Afrika-vrou as seksuelewese en huweliksmaat	576
11.4.6 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 6: Die Afrika-vrou as moeder en versorger.....	579
11.4.7 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 7: Die Afrika-vrou as enkelouer en broodwinner	582
11.4.8 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 9: Empiriese bevindings.....	585
11.4.9 Gevolgtrekking ten opsigte van hoofstuk 10: Raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading.....	588
11.5 Aanbevelings.....	589
11.5.1 Aanbevelings vir benutting en uitbreiding van die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading deur die maatskaplike werker en ander professionele beraders.....	590
11.5.2 Aanbevelings vir benutting van die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading deur lekeberaders en ander lede van die multidissiplinêrespan	590
11.5.3 Aanbevelings ten opsigte van verdere navorsing rondom die vrou se geslagsrolle en MIV en VIGS.....	592
11.5.4 Aanbeveling rondom verdere navorsing vir die uitbreiding van die studie na ander groepe	593
11.5.5 Aanbevelings vir opleidingsinstansies ten opsigte van kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading	594
11.5.6 Aanbevelings ten opsigte van dienslewering in Suid-Afrika.....	595
11.6 Slotopmerking	595



BRONNELYS.....597

LYS VAN BYLAE

BLADSY NO.

**BYLAAG 1:BRIEWE VAN TOESTEMMING VANAF DIE UNIVERSITEIT
VAN PRETORIA VIR DIE ONDERNEMING VAN NAVORSING.....616**

**BYLAAG 2:BRIEWE VAN TOESTEMMING VANAF NIE-
REGERINGSORGANISASIES VIR DIE ONDERNEMING VAN NAVORSING
.....619**

**BYLAAG 3:VORM VIR INGELIGTE TOESTEMMING IN ENGELS EN
SEPEDI623**

BYLAAG 4:ONDERHOUDSKEDULE.....630

LYS VAN TABELLE

BLADSY NO.

Tabel 1: Voorbeelde van kulturele-invloede in Afrika	104
Tabel 2: Opsomming van kategorieë, temas en sub-temas	269
Tabel 3: Biografiese profiel van respondente	271
Tabel 4: Gesinsamestelling	272
Tabel 5: Eerste seksuele-omgang	282
Tabel 6: Swangerskap en kinders	319
Tabel 7: Finansiële ondersteuning van kinders deur vaders	327
Tabel 8: Agt (8) respondente wat swangerskap voorkom het deur voorbehoedmiddelgebruik	331
Tabel 9: Opvoedkundige vlak	378
Tabel 10: Finansiële stand van gesin	384
Tabel 11: Grondbesit	390
Tabel 12: Kommoditeite in seksueleverhoudings van agt (8) respondente	393

HOOFSTUK 1

Algemene inleiding

1.1 Inleiding

Die verloop van die VIGS-epidemie in Suid-Afrika oor die afgelope dekades word aan twee dominante kenmerke gekoppel. Eerstens is daar die spoed waarteen MIV versprei, en tweedens die grootskaalse voorkoms van MIV en VIGS. Marais (2005:30) konstateer dat die voorkoms van MIV onder volwassenes in Suid-Afrika minder as 1% was gedurende 1990, maar binne 10 jaar met ongeveer 25% toegeneem het. Ncama, McInerney, Bhengu, Corless, Wantland, Nicholas, McGibbon en Davis (2008:1758) noem dat die voorkoms van MIV en VIGS egter die hoogste is onder swanger vroue waar 40.2% van alle swanger vroue in Suid-Afrika MIV-positief is. 'n Studie wat gedurende 2001 onderneem is, toon dat daar ongeveer 28.1 miljoen MIV-geïnfekteerde persone in Sub-Sahara Afrika was, in vergelyking met Wes-Europa wat 560 000 MIV-geïnfekteerde persone gehad het, Noord-Amerika wat 940 000 MIV-geïnfekteerde persone gehad het, en Australië en New Zealand wat gesamentlik slegs 15 000 MIV-geïnfekteerde persone gehad het (Van Houten, 2002:7). Sub-Sahara Afrika se infeksiekoers en getalle persone wat met MIV en VIGS leef, verskil dus van die res van die wêreld, en Suid-Afrika is een van die Afrika-lande wat baie ernstig deur MIV geïnfekteer word. Natrass (2002:1) dui aan dat Suid-Afrika se lewensverwachting teen 2010-2015 'n ouderdom van 64 jaar sou bereik het, maar as gevolg van die voorkoms van MIV en VIGS, nou gedaal het na 47 jaar. Dit blyk dus dat nuwe kennis en inligting benodig word in die aanspreek van MIV en VIGS in Suid-Afrika. Vorige studies wat deur die navorser vir graaddoeleindes onderneem is sluit 'n mini-skripsie vir BA(MW) en 'n verhandeling vir MA(MW) in (Austin, 2002). Albei hierdie studies het gefokus op die Swart Suid-Afrikaanse vrou en MIV en VIGS, en het getoon dat kultuur-spesifieke geslagsrolle van vroue in Afrika-samelewings en die samehangende MIV-risiko's moontlike ondersoek vereis ten einde nuwe kennis en inligting aan die lig te bring.

Wanneer daar na studies rondom MIV en VIGS in Afrika gekyk word, blyk dit dat navorsers in die verlede hoofsaaklik gefokus het op die belang van seks en seksualiteit, terwyl die belang van geslag en geslagsrolle min aandag ontvang het, en

seks en seksualiteit ook nie binne die konteks van geslag en geslagsrolle bestudeer is nie. Schoofs (1999:2) noem dat die voorkoms van sekere seksuelegebruike in Afrika, Westerlinge oor die eeue die spot laat dryf het met seksualiteit in Afrika. Daar word steeds genoem dat MIV so vinnig in Afrika versprei as gevolg van die wyse waarop Afrikane seksualiteit benader. Gedurende die 1950's het Afrika-studies raar geword en Gausset (2001:510-511) verduidelik dat navorsing rondom seksualiteit sterk beïnvloed is deur feministiese- en gesinsbeplanningstudies wat gefokus het op geslag en die onderhandeling van geslagsrolle eerder as op seksuelegebruike. Studies rondom seksualiteit in Afrika is vir dekades vermy totdat MIV en VIGS geïdentifiseer is en hernude belangstelling in Afrika-seksualiteit gewek het. 'n Tekort aan resente data op hierdie gebied het dit weer aanvaarbaar gemaak om seksualiteit in Afrika te bestudeer. Aangesien mense se lewens hiervan afgehang het, kon navorsers nie meer beskuldig word van 'n geïnteresseerdheid in eksotisme en "etnopornografie" nie. Dit blyk egter volgens Gausset (2001:510) dat baie van die kulturele bevooroordeelings weer na vore getree het, soos dat MIV en VIGS sy oorsprong vanaf die groen aap het, en dit aan die mens oorgedra is na aanleiding van seksuelekontak tussen aap en mens deur een of ander eksotiese gebruik. Daar was ook 'n hernude geïnteresseerdheid in eksotiese rituele en seksuelepraktyke wat as irrasioneel, wild en dierlik beskryf is. Laasgenoemde, gepaardgaande met ras deterministiese teorieë asook die assosiasie tussen MIV en VIGS, homoseksualisme en dwelmgebruik in die Weste, het 'n sterk reaksie by Afrika-regerings ontlok. Die erns van MIV en VIGS is in baie Afrika-lande ontken, in plaas daarvan om voorkomingstrategieë in werking te stel. MIV en VIGS is dus nie in konteks van geslag en geslagsrolle ondersoek nie, en die moontlike MIV-risiko's wat daarmee verband hou, is nie geïdentifiseer nie.

Schoofs (1999:2) verduidelik dat geslag nie 'n sinoniem vir seks is nie, maar eerder verwys na die wydgedeelde verwagtinge en -norme wat gepaste manlike- en vroulike gedrag, karakteristieke en rolle binne 'n samelewing aanbetref. Geslag is 'n sosiale- en kulturelestruktuur wat mans en vroue van mekaar onderskei en die wyses waarop mans en vroue met mekaar kommunikeer, definieer. Geslag is ook kultuur-spesifiek gestruktureer waar daar merkbare verskille is in wat mans en vroue mag en nie mag doen nie, waar een kultuur met 'n ander vergelyk word. Wat wel konsekwent regoor alle kulture voorkom is die onderskeibare verskille tussen mans en vroue se rolle, toegang tot hulpbronne en reg tot besluitneming. Navorsing dui daarop dat vroue

minder toegang het tot produktiewe hulpbronne as mans soos inkomste, grondbesit, krediet en opleiding (Pearson, 2004:294-302; Gupta, 2000:1). Vroue in Afrika-samelewings het reeds voor die aanvang van MIV en VIGS sekere nadele beleef wat aan die hand van geslag bepaal is. Verskeie outeurs (Campbell, 2003:149; Mama, 2001:69) verduidelik dat daar in Afrika tradisioneel geglo word dat vroue in so 'n mate ondergeskik is aan mans, dat daar na hulle verwys word as kinders. Hierdie minderheidstatus wat deur tradisionele gebruikswette aan vroue toegeken word, oortree vroue se fisieke- en emosionele integriteit. Die wyses waarop die rol van geslag vroue in Afrika-samelewings benadeel, sluit diverse aspekte in soos eienaarskap en toegang tot grond, die verdeling van arbeid, verantwoordelikhede rondom die voortbring en versorging van kinders, wetgewing, inkomsteverspreiding in die gesin en skoolopleiding (Gilbert & Walker, 2002:1093; Pearson, 2004:294-302).

Bogenoemde is egter nie die enigste wyses waarop vroue na aanleiding van hul geslag en geslagsrolle benadeel word nie. Daar kan ook gelet word op aspekte wat veral verband hou met seksualiteit, aangesien seksualiteit wel 'n belangrike aspek van geslagsrolle is. Daar bestaan talle wyses waarop die magswanbalans tussen mans en vroue die Afrika-vroue se seksuele-outonomie inperk en die man se seksuelevryheid uitbrei, ten einde mans en vroue se MIV-risiko te verhoog (Gupta, 2000:4-5). Kenners op die gebied van MIV en VIGS soos Me. Manhaewe (2005), hoof van die HIV/AIDS Prevention Group in Bela-Bela, Limpopo en Anti-retrovirale (ARV) programbestuurder, verduidelik dat verskeie aspekte aangespreek kan word in MIV-voorkoming en die verbetering van die lewenskwaliteit van Swart Afrikane met MIV en VIGS. Sy noem dat tradisionele oortuigings en -mites wat die gebruik van anti-retroviralemiddels teenstaan, verander behoort te word, maar dat Swart Afrika-mans se sosialebeheer oor vroue veral aangespreek behoort te word. Takyi (2003:1223) sluit hierby aan deur te verduidelik dat navorsers saamstem dat die VIGS-epidemie in Afrika onderhou word deur 'n komplekse interaksie van sosiale- en kultureleprosesse. Die sosiale aspekte van laasgenoemde prosesse blyk vir die navorser veral deel uit te maak van die belang van geslagsrolle in Afrika-samelewings, terwyl die kultureleprosesse vir die navorser veral verband hou met die invloed daarvan op die vorming van geslagsrolle en die verwagtinge rondom geslagsrolle. Hierdie komplekse interaksie van sosiale- en kultureleprosesse kan in die volgende voorbeeld

soos deur 'n ander kenner op die gebied van MIV en VIGS, Me. Letsoale (2005) van die F. H. Odendaal Hospitaal in Modimole, Limpopo omvat word: “Swart Afrika-vroue is bang vir hul mans/seksmaats en kan dus nie hul MIV-status bekend maak of hul mans se MIV-status bevraagteken nie. Aangesien Afrika-mans nie van kondome gebruik wil maak nie en vroue vrees om hul status bekend te maak, word daar nie deur vroue op kondoomgebruik aangedring nie. Mans maak self ook nie hul MIV-status bekend nie, ten spyte daarvan dat hul bewus mag wees dat hul seksmaats met MIV geïnfekteer kan word”.

Na aanleiding van bogenoemde word die belang van die bestudering van geslagsrolle in Afrika-samelewings wat deur MIV en VIGS gekonfronteer word, meer duidelik. Kulturele en sosiale aspekte kan dus nie apart van geslag, geslagsrolle en MIV en VIGS ondersoek word nie. Orr en Patient (2004:12) konstateer dat daar egter in die afgelope jare 'n groot hoeveelheid energie bestee is daaraan om ‘kultuur’ te beskerm, maar dat hierdie beskerming die buigzaamheid van die groep kan verminder en dus ook die groep se vermoë om te oorleef verminder. Kultuur en tradisies kan dan nie effektief beskerm word teen verandering en inligting nie, en gekoesterde oortuigings sal ontwig word. Verandering is volgens laasgenoemde outeurs die enigste gewaarborgde realiteit, en vereis aanpassing en buigzaamheid. Die navorser is van mening dat hierdie veranderinge in Afrika-samelewings tot groot voordeel van spesifiek Afrika-vroue sal wees, terwyl Afrika-mans ook hierdeur bevoordeel sal word. Die fasilitering van bogenoemde proses waarvan inligting, aanpassing en verandering sentraal sal wees, is vir die navorser aanduidend van die belangrike rol wat die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan in hierdie proses mag speel. Me. Manhaewe (2005) verduidelik byvoorbeeld dat daar van die berader verwag sal word om oor deeglike kennis en insig van die kliënt se kultuur te beskik, om versteekte boodskappe te verstaan en die kliënt werklik te “hoor”. Ten einde laasgenoemde te bereik, is die navorser oortuig dat daar veral van resente kultuurstudies gebruik gemaak behoort te word.

Bogenoemde studies is egter skaars in die veld van maatskaplike werk en waar dit wel bestaan, is dit selde van toepassing op die unieke sosio-ekonomiese- en kultureeldiverse agtergrond van Swart Afrikane in Suid-Afrika. Daar kan byvoorbeeld gekyk word na studies soos die van Tabane (2004) wat fokus op die

Batswana van Botswana. Hierdie studies kan wel benut word wanneer onderlinge-ooreenkomste en -verskille tussen Afrika-kulture in Suidelike Afrika uitgelig wil word en kulturelegebruike, normes en waardes bespreek word waar dit met MIV en VIGS verband hou. Daar kan egter nie gebruik gemaak word van veralgemenings van studies wat buite Suid-Afrika onderneem is nie. Wanneer daar egter gekyk word na antropologiese studies, bestaan daar 'n verskeidenheid omvattende studies rondom siektebegrip onder etniesegroepe in Suid-Afrika soos die van Kriel (1992) en Grobler (1997). Hoewel hierdie studies nie spesifiek verband hou met MIV en VIGS as siekte nie, word daar wel volledige aanbevelings gemaak rondom die behoeftes van siek persone uit spesifieke etniesegroepe in Suid-Afrika. Die belang van kulturelepraktyke, gebruike en oortuigings rondom siekte word ook duidelik in hierdie studies uitgelig.

Die navorser is van mening dat dit nodig mag wees om 'n Suid-Afrikaanse studie vanuit 'n maatskaplikewerkperspektief te onderneem waar belangrike aspekte soos MIV en VIGS, geslag, geslagsrolle en kulturele-invloede gekombineer word. Daar behoort dus gelet te word op laasgenoemde aspekte onder etniesegroepe in Suid-Afrika. Prof. Kriel (2006) van die Departement van Argeologie en Antropologie van die Universiteit van Pretoria, 'n kenner op die gebied van siektebegrip onder etniesegroepe in Suid-Afrika, is egter van mening dat dit nie moontlik is om 'n spesifieke etniesegroep in Suid-Afrika te betrek vir die onderneming van so 'n studie nie. Hy verduidelik dat etniesegroepe in Suid-Afrika tot so 'n mate vermeng het dat daar eerder van taal as wyse vir afbakening gebruik gemaak behoort te word. Kriel (2006) verduidelik verder dat etniesegroepe wat in dieselfde streke voorkom soos byvoorbeeld die Noord-Sotho en Tswana-groepe in die Limpopo Provinsie, geen verskille meer het in kulturelepraktyke en -gebruike nie. Dit sou dus ideaal wees om in die ondersoek na geslagsrolle en MIV en VIGS in Afrika-samelewings in Suid-Afrika, taal te benut as vertrekpunt om spesifieke groepe by so 'n studie te betrek.

Deur die onderneming van bogenoemde studie kan praktiese riglyne ontwikkel word vir hulpverlening aan Swart Suid-Afrikaanse vroue met MIV en VIGS. Laasgenoemde sal verseker dat die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan belangrike slaggate vermy, deurdat kultuursensitiewe hulpverlening gebied kan word aan die hand van 'n volledige raamwerk. Die

volgende dien as voorbeeld van laasgenoemde slaggate waar die komplekse verband tussen geslag en siekte asook sosiale- en kultureleprosesse duidelik na vore tree: Die berader beveel 'n Swart Afrika-vrou aan om veilige seks met haar maat te beoefen nadat 'n MIV-toets getoon het dat die vrou MIV-positief is. Binne hierdie vrou se kulturelekonteks mag dit mishandeling deur haar seksmaat meebring, aangesien die vrou se aanvraag op kondoomgebruik vir die man daarop dui dat sy “in ander mans belangstel” (Schoofs, 1999:3). Dit mag die vrou ook van haar enigste bron van finansiële steun ontnem, aangesien die maat eerder 'n vrou wil hê wat die “gawe van die self” met hom wil deel deur onbeskermd seks (Van Dyk, 2001:121). Hierdie voorbeelde is aanduidend van die belang daarvan om die geslagsrolle van Swart MIV-positiewe Afrika-vroue binne die relevante kulturelekonteks te eksploreer. Daar kan dan na die vrou gekyk word as individuelewese, seksuelewese, huweliksmaat, moeder, versorger, enkelouer en broodwinner, ten einde te verseker dat alle relevante geslagsrolle van die vrou as geslagsgroep hierby ingesluit word.

1.2 Probleemformulering

Studies wat in Suid-Afrika onderneem is toon dat MIV en VIGS en vroue se geslagsrolle en status direk met mekaar verbind kan word (Tallis, 1997:1). Gilbert en Walker (2002:1096) verduidelik die bestaande verskille in gesondheid tussen mans en vroue aan die hand van verdeling van geslag langs 'n “foutlyn”. Geslagsverskille is dus veral vir vroue van belang, aangesien dit impliseer dat die vrou blootgestel word aan ongelykheid en diskriminasie. Waar daar gelet word op geslagsrolle en verhoogde MIV-risiko vir vroue meen Tallis (1997:1) dat die vrou se geslagsrolle ook nie apart van mekaar gesien kan word nie. Daar kan byvoorbeeld nie op die moeder gefokus word, sonder om haar ook as seksuelewese en versorger te sien nie. Hierdie rolle is dus integraal verbind met mekaar.

Die meeste navorsing op hierdie gebied, kan volgens Gilbert en Walker (2002:1096) binne twee hoofbenaderings geplaas word. Die eerste benadering kyk na hoe kultuur die geslagsrolle vorm en dus ook persepsies van gesondheid, beleid en navorsingsvrae beïnvloed. Waar geslagsrolle direk verbind word met geslag, konstateer beide Pearson (2004:294-302) en Gupta (2000:1) dat geslag kultuur-spesifiek gestruktureer is, waar daar merkbare verskille voorkom in wat mans en vroue mag en nie mag doen

nie. Geslagsrolle behoort dus binne die relevante kulturelekonteks ondersoek te word, wat in hierdie studie Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue ingesluit het.

Die tweede benadering soos deur Gilbert en Walker (2002:1096) uitgewys, maak staat op epidemiologiesemetinge van gesondheidstatus, siektesyfers en sterftesyfers. Gilbert en Walker (2002:1096) noem dat dit hoofsaaklik jong vroue in Suid-Afrika is wat ernstig siek word en later sterf as gevolg van MIV en VIGS. Die *South African Health Review* het gedurende 2000 bevind dat een uit elke agt Suid-Afrikaners tussen die ouderdom van 15-49 jaar MIV-positief is (Gilbert & Walker, 2002:1093). Gysels, Pool en Nnalusiba (2002:179) verwys weer na spesifieke Suid-Afrikaanse studies soos in Carletonville, wat aangedui het dat ses uit tien vroue tussen die ouderdom van 20-24 jaar MIV-positief is. Die *Departement van Gesondheid* (2006:12) het ook bevind dat daar vanaf 2004 tot 2005 definitiewe toenames in die MIV-infeksiestoere onder vroue tussen 30-39 jaar voorgekom het. Epidemiologiesedata behoort dus in ag geneem te word waar dit aanduidend is van groter MIV-risiko onder spesifieke groepe in Afrika-samelewings, soos vroue. Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue is dan juis as spesifieke groep by hierdie studie betrek.

Bogenoemde drie punte in die probleemformulering vir hierdie studie, fokus dus eerstens op geslagsrolle en kwesbaarheid vir MIV en VIGS. Tweedens blyk dit dat geslagsrolle nie ondersoek kan word sonder om die kulturele-aspekte wat 'n invloed uitoefen op die vorming van hierdie geslagsrolle en verwagtinge rondom geslagsrolle, in ag te neem nie. Laastens blyk dit dat die vrou as geslagsgroep uitgesonder word, waar Swart vroue in Suid-Afrika meer ernstig deur MIV en VIGS geaffekteer word as enige ander groepe. Daar bestaan egter 'n tekort aan empiriese navorsing rondom bogenoemde aspekte in Suid-Afrika. Die navorser het dus 'n volledige studie onderneem rondom MIV en VIGS en die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou se geslagsrolle binne die Suid-Afrikaanse konteks, ten einde te bepaal watter MIV-verbandhoudende risiko's deur hierdie vroue beleef word. Laasgenoemde mag dit vir die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan moontlik maak om deur middel van kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading meer suksesvolle hulpverlening te bied aan hierdie vroue.

1.3 Doel en doelwitte vir die studie

Hierdie studie het 'n toegepaste navorsingsdoel waar beskrywende navorsing deur die navorser onderneem is. Fouché en De Vos (2005:106) verduidelik dat daar deur middel van beskrywende navorsing 'n beeld van die spesifieke details van 'n situasie, sosiale-omgewing of -verhouding bekom kan word wat fokus op die “hoe” en “waarom” vrae. Die navorser het dus navorsing onderneem om hierdie onderwerp akkuraat te beskryf. Die studie was eksplorasie van aard ten einde 'n omvattende beeld van MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue te bekom, op grond waarvan 'n raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading ontwikkel is. Hierdie raamwerk kan deur die maatskaplike werker, MIV-berader en ander lede van die multidissiplinêrespan benut word tydens hulpverlening aan MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue. Kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading word dus moontlik gemaak deurdat die vrou se kultuur en geslagsrolle en die spesifieke behoeftes wat dit mag impliseer, in ag geneem word. Die opvolgende doel en doelwitte is ingesluit.

1.3.1 Doel van die studie

Fouché en De Vos (2011:94) konstateer dat die doel van 'n studie gesien kan word as die “droom” wat bereik wil word. Die betekenis van “doel” impliseer dikwels die breër meer abstrakte konsep van “iets wat jy beplan om te doen of te bereik”. Die doel van hierdie studie is soos volg:

Om te let op MIV en VIGS en die geslagsrolle van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou in die Limpopo Provinsie, ten einde 'n raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading te ontwikkel.

1.3.2 Doelwitte vir die studie

Volgens Fouché en De Vos (2011:94) is doelwitte aanduidend van die meer konkrete, meetbare en meer spoedigbereikbare konsepte “wat beplan word of bereik wil word”. Doelwitte is die stappe wat realisties op grondvlak een vir een geneem moet word binne 'n bepaalde tyd ten einde die “droom” te bereik. Die volgende doelwitte vir die studie is ingesluit:

- Om deur middel van 'n volledige literatuurstudie ondersoek in te stel na die kulturele-aspekte wat 'n invloed uitoefen op die vorming van geslagsrolle en

verwagtinge rondom geslagsrolle in Afrika, wat aanleiding mag gee tot verhoogde MIV-risiko onder Swart vroue.

- Om deur middel van 'n literatuurstudie MIV en VIGS en die Swart vrou se geslagsrolle in Suid-Afrika te eksplorieer.
- Om na aanleiding van 'n empiriese ondersoek 'n duidelike beeld van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou in die Limpopo Provinsie se beradingsbehoefte te ontwikkel, deur te let op alle relevante geslagsrolle en verbandhoudende kulturele-aspekte wat aanleiding gee tot verhoogde MIV-risiko vir hierdie vroue.
- Om 'n raamwerk te ontwikkel vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading waardeur die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan hulpverlening kan bied aan MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue in Suid-Afrika.

1.4 Navorsingsvraag

Volgens Strydom en Delpont (2005:321) impliseer navorsingsvrae die formulering van spesifieke vrae rondom die onderwerp, en behoort alle vrae verband te hou met die doelstellings en doelwitte van die studie. Die volgende navorsingsvraag is vir hierdie studie in geheel gestel:

- Watter MIV- en VIGS-verbandhoudende risiko's kom voor rondom die geslagsrolle van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende MIV-positiewe vrou in die Limpopo Provinsie?

1.5 Navorsingsbenadering (Kwalitatiewe benadering)

In hierdie studie is daar gebruik gemaak van die kwalitatiewe navorsingsbenadering. Fouché en De Vos (2011:90) verduidelik dat hierdie benadering poog om navorsingsvrae te beantwoord wat 'n meer omvattende insig van die sosialeprobleem sal voorsien deur die intensiewe bestudering van 'n paar mense. Hierdie benadering het die navorser toegelaat om ten spyte van die sensitiewe aard van die studie steeds relevante inligting te versamel. Die volgende karakteristieke van die kwalitatiewe navorsingsbenadering soos deur Fouché en De Vos (2011:90) genoem, was veral relevant in hierdie studie:

- Samestelling van die sosiale realiteit en kulturele betekenis.

- Fokus op interaktiewe prosesse en gebeure.
- Klein aantal gevalle of respondente betrokke.

Die kwalitatiewe navorsingsbenadering het die navorser dus toegelaat om ryk inligting te bekom rondom die daaglikse lewens van Noord-Sotho/Tswana-sprekende MIV-positiewe vroue. Die navorser het 12 respondente op 'n doelgerigte wyse geselekteer vir onderhoudvoering.

1.6 Soort navorsing (Toegepaste navorsing)

Bless en Higson-Smith (2000:38) beskou toegepaste navorsing as die toepassing van basiese navorsingsbevindings op uitdagings in sekere gemeenskappe. Indien 'n navorser se primêre motivering die oplossing van 'n spesifieke probleem is wat deur 'n spesifieke gemeenskap ervaar word, word toegepaste navorsing dus onderneem. Die navorser het deur middel van hierdie studie, 'n omvattende beeld (profiel) van Noord-Sotho/Tswana-sprekende MIV-positiewe vroue se beradingsbehoefte ontwikkel deur te let op hierdie vroue se kultuur-spesifieke geslagsrolle en die verbandhoudende aspekte daarvan. Laasgenoemde sluit die aard van hierdie geslagsrolle sowel as samehangende MIV-risiko vir hierdie vroue as geslagsgroep in. Hierdie profiel is benut om 'n raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading te ontwikkel, wat deur die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan benut kan word in hulpverlening aan Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue met MIV en VIGS.

1.7 Etiese aspekte

Strydom (2002:75) verduidelik dat sover dit maatskaplikewerknavorsing aangaan, daar geen spesifieke etiese kode in Suid-Afrika bestaan nie. Die algemene *Ethical Code of the South African Council for Social Service Professions* (1986) word egter as bindend vir maatskaplikewerknavorsing beskou. Etiese word dan deur Strydom (2002:63) omskryf as die morele beginsels wat voorgestel word deur 'n individu of groep, wat wyd aanvaar word en reëls bied vir die verwagte gedrag ten opsigte van die mees korrekte optrede teenoor respondente, werkgewers, ander navorsers, assistente en studente. Bogenoemde outeur noem egter dat ten spyte van die bestaan van etieseriglyne en -komitees, die finale verantwoordelikheid vir etiese optrede

steeds dié van die navorser bly. Die navorser was onderhewig aan goedkeuring vir hierdie studie vanaf die Navorsingsvoorstelpaneel van die Departement van Maatskaplike Werk en Kriminologie (Universiteit van Pretoria), asook die Navorsingsvoorstel en Etiekkomitee van die Fakulteit van Geesteswetenskappe (Universiteit van Pretoria).

In geval van hierdie studie, het die navorser verskeie etiese verpligtinge onderhou, aangesien die onderwerp van MIV en VIGS 'n sensitiewe onderwerp is en stigmatisering van persone met MIV en VIGS steeds in Suid-Afrika voorkom. Etiese kwessies wat van toepassing was in hierdie studie word vervolgens bespreek.

1.7.1 Skade teenoor respondente

Volgens Strydom (2002:64) behoort die navorser die respondente wat deelneem aan die studie te alle tye teen enige fisieke- of emosionele skade of ongemak te beskerm, deur kwesbare respondente vooraf te identifiseer en nie by die studie in te sluit nie, en deur respondente vooraf deeglik in te lig van die impak van die studie en respondente dus die geleentheid te bied om uit die studie te onttrek. In geval van die hierdie studie was die navorser deeglik bewus van fisieke ongemak wat deur pasiënte met MIV en VIGS beleef word en is respondente geleentheid gegun om te rus, water te drink of badkamer toe te gaan. Sommige kliënte het 'n kort pouse van 15-20 minute geneem voordat onderhoudvoering hervat is. Laasgenoemde ongemak is egter nie deur die studie meegebring of geïntensifiseer nie. Die navorser het ook nie pasiënte wat duidelik te siek was om die onderhoud te voltooi, by die studie ingesluit nie. Daar is van personeel van die betrokke nie-regeringsorganisasies se oordeel gebruik gemaak om die navorser hiermee by te staan. Die navorser het verder enige onnodige sensitiewe vrae waar moontlik vermy, aangesien die onderwerp opsigself reeds sensitief was. Deur goeie beplanning van die navorsingsprosedures asook 'n duidelik en goed uiteengesette onderhoudskedule, het die navorser gepoog om moontlike onvoorsiene skade te voorkom. Laasgenoemde beplanning het ingesluit dat indien enige respondent enige mate van emosionele skade mag ervaar, daar daadwerklike hulpverlening beskikbaar sou wees deur een van die maatskaplike werkers/MIV-beraders verbonde aan die betrokke nie-regeringsorganisasies. Geen respondente het

egter gevoel dat hul enige emosionele skade opgedoen het of berading benodig het nie. Ontlonting is wel na afloop van elke onderhoud deur die navorser gedoen.

1.7.2 Ingeligte toestemming

Strydom (2002:65) is van mening dat ingeligte toestemming impliseer dat genoegsame inligting ten opsigte van die doel van die studie, die prosedures wat gedurende die ondersoek gevolg sal word, moontlike voor- en nadele van die studie, gevare waaraan die respondent blootgestel kan word, asook die geloofwaardigheid van die navorser self aan die respondent oorgedra behoort te word. In geval van hierdie studie het die navorser gebruik gemaak van 'n vorm van ingeligte toestemming wat alle bogenoemde aspekte ingesluit het en ook genoem het dat alle onderhoude op audioband geneem sal word. Die vorm vir ingeligte toestemming was in respondente se moedertaal (Sepedi) beskikbaar ten einde enige moontlike verwarring te voorkom. Die vorm vir ingeligte toestemming is deur beide die navorser en die respondent onderteken. Hierdie vorm kon slegs onderteken word deur 'n respondent wat 18 jaar of ouer was. Die navorser het die vorm vir ingeligte toestemming saam met elke respondent deurgegaan voordat dit onderteken is en seker gemaak dat respondente se vrae en onsekerhede hanteer is. Laasgenoemde was veral van belang waar respondente semi-geletterd was. Die vorm vir ingeligte toestemming het dit ook duidelik gemaak dat respondente enige tyd uit die studie mag onttrek. Die respondent is van 'n afskrif van hierdie vorm voorsien ten einde enige misverstande rondom die studie uit die weg te ruim.

1.7.3 Misleiding van respondente

Corey, Corey en Callanan (1993:230) konstateer dat misleiding van respondente dui op die weerhouding van inligting of die oordra van foutiewe inligting, ten einde respondente se deelname te verseker, waar respondente andersins deelname sou weier. In hierdie studie is alle relevante inligting aan respondente oorgedra, deurdat die navorser die doel van die studie eerstens aan respondente bekend gemaak het voordat die vorm vir ingeligte toestemming onderteken is. Die funksie van respondente se deelname aan die studie is ook aan hul oorgedra, aangesien geen aspek van hierdie ondersoek versteekte motiewe gehad het nie. Respondente is verseker dat hul ervaring van die ondersoek geen negatiewe gevolge vir hul sou inhou nie. Daar is van

bereidwillige respondente verwag om 'n onderhoud te voltooi wat op oudioband geneem is. Daar was verder by elk van die drie nie-regeringsorganisasies 'n tolk beskikbaar, ten einde te verseker dat alle respondente deeglik bewus was van die doel van die studie en die funksie van hul deelname. Die tolk is slegs een keer benut vir 'n respondent wat nie Afrikaans of Engels magtig was nie.

1.7.4 Oortreding van privaatheid, konfidensialiteit en anonimiteit

Strydom (2002:67) verduidelik dat privaatheid dui op die individu se reg om te besluit wanneer, waar, hoe, aan wie en tot watter mate haar gedrag, houdings en oortuigings openbaar gemaak sal word. In geval van hierdie studie het die navorser nie gebruik gemaak van 'n versteekte kamera, versteekte mikrofoon of eenrigtingspieël waarvan respondente nie bewus was nie. Respondente is ingelig rondom alle aspekte wat verband hou met onderhoudvoering en die gebruik van 'n oudiobandopnemer. Geen ander meetinstrumente waarvan respondente onbewus was, is benut nie. Bogenoemde outeur verwys na konfidensialiteit as die vertroulike hantering van inligting. Die navorser het respondente verseker dat versamelde inligting slegs deur die navorser, haar promotor en die Centre for Language Development (Universiteit van Pretoria) hanteer sal word (indien nodig). Respondente is verder ingelig dat dié studie as (D.Phil) proefskrif in die Akademiese Inligtingsentrum van die Universiteit van Pretoria beskikbaar sal wees en dat daar ook twee artikels vir geakkrediteerde joernale deur die navorser en haar promotor as mede-outeur geskryf sal word. Respondente waarmee onderhoude gevoer is, is geleentheid gebied om slegs 'n voornaam te gebruik en die navorser het skuilname in die finale verslag gebruik.

1.7.5 Optrede en bevoegdheid/bekwaamheid van die navorser

Strydom (2002:69) verduidelik dat optrede en bevoegdheid/bekwaamheid van die navorser impliseer dat die navorser eties verplig is om te verseker dat sy oor die nodige vaardighede beskik om die beplande studie uit te voer. Die navorser het gebruik gemaak van 'n volledige literatuurstudie, praktykervaring, kenners op die gebied, vorige navorsing wat onderneem is, asook goeie beplanning van die studie en die leiding van haar promotor om te verseker dat sy oor die nodige kennis en vaardighede beskik vir die uitvoering van die studie. Die navorser het verder beide haar mini-skripsie vir BA(MW) en MA-verhandeling rondom die onderwerp van

Afrika-vroue en MIV en VIGS, met lof aan die Universiteit van Pretoria behaal, en het dus oor die nodige navorsingskundigheid en -ervaring vir die onderneming van hierdie studie beskik. Kwalitatiewe inligtingversameling het egter vereis dat die navorser vir die onderneming van een van die 12 onderhoude vir hierdie studie van 'n tolk gebruik gemaak het wat die respondent se taal magtig was. Die tolk was 'n opgeleide maatskaplike werker en deeglik bewus van alle etiese sowel as praktiese implikasies in die uitvoering van die studie. Die navorser self moes verseker dat sy oor goeie onderhoudvoeringstegnieke beskik ten einde onderhoudvoering glad te laat verloop en die nodige inligting te versamel. Deeglike voorbereiding het aanleiding gegee tot 'n suksesvolle voorondersoek en dataversameling gedurende die hoofstudie.

1.7.6 Publisering van bevindings

Strydom (2002:72) is van mening dat die finale verslag vir hierdie studie so akkuraat, objektief en ondubbelsinnig as moontlik oorgedra moet word. Dit is verder van belang dat die navorser ten alle tye die nodige erkenning gee aan die werk van ander outeurs wat deur die navorser benut word. Die navorser het gepoog om die resultate van hierdie studie op 'n duidelike en insiggewende wyse oor te dra aan die lesende publiek. Laasgenoemde is van belang waar die navorser 'n raamwerk vir kultuursensitiewe berading ontwikkel het wat deur maatskaplike werkers en ander lede van die multidissiplinêrespan, wat ook in afgeleë- en plattelandsegebiede lekeberaders mag insluit, benut kan word in hulpverlening aan Noord-Sotho/Tswana-sprekende MIV-positiewe vroue. Verder het die navorser sistematies te werk gegaan ten einde alle bronne wat benut is in die onderneming van hierdie studie voldoende te erken en korrek aan te haal. Data wat met behulp van 'n tolk versamel is, is so akkuraat moontlik getranskribeer en benut.

1.7.7 Samevatting- of inligtingsessie vir respondente

Strydom (2002:73) verduidelik dat respondente 'n geleentheid gegun behoort te word om die navorsingservaring en die gevolge daarvan te bespreek. Hierdie ervaring behoort ook as 'n leerervaring gesien te word en die diens wat daardeur aan die gemeenskap oorgedra word is van groot belang. Die navorser sal aan die einde van die studie 'n nuusbrief saamstel wat 'n bondige samevatting van die belangrikste resultate van die studie is en ook die waarde en voordeel wat hierdie studie moontlik

inhou, uitlig. Hierdie nuusbrief sal by die betrokke nie-regeringsorganisasies se wagareas gelaat word vir respondente wat die onderhoude voltooi het. Die navorser sal haar eie kontakbesonderhede op die nuusbrief aanbring indien enige respondente die navorsingservaring en enige gevolge daarvan met die navorser wil bespreek.

1.8 Definisies van hoofkonsepte

1.8.1 Geslagsrolle

Geslagsrolle kan gesien word as 'n stel van gedragspatrone, houdings en persoonlikheidskarakteristieke wat stereotipies waargeneem word as manlik of vroulik binne 'n kultuur (Colman, 2003:300). Schaefer (1989:107) konstateer dat geslagsrolle verwys na die verwagtinge aangaande gepaste gedrag, houdings en aktiwiteite van mans en vroue. In die literatuurstudie vir hierdie studie is daar gelet op geslagsrolle van Swart vroue in Afrika in die algemeen, ten einde gedragspatrone/houdings/aktiwiteite en die samehangende MIV-risiko te ondersoek. Die steekproef vir hierdie studie het egter Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue ingesluit en gedragspatrone/houdings/aktiwiteite van hierdie spesifieke groep en die samehangende MIV-risiko's is ondersoek.

1.8.2 MIV/HIV

Die *Menslike immunoglobreksvirus* (MIV) behoort aan 'n subgroep van retrovirusse genaamd *lentivirusse* wat beteken *stadige virusse* aangesien dit dikwels veroorsaak dat siekte baie stadig voorkom (Fan, Conner en Villarreal, 1996:64). Die menslike immunoglobreksvirus infekteer immuunselle, hoofsaaklik T-helperselle met CD4 oppervlakreseptore waaraan die virus kan heg (Greeson, Hurwitz, Llabre, Schneiderman, Penedo & Klimas, 2008:901). Whiteside en Sunter (2000:7) noem dat hierdie selle waarmee MIV bind, spesifiek binne die immuunsisteem, wat die mens se liggaam teen infeksies beskerm gevind word. Hierdie selle wat deur die virus aangeval word staan bekend as CD4+ helperselle en T-Limfosiete. Die MI-virus verswak die liggaam se immuunsisteem tot so mate dat dit nie meer siekteveroorakende agente wat die immuunsisteem konstant aanval, kan beveg nie (Van Dyk, 2008:4).

Dit wil vir die navorser voorkom dat die liggaam geïnfekteer word deur 'n retrovirus, wat die mens se immuunsisteem aanval en stadig begin verswak. Na aanleiding van laasgenoemde is die mens vatbaar vir verskeie siektetoestande wat uiteindelik aanleiding gee tot VIGS en sterfte.

1.8.3 Maatskaplike werker (MIV-berader)

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

Die maatskaplike werker kan gesien word as 'n opgeleide en professionele persoon wat dienste lewer aan persone waar daar die behoefte bestaan aan verbeterde maatskaplike funksionering. In geval van hierdie studie sou die maatskaplike werker ook gesien kan word as 'n professionele MIV-berader wat gesinne en individue met MIV en VIGS bystaan, deur die behoeftes en probleme wat deur MIV en VIGS veroorsaak word, aan te spreek. Waar daar in hierdie studie na die berader verwys word is dit aanduidend van die maatskaplike werker in bogenoemde rol as MIV-berader.

1.8.4 Noord-Sotho/Tswana-kultuur (Afrika-kultuur)

Waar daar in hierdie studie verwys word na Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue is dit van belang om hierdie groep se kulturele-agtergrond in ag te neem. Die *Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk* (1997:36) verduidelik dat kultuur gesien kan word as die sisteem wat kennis, oortuigings, kuns, sedes, reg, gebruike en enige ander bekwaamhede en gewoontes insluit wat deur lede van die samelewing gedeel word. In hierdie geval word daar verwys na die Afrika-samelewing en word samelewing gesien as 'n breë groepering van mense met kenmerkende maatskaplike verhoudinge, onderskeidende instellings en kollektiewe bedrywighede en -belange (*Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk*, 1997:58). Matsumoto (2003:90) se definisie van

kultuur is meer bondig van aard en die kultuur van 'n groep mense word beskryf as die konsensuele karakterisering van 'n groep se houdings, waardes, oortuigings, opinies, gedrag en norme wat gevorm word deur 'n wedersydse proses van onderlinge beïnvloeding.

Vir die doeleindes van hierdie studie verwys die term Afrika-kultuur na kulture wat regoor Afrika gevind word, hoewel daar gespesifiseer sal word wanneer daar na 'n spesifieke groep binne die Afrika-kultuur verwys word. Wanneer daar verwys word na die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou impliseer dit egter die kultuur van vroue in Limpopo Provinsie wat uit drie soortgelyke etniesegroepe bestaan naamlik die Tsonga, Venda en Noord-Sotho. Daar sal dus gekyk word na die onderhouding van 'n spesifieke wyse waarop bogenoemde groepe wat in Afrika gevind word, na die wêreld rondom hulle kyk, die wêreld benader en die gebeure binne dié wêreld interpreteer en daarop reageer. Laasgenoemde geskied na gelang van sekere houdings, waardes, oortuigings, opinies, gedrag en norme wat onderhou word deur hierdie groepe.

1.8.5 Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou (Afrika-vrou)

Wanneer daar verwys word na die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou is dit nodig om eerstens te let op *geslag* waar 'n vrou tipies beskou word as 'n persoon met vroulike geslagstrekke wat bepaal word na aanleiding van die geslagchromosome. In geval van 'n vrou kom daar twee X-chromosome voor wat spesifieke gene bevat om aan die vrou sekere geslagstrekke te voorsien waarvolgens die persoon dan geïdentifiseer word as vroulik (*Mediese Woordeboek*, 2001:196). Ten einde die term *Afrika-vrou*, wat ook vir die doeleindes van hierdie studie as *Afrikaan* beskou word te omskryf, kan daar gelet word op die term *rassegroep* wat dui op die opvallende fisieke verskille tussen twee rasse (Schaefer, 1989:266). In hierdie geval sal die Afrikaan 'n persoon wees wat oorspronklik afkomstig is vanuit Afrika en dus gekenmerk word aan 'n donker vel en ander samehangende karaktertrekke wat duidelik verskil van rasse afkomstig uit Europa. Daar kan verder gelet word op die term *etniesegroep* wat volgens Schaefer (1989:266) verband hou met die spesifieke kultuurpatrone wat van etniesegroep tot -groep verskil. In die literatuurstudie vir hierdie studie sal daar na beide Swart vroue en mans verwys word as Afrikane/die Afrika-vrou/die Afrika-man. Daar sal egter spesifiek verwys word na Afrika-vroue as

Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue waar dit relevant is in hierdie studie, en laasgenoemde sal verwys na Swart vroulike persone wat aan 'n spesifieke Suid-Afrikaanse etniesegroep (Tsonga, Venda of Noord-Sotho) behoort.

1.8.6 VIGS/AIDS

Fan *et al.* (1996:3) konstateer dat *verworwe immunogebreksindroom* (VIGS) veroorsaak word deur MIV. Whiteside en Sunter (2000:1) verduidelik VIGS soos volg:

- “V” dui op **verworwe**– Dit beteken dat die virus nie versprei word deur terloopse kontak soos met griep of waterpokkies nie. Ten einde geïnfekteer te word is dit nodig vir die persoon om iets te doen of iets aangedoen te word waardeur die persoon aan die virus blootgestel word.
- “I” en “G” dui op **immunogebrek**– Die virus val die persoon se immuunsisteem aan en veroorsaak dat die immuunsisteem se vermoë om infeksies af te weer, verswak. Die immuunsisteem word dus gebrekkig.
- “S” dui op **sindroom**– VIGS is nie 'n enkele siekte nie, maar kom voor as 'n verskeidenheid van siektes wat aanvang neem soos wat die immuunsisteem verswak. Daarom word dit gesien as 'n sindroom.

Die vraag kan ontstaan, wanneer kom VIGS dan werklik voor? Oppertunistiese siektes, infeksies en sekere kankers kom voor, wat elk op sy eie oor die vermoë beskik om die geïnfekteerde persoon se dood te veroorsaak in die finale fases van die siekte (Van Dyk, 2008:4). Volgens Hoffman (1996:14) bestaan daar sekere VIGS-indikatore soos *Kaposi's sarcoma*, *pneumocystis pneumonie*, *indringende servikale kanker* en *tuberkulose*, wat 'n aanduiding is dat VIGS wel voorkom. Hierdie indikatore hou verband met die CD4+ seltelling, aangesien 'n seltelling laer as 200 selle per mikro liter bloed, die voorkoms van bogenoemde infeksies impliseer. Nye en Parkin (1994:5) meen dat soveel as een uit elke tien CD4+ selle per milliliter bloed gedurende die voorkoms van VIGS geïnfekteer is.

Dit blyk dat VIGS 'n lewensgevaarlike sindroom is wat veroorsaak word deur die MI-virus en voorkom wanneer die immuunsisteem so verswak het dat ernstige siektes wat

as VIGS-indikatore bekend staan, aanvang neem en aanleiding gee tot totale verswakking van die liggaam, wat uiteindelik sterfte veroorsaak.

1.9 Beperkings van die studie

Beperkings wat in hierdie studie ervaar is, sluit die volgende in:

- Die navorser het probleme ervaar met die aard van die onderhoudskedule, waar die Etiekkomitee van die Fakulteit Geesteswetenskappe (Universiteit van Pretoria) van mening was dat die vrae te sensitief en persoonlik is. Die onderhoudskedule is dus verskeie kere aangepas en die empiriese studie het later aanvang geneem as wat beplan was.
- Na aanleiding van die aanpassing in die onderhoudskedule het die vooronderzoek getoon dat die navorser nie die inligting versamel wat benodig word vir hierdie studie nie. Respondente het met kort en bondige antwoorde reageer op die vrae, en die navorser kon nie die ryk inligting bekom wat benodig was vir hierdie studie nie. Die navorser het dus nodig gehad om weer aanpassings te maak aan die onderhoudskedule.
- Onderhoudvoering was 'n tydsame proses waar respondente pouses kon neem indien hul uitgeput was, badkamer toe kon gaan ensomeer. Laasgenoemde het aanleiding gegee daartoe dat onderhoudvoering so lank as twee ure kon duur. Om al die onderhoude vir die hoofonderzoek te voltooi was dus tydrowend.
- Nadat respondente vir die studie doelgerig geselekteer is, is daar afsprake met elke respondent gemaak vir wanneer onderhoude sou plaasvind. Een van die oorspronklike 12 respondente wat vir hierdie studie geselekteer was, het egter siek geword en kon nie meer die onderhoud onderneem nie. Laasgenoemde het veroorsaak dat die navorser 'n tweede keer na die betrokke nie-regeringsorganisasies tussen Vivo en Alldays moes gaan om 'n ander respondent te selekteer. Ekstra tyd en onkoste is dus bestee.
- Nog 'n respondent wat siek geword het tydens onderneming van die studie het die navorser gekontak om te noem dat sy graag aan die studie wil deelneem, maar dat die navorser haar tuis moet kom besoek vir onderhoudvoering, wat toe wel gedoen is.
- Die navorser moes 'n lys ontwikkel van uitdrukkings wat deur respondente gebruik word in hul kultuur. Die navorser moes deurentyd gedurende onderhoudvoering

met die respondent klarifiseer wat hierdie uitdrukkings beteken, byvoorbeeld “She is running” verwys na ’n vrou wat promisku is. Die navorser moes dus daarop let om as buitestaander ten opsigte van die respondent se kultuur, hierdie uitdrukkings te identifiseer ten einde tydens transkribering bewus te wees van wat elke uitdrukking beteken.

- Aangesien die studie in Afrikaans onderneem is kon die *Turnitin*-program van die Universiteit van Pretoria (UP) wat plagiaat by studente ondersoek, nie benut word nie. Die navorser het egter erkenning gegee aan alle outeurs en bronne wat benut is. Daar word verder beplan om hierdie studie ook later in Engels beskikbaar te stel.
- Die aard en grootte van die steekproef vir hierdie studie het aanleiding gegee daartoe dat die transkribering en verwerking van inligting ’n intense proses was vir die navorser en ongeveer ’n jaar geduur het. Die navorser het die transkribering van die onderhoude self onderneem ten einde reeds patrone en temas te identifiseer, soos wat daar getranskribeer word. Die transkribering en verwerking van inligting het veroorsaak dat die studie nie voltooi is in die tydperk wat die navorser beplan het nie. Verder het die aard en grootte van die steekproef aanleiding gegee daartoe dat groot hoeveelhede inligting versamel is wat nie noodwendig in die studie gebruik is nie, aangesien dit uitgebrei was en die navorsingsverslag verder sou verleng.
- Die keuse van semi-gestruktureerde onderhoudvoering met ’n onderhoudskedule het verskeie uitdagings vir die navorser gestel. Die navorser moes eerstens besluit hoeveel afwyking deur respondente toelaatbaar was, aangesien die vooronderzoek reeds getoon het dat een vraag aan die respondent aanleiding mag gee tot die vertel van haar hele lewensverhaal of ervaring, maar die respondent nie gereed was om die sensitiewe details daarvan met die navorser te deel nie. Onder laasgenoemde omstandighede moes die navorser die respondent terug lei na die onderhoudskedule, aangesien die spesifieke onderwerp later volledig aangeraak sou word en gedetailleerde en sensitiewe inligting later daarvoor benodig sou word, en dus nie aan die begin van die onderhoud al aangespreek wou word nie. Die navorser wou dus herhaling voorkom, maar ook aan respondente geleentheid gun om meer algemene vrae te beantwoord ten einde later in die onderhoud gemaklik te voel om uiters sensitiewe vrae met meer gemak te kan beantwoord.

- Die ontwikkeling van slegs een raamwerk vir kultuursensitiewe MIV en VIGS-berading vir die hele multidisiplinêrespan het ook sekere uitdagings aan die navorser gestel. Die navorser moes in ag neem dat sekere lede van die multidisiplinêrespan 'n sterker mediese-, terapeutiese- of maatskaplike agtergrond sou hê. Die navorser het dus gepoog om ten spyte van die verskillende lede van die multidisiplinêrespan se professionele agtergrond, 'n beeld oor te dra van die kompleksiteit van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou se geslagsrolle en die uitdagings wat hierdie geslagsrolle in haar daaglikse lewe mag stel. Die navorser moes verder in ag neem dat sommige lede van die multidisiplinêrespan as gevolg van hul opleiding ook meer vaardige beraders sou wees as ander. Hierdie kwessie is meer volledig aangespreek onder die aanbevelings aan die einde van hierdie studie.

1.10 Die navorsingservaring

Zerwekh, SmithBattle, Diekemper en Drake (2000:36) noem dat die menslike ervaring daarvan om kwalitatiewe navorsing te onderneem agtergelaat word in die skryf van byvoorbeeld joernaal artikels vir publiserings. Die onvertelde stories van die navorser se ervaring sluit die etiese-, intellektuele- en emosionele uitdagings asook vreugdes in die versameling, interpretering en skryf van die navorsing in. Onder hierdie afdeling beskryf die navorser kortliks haar navorsingservaring.

Diemert Moch (2000:7) noem dat die navorser se ervaring as kwalitatiewe navorser 'n bron van groot refleksie, innerlike stryd en etiese bevraagtekening mag wees. Die navorser moes in die uitvoering van hierdie studie as maatskaplike navorser veral haar rolle as maatskaplike werker versus navorser oorweeg. Die navorser het gevoel dat hierdie rolle in kwalitatiewe navorsing sterk verband hou met mekaar en nie sondermeer geskei kon word nie. Dit was egter van belang dat die navorser se opleiding as maatskaplike werker nie haar rol as navorser benadeel nie, maar eerder versterk. As gevolg van die inhoud van die onderhoudskedule het respondente dikwels van die geleentheid gebruik gemaak om aspekte van hul lewens te bespreek wat nie direk verband gehou het met die onderhoudskedule en onderwerp van die studie nie. Aspekte soos verkragting of geweld deur 'n intieme maat het dikwels gepaard gegaan met die kliënt se weergawe van haar lewensgeskiedenis, wat nie

noodwendig by die studie ingesluit wou word nie. Die navorser het nodig gehad om op 'n sensitiewe en empatiese wyse die onderhoud weer terug te lei met vrae wat verband hou met die onderhoudskedule en onderwerp van die studie, sonder om die kliënt se behoefte na die erkenning van haar gevoelens en gebeure in haar lewe te ontken.

Pithouse (1996:89) noem dat die realiteit van gesinsprobleme waar seksuele molestering, geweld, emosionele- en fisieke verwaarloosing en ouerlike ontoereikendheid daadwerklik aangespreek moet word deur die maatskaplike werker ten einde kinders te beskerm en indien moontlik, gesinne se stabiliteit te herstel, selde roetine of voorspelbare gebeure word vir maatskaplike werkers. As maatskaplike navorser het die navorser egter soortgelyke behoeftes en probleme verwag na aanleiding van die aard van die onderhoudskedule en was die navorser dus daarop voorberei. Hierdie probleme en behoeftes het egter in respondente se verlede voorgekom en die navorser was verder verseker van die beskikbaarheid van opgeleide maatskaplike werkers en MIV-beraders by die betrokke nie-regeringsorganisasie waar navorsing onderneem is, indien verwysing van die respondent nodig was. Die navorser kon dus meestal fokus op haar rol as navorser. Sommige respondente het egter aspekte van hul lewens met die navorser bespreek wat voorheen nog nooit met die respondent se MIV-berader, vriende of familie bespreek is nie. Die navorser moes dus empaties en ondersteunend optree en van haar vaardighede as maatskaplike werker gebruik maak, terwyl die navorser se rol as onderhoudvoerder soms vir 'n paar minute opsy geskuif moes word. Laasgenoemde het bygedra tot die verlenging van onderhoude. Zerwekh *et al.* (2000:37) noem egter dat die vertel van stories deur die respondent, die respondent 'n gevoel gee dat hy of sy bekragtig en erken word. Die eksplorering van moeilike ervarings mag die respondent ook help om nuwe perspektief te bekom en bemagtig te voel. Die navorser voel dus dat respondente in hierdie studie dan ook toegelaat is om bekragtig en erken te word. Respondente het die onderhoudvoeringsproses meestal as positief beleef en aan die navorser genoem dat hul verlig gevoel het om sekere sensitiewe en persoonlike aspekte van hul lewens vir die eerste keer openlik te kon bespreek. Ander respondente het genoem dat hul verligting ervaar het om aspekte wat vir lank geheim gehou is openlik te kan bespreek. Nog 'n respondent het genoem dat sy die onderhoud as 'n lang beradingsessie beleef het.

Simmons, Gates en Thompson (2000:83) beskryf die rol van die kwalitatiewe navorser as die van kommentator van die realiteit waardeur die beskrywing van die verteenwoordiging van realiteit vergroot of uitgelig word deur die navorser se bewustheid van sy of haar posisie in die wêreld. Hierdie posisie sluit ooreenkomste en verskille met ander in hierdie wêreld in. Hoe hierdie ooreenkomste en verskille herken en rapporteer word is die kern tot die prosesering van die realiteit. Die navorser was vooraf goed voorberei op hierdie moontlike verskille en ooreenkomste deur die onderneming van 'n volledige literatuurstudie. Die realiteite van respondente se ervarings, probleme en behoeftes in hul daaglikse lewens het egter dramatiese verskil van die wêreld waarin die navorser haarself bevind, wat dit vir die navorser moontlik gemaak het om die realiteit van respondente se lewens meer objektief te herken, rapporteer en prosesseer. Laasgenoemde het veral verband gehou met die navorser wat hierdie realiteite van respondente se lewens as buitestaander, veral wat kultuur aanbetref waargeneem het en as navorser kon rapporteer en prosesseer.

'n Ander belangrike aspek wat 'n rol gespeel het in die navorsingservaring was beide die navorser en respondente se geslag. Simmons *et al.* (2000:85) konstateer dat geslag 'n dinamiese konsep is in die navorsingsveld. Die navorser is van mening dat aangesien beide die navorser sowel as respondente vroulik was, die navorser meer ondersteunend en empaties kon optree waar spesifieke ervarings met die navorser gedeel is soos byvoorbeeld verkragting van respondente. Die navorser is nie seker of hierdie vroulike respondente so openlik sou kon gesels oor hierdie tipe ervarings indien die navorser manlik was nie. Verder kon respondente vele negatiewe ervaring rondom hul mans of seksmaats met die navorser deel soos mishandeling, verlating, mans se negatiewe gedrag ensomeer, wat moontlik terug gehou sou word van 'n manlike navorser ten einde nie te voel dat hul die manlike geslag beledig of met disrespek behandel vanuit respondente se kulturele oogpunt nie. Die belang van die onderhoudvoerder se geslag word juis deur Welman, Kruger en Mitchell (2005:200) aangedui waar daar genoem word dat die geslag van die onderhoudvoerder 'n diepgaande invloed op die onderhoud sal uitoefen, aangesien elke onderhoud altyd sal plaasvind binne die spesifieke kulturele grense van 'n gemeenskap waar manlike identiteite meestal verskil van vroulike identiteite.

1.11 Indeling van die navorsingsverslag

Hoofstuk 1	Algemene inleiding
Hoofstuk 2	Literatuurstudie (MIV en VIGS as medieseverskynsel en beradingsaspekte wat daarmee verband hou)
Hoofstuk 3	Literatuurstudie (Die Afrika-kultuur en geslagsrolvorming)
Hoofstuk 4	Literatuurstudie (Die Afrika-vrou in haar rol as individuelewese)
Hoofstuk 5	Literatuurstudie (Die Afrika-vrou in haar rolle as seksuelewese en huweliksmaat)
Hoofstuk 6	Literatuurstudie (Die Afrika-vrou in haar rolle as moeder en versorger)
Hoofstuk 7	Literatuurstudie (Die Afrika-vrou in haar rolle as enkelouer en broodwinner)
Hoofstuk 8	Navorsingsontwerp en -metodologie
Hoofstuk 9	Empiriese bevindings
Hoofstuk 10	Raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading
Hoofstuk 11	Samevatting, gevolgtrekkings en aanbevelings

1.12 Samevatting

Die inleiding vir hierdie hoofstuk het daarop gelet dat MIV vinnig in Suid-Afrika versprei het oor die afgelope dekades, en dat veral vroue daardeur geaffekteer word. Die ondersoek na vroue as geslagsgroepe en hul geslagsrolle binne die relevante kulturelekonteks mag nuwe inligting en kennis meebring waardeur MIV-verbandhoudende risiko's en probleme aangespreek kan word. In hierdie hoofstuk wat dien as algemene inleiding is daar dan gelet op die volgende belangrike aspekte: probleemformulering, die doel en doelwitte vir die studie, die navorsingsvraag, die navorsingsbenadering, die soort navorsing, etiese aspekte wat van belang was vir hierdie studie, definisies van hoofkonsepte, beperkings van die studie en die indeling van die navorsingsverslag. Daar word in die opvolgende hoofstuk eerstens gelet op MIV en VIGS as medieseverskynsel en beradingsaspekte wat daarmee verband hou.

HOOFSTUK 2

MIV en VIGS as medieseverskynsel en beradingsaspekte wat daarmee verband hou

2.1 Inleiding

Gouws en Abdool Karim (2010:55) konstateer dat data wat oor die afgelope aantal jare versamel is, toon dat die MIV- en VIGS-epidemie besig is om af te plat. Dit is 'n effek wat nie weens intervensie voorkom nie, maar eenvoudig die natuurlike versadiging van die epidemie reflekteer. Ncama *et al.* (2008:1758) noem dat daar na raming ongeveer 5.54 miljoen persone met MIV en VIGS in Suid-Afrika is en dat hierdie syfers na skatting soveel as 6.2 miljoen mense kan insluit. Wat ouderdom aanbetref is daar meer as vier MIV-positiewe vroue vir elke MIV-positiewe man in die ouderdomsgroep van 15-24 jaar. Gedurende 2006 was daar ongeveer 700 000 individue wat aan die kriteria vir anti-retroviralebehandeling voldoen het, terwyl slegs 225 000 hierby gebaat het. Volgens Shawn, Campbell, Mnuguni, Defilippi en Williams (2005:12) hou hierdie syfers 'n belangrike uitdaging in vir die gesondheidsdienssisteem van Suid-Afrika, veral omdat die volle impak van die epidemie nog voorlê. Die las van MIV-verbandhoudende siekte op die Suid-Afrikaanse samelewing sal geleidelik toeneem oor die komende dekades soos wat persone wat tans met MIV geïnfekteer is in toenemende getalle siek word. Die meerderheid MIV-geïnfekteerde Suid-Afrikaners het egter nie toegang tot anti-retroviralebehandeling, wat die verloop van die epidemie in meer welvarende gebiede van die wêreld verander het nie.

Makoae, Seboni, Molosiwa, Moleko, Human, Sukati en Holzemer (2005:22) konstateer dat MIV en VIGS groot fisieke- en psigologiese uitdagings stel vir persone wat geïnfekteer is sowel as hul vir gesinne en gesondheidswerkers. Die las van siekte gaan dikwels ook gepaard met ander faktore soos die omsien na kinders, versorging van 'n MIV-positiewe maat, om 'n inkomste te verdien, vrees vir bekendmaking, stigma rondom MIV en VIGS asook diskriminasie en armoede. Daar word dan vervolgens gelet op belangrike mediese- en beradingsaspekte van MIV en VIGS.

2.2 Lys van mediese terminologie

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

Antigeen: Enige stof wat deur die liggaam beskou word as vreemd of potensieel gevaarlik en waarteen die liggaam 'n teenliggaam vervaardig (*Mediese Woordeboek*, 2001:31).

CD4(Cluster of Differentiation): 'n Soort witbloedsel (ook bekend as T4/T-helperselle wat hoofsaaklik helperselle is) wat uitgesonder word vir aanval deur MIV, aangesien CD4-selle sekere reseptore aan die oppervlak bevat waaraan die virus homself kan heg (Thomas en Lipman, 1997:10).

CD4-seltelling: Die telling wat aandui tot watter mate die immuunsisteem aangeraak is deur MIV. Dit gee 'n indikasie van die fase van MIV-infeksie wat die pasiënt bereik het en is ook die beste aanduiding van die risiko vir opportunistiese infeksies onder MIV-pasiënte. 'n CD4-seltelling van onder 350-400 selle per mikroliter bloed dui gewoonlik op immuunonderdrukking en kwesbaarheid vir opportunistiese infeksies. Die CD4-seltelling is ook die beste aanduiding van wanneer om anti-retroviralebehandeling te begin. 'n Normale CD4-seltelling van 'n MIV-negatiewe persoon is gewoonlik 1000 selle per mikroliter bloed, maar kan so laag as 600 of so hoog as 2000 selle per mikroliter bloed wees (Van Dyk, 2008:92).

Immunititeit: Die liggaam se vermoë om infeksie te weerstaan, soos veroorsaak deur die aanwesigheid van sirkulerende teenliggame en witbloedselle (*Mediese Woordeboek*, 2001:248).

Limfadenitis: Inflammasie van die limfnodes wat swel, pynlik en gevoelig raak (*Mediese Woordeboek*, 2001:321).

Limfnode of -klier: Een van 'n aantal klein swelsels wat met tussenposes in die limfstelsel aangetref word. Groepe nodes word in talle dele van die liggaam gevind byvoorbeeld in die lies en oksel en agter die oor. Dit bestaan uit limfoïedeweefsel en

tree op as filters vir die limf en voorkom dus dat vreemde deeltjies die bloed binnegaan. Die limfnodes produseer ook limfosiete. Die limfnodes help dus om infeksie te beperk en te beveg (*Mediese Woordeboek*, 2001:322).

Neuropatie: Enige siekte van die perifere senuwees, wat gewoonlik swakheid en verlies van gevoel veroorsaak. Die simptome kan afhang van die verspreiding van die senuwees. Wanneer 'n groot hoeveelheid of al die senuwees betrokke is, sal die simptome die ergste by die ekstremitate van die ledemate wees (*Mediese Woordeboek*, 2001:386).

Opportunistiese siektes/infeksies: Dui op 'n siekte wat voorkom wanneer 'n persoon se immuunstelsel verswak is deur byvoorbeeld infeksies, ander siektes of geneesmiddels. Die infekerende organisme veroorsaak selde die siekte by gesonde persone (*Mediese Woordeboek*, 2001:408).

Palliatief: 'n Medisyne wat tydelike verligting bied vir die simptome van 'n siekte, maar nie werklik die siekte genees nie (*Mediese Woordeboek*, 2001:422).

Serostatus: 'n Kategorie waarin materiaal op grond van serologiese aktiwiteite geplaas word, veral volgens die antigene wat dit bevat of die teenliggame wat daarteen vervaardig kan word (*Mediese Woordeboek*, 2001:522). Om laasgenoemde meer duidelik te maak kan daar ook gelet word op sero-omskakeling in die konteks van MIV en VIGS. Volgens Van Dyk (2008:52) verwys sero-omskakeling na die punt waar 'n persoon se MIV-status omskakel of verander van MIV-negatief na MIV-positief. Sero-omskakeling kom gewoonlik ongeveer ses weke na infektering met die MI-virus voor.

Simptome: 'n Pasiënt se persepsie van 'n abnormale fisieke, emosionele of kognitiewe toestand. Simptome kan ook beskryf word as die waarneembare aanduiding van verandering in normale funksionering soos ervaar word deur die pasiënt (Holzemer, Hudson, Kirksey, Hamilton & Bakken, 2001:61).

Teenliggaam: 'n Spesiale soort bloedproteïen wat in die limfweefsel vervaardig word in respons op die aanwesigheid van 'n spesifieke antigeen en in die plasma sirkuleer om die antigeen aan te val en skadeloos te stel (*Mediese Woordeboek*, 2001:585).

Tuberkulose of TB: 'n Aansteeklike siekte veroorsaak deur die basil *Mycobacterium tuberculosis* wat gekenmerk word deur nodulêre letsels in die weefsel. In pulmonêr tuberkulose– vroeër bekend as *tering* en *ftise* (uittering) word die basille in die longe ingeasem waar dit 'n primêre tuberkel vestig en na die naaste limfnode versprei. Baie mense word geïnfekteer maar toon geen simptome nie, hoewel hulle draers kan wees wat die basille oordra deur middel van hoë of nies. Simptome van die aktiewe siektetoestand sluit in koors, nagtelike sweet, massaverlies en die opspog van bloed (*Mediese Woordeboek*, 2001:614).

Ulkus: 'n Onderbreking in die vel of in die slymvlies wat die spysverteringskanaal uitvoer. Dit wil nie genees nie en gaan dikwels gepaard met inflammasie (*Mediese Woordeboek*, 2001:617).

Viremie of viralelading: Die aanwesigheid van virusdeeltjies in die bloed (*Mediese Woordeboek*, 2001:640).

Witbloedsel of leukosiet: Enige bloedsel wat 'n kern bevat soos granulose, limfositie en monosietie. Witbloedselle is betrokke by die beskerming van die liggaam teen vreemde stowwe en by die produksie van teenliggame (*Mediese Woordeboek*, 2001:317).

2.3 Hoofkonsepte

Vervolgens sal die hoofkonsepte in hierdie hoofstuk omskryf word.

2.3.1 Menslike immunogebreksvirus (MIV)

Die menslike immunogebreksvirus infekteer immuunselle, hoofsaaklik T-helperselle met CD4 oppervlakreseptore waaraan die virus kan heg (Greeson *et al.* 2008:901). Wanneer die MIV selle uit die geïnfekteerde CD4-sel breek, word die CD4-sel vernietig. Die vrygestelde MIV selle sal nou dieselfde proses volg en ander CD4-

selle infekteer. Dit blyk dat een CD4-sel ongeveer vier miljoen MIV selle kan vrystel gedurende hierdie proses (Francis, 2000:1). Die MI-virus verswak dus die liggaam se immuunsisteem tot so mate dat dit nie meer siekte-veroorsakende agente wat die immuunsisteem konstant aanval, kan beveg nie (Van Dyk, 2008:4).

2.3.2 Verworwe immunogebreksindroom (VIGS)

Verworwe dui daarop dat die siekte verwerf word en nie oorgeërf word nie, maar deur 'n virus veroorsaak word wat die liggaam van buite af binnedring. *Immunogebrek* dui op die tekortkoming of verswakking van die immuunsisteem sodat dit nie meer teen infeksies kan beskerm nie. *Sindroom* dui op 'n versameling van spesifieke tekens en simptome wat saam voorkom en verteenwoordigend is van 'n spesifieke toestand. VIGS is nie 'n spesifieke siekte nie, maar 'n versameling van verskillende toestande wat in die liggaam manifesteer nadat die MI-virus die liggaam se immuunsisteem verswak het. Dit is daarom akkuraat om VIGS te definieer as 'n sindroom van opportunistiese siektes, infeksies en sekere kankers, wat elk op sy eie oor die vermoë beskik om die geïnfekteerde persoon se dood te veroorsaak in die finale fases van die siekte (Van Dyk, 2008:4).

2.4 Wysies van MIV-oordraging

MIV is nie 'n baie sterk virus nie en ook moeilik om oor te dra. Vir 'n persoon om met MIV geïnfekteer te word, het die virus nodig om die liggaam binne te dring in genoegsame hoeveelhede. Verder het MIV 'n toegangspunt in die vel en/of slym membrane tot die bloedstroom nodig. Die hoof wysies van MIV-oordraging word vervolgens in orde van belang bespreek.

2.4.1 Onveilige seks

Die meerderheid MIV-infeksies kom voor deur middel van seksuele-oordraging. Die kans vir MIV-infeksie is hoër gedurende anale-omgang as gedurende vaginale omgang. Daar bestaan ook 'n klein kans dat MIV oorgedra kan word gedurende orale seks, veral as 'n persoon skaafwonde in die mond of tandvleissiektes het. Die teenwoordigheid van seksueeloordraagbare infeksies, veral met ulkuse of ettering sal die kans op MIV-infeksie aansienlik verhoog. Die voorkoms van

seksueeloordraagbare infeksies impliseer dat daar 'n beter kans bestaan dat vel of membrane beskadig is en dus die virus toelaat om die liggaam binne te dring. Verder is die selle wat die virus uitsoek om te infekteer, gekonsentreer op die plek waar die seksueeloordraagbare infeksie voorkom, aangesien hierdie selle besig is om die seksueeloordraagbare infeksie te beveg (Whiteside en Sunter, 2000:11).

Dit blyk volgens modelle van die hoof wyses van MIV-oordraging dat die mees algemene wyses van MIV-oordraging in Suidelike Afrika gedurende 2007 tot 2008 die volgende ingesluit het:

- Heteroseksuele oordrag tussen terloopse seksmaats.
- Heteroseksuele oordrag tussen langtermyn seksmaats.
- Oordrag tussen transaksionele seksmaats en tussen sekswerker en kliënt.
- Oordrag tussen persone met meervoudige gelyktydige seksmaats.

Bogenoemde modelle dui aan dat soveel as 80% nuwe MIV-infeksies in Suidelike Afrika as gevolg van heteroseksuele-omgang veroorsaak word (Colvin, Gorgens-Albino & Kasedde, 2009:1-16). Die navorser is van mening dat geslag en kultuur veral belangrike rolle mag speel in die heteroseksuele oordrag van MIV. Daar sal dan ook in opvolgende hoofstukke gelet word op aspekte soos droë seks, seks met 'n weduwee en ander soortgelyke gebruike waardeur MIV en VIGS in die heteroseksuele populasie mag versprei.

2.4.2 Oordrag van geïnfekteerde moeder-tot-kind

Abdool Karim, Abdool Karim en Baxter (2010:49) noem dat 90% van die wêreld se 800 000 babas wat MIV opgedoen het vanaf hul moeder voor of gedurende geboorte of as gevolg van borsvoeding, in Sub-Sahara Afrika voorkom. Whiteside en Sunter (2000:12) konstateer dat naas die seksuele oordrag van MIV, die volgende belangrike oorsaak van MIV-infeksie in Suid-Afrika, moeder-tot-kind oordraging is. Van Dyk (2008:41-43) verduidelik dat moeder-tot-kind-oordraging van MIV of vertikale MIV-oordraging, een van die hoof redes vir MIV-infeksie onder kinders is en voor, gedurende of na geboorte voorkom. Dit kan van die geïnfekteerde moeder na die baba oorgedra word deur die plasenta gedurende swangerskap, deur middel van bloedbesmetting gedurende geboorte of deur middel van borsvoeding. Dit blyk dat *in utero* of MIV-oordraging deur die plasenta gedurende swangerskap vir soveel as 23%

MIV-infeksies onder kinders verantwoordelik mag wees. Meer as 60% gevalle van MIV-oordraging van moeder-tot-kind kom voor gedurende kraam en geboorte. Whiteside en Sunter (2000:12) verduidelik dat verskeie faktore die risiko vir infeksie tydens geboorte beïnvloed, veral die viralelading van die moeder tydens geboorte. Hoe hoër die viralelading van die moeder, hoe hoër die risiko van moeder-tot-kind oordraging van MIV. 'n Lae CD4-seltelling van die moeder word ook geassosieer met toenemende risiko vir moeder-tot-kind-oordraging. Anti-retroviralemiddels mag die viralelading laat afneem en virale reproduksie in die baba inhibeer, en dus die risiko vir moeder-tot-kind-oordraging verlaag.

Van Dyk (2008:41-43) noem dat tussen 20-30% babas MIV opdoen deur middel van borsvoeding. Waar formule-melk aan MIV-positiewe moeders voorsien word vir hul babas blyk dit egter dat die vrou se geslag en status in Afrika 'n belangrike rol speel. Wilson en Fairall (2010:514) noem dat stigma 'n belangrike rol gespeel het in die voorsiening van formule-melk aan vroue in Botswana deur voorkoming-van-moeder-tot-kind-oordragingsprogramme, waar die voorsiening van formule-melk hierdie vroue as MIV-positief geïdentifiseer het. Laasgenoemde kom voor in 'n samelewing waar vroue 'n tekort het aan status en in geen posisie is om te onderhandel vir veiliger seksuelepraktyke sonder om deur hul seksmaats, skoonfamilie en familie verwerp te word nie. Die navorser is van mening dat daar verder in ag geneem behoort te word dat bottelvoeding deur middel van formule-melk ook ander probleme mag meebring in Afrika. Daar kan byvoorbeeld gelet word op 'n tekort aan skoon water en elektrisiteit wat ernstige gesondheidsimplikasies mag inhou vir babas wat met formule-melk gevoed word. Daar behoort dan gelet te word op die realiteite van bottelvoeding versus borsvoeding in Afrika. Wat moedersmelk aanbetref verwys Morrison (2011:2) na 'n projek by Kalafong Hospitaal in Pretoria wat reeds gedurende 2001 aanvang geneem het. Moedersmelk van MIV-positiewe moeders word gepasteuriseer en babas kan dan met hul eie moeders se melk gevoed word sonder enige risiko vir MIV-infeksie.

2.4.3 Binne-aarse dwelmgebruik met besmette naalde

Dwelmgebruikers wat naalde met mekaar deel word onder risiko geplaas om MIV op te doen. Indien toerusting wat deur dwelmgebruikers gebruik word besmet is, word

die MI-virus direk tot die liggaam ingevoer. Binne-aarse dwelmgebruik het die MIV-epidemie in Oos-Europa en dele van Asië aangedryf, maar is tans nog nie 'n kwessie in Suid-Afrika nie (Whiteside & Sunter, 2000:14).

2.4.4 Die gebruik van geïnfekteerde bloed of bloedprodukte

Whiteside en Sunter (2000:13) noem dat besmette bloed en bloedprodukte 'n baie effektiewe wyse van MIV-oordraging is, aangesien hierdie roete die virus direk in die bloedstroom invoer. Laasgenoemde is die rede waarom baie persone met hemofilie met MIV geïnfekteer is in die vroeë jare van die epidemie. Hierdie persone het ongetoetsde bloedprodukte ontvang. Laasgenoemde geld ook vir MIV-infeksie onder persone wat bloedoortappings ontvang het. Die risiko vir MIV-infeksie deur hierdie roete is tans in meeste lande minimaal. Bloedbanke poog om skenkers wat met MIV geïnfekteer is af te raai om bloed te skenk en beskik oor die tegnologie om alle bloed-donاسies te toets.

2.4.5 Ander wyses van oordrag wat bloed aanbetref

'n Ander wyse waarop MIV oorgedra kan word is liggaamlike kontak met oop bloeiende wonde. Hier kan daar veral gelet word op kontak sport. Whiteside en Sunter (2000:14) verduidelik dat die eerste moontlik oordraging van MIV deur middel van sportdeelname in 1990 gepubliseer is, waar MIV sero-omskakeling by 'n Italiaanse sokkerspeler gerapporteer is weke na 'n traumatiese insident gedurende 'n sokker wedstryd. Dit blyk dat veral persone wat deelneem aan kontak sport soos boks, stoei en rugby 'n risiko mag loop om met MIV geïnfekteer te word. In Suid-Afrika het die Suid-Afrikaanse Voetbal Mediese Vereniging, die Suid-Afrikaanse Rugby Voetbal Unie, die Departement van Sport, die Suid-Afrikaanse Sport Mediese Vereniging en die Departement van Gesondheid offisiële verklarings gepubliseer oor hoe om MIV in sport te hanteer (Whiteside & Sunter, 2000:14).

Ander wyses waarop MIV-oordraging kan plaasvind is deur mediese of ander instrumente wat besmet is soos tandheekkundige toerusting, naalde en tatoeëer naalde. Standaard sterilisasieprosedures behoort egter te voorkom dat MIV op hierdie wyses oorgedra word. Ongelukke met spuitnaalde of tydens operasies is 'n kommer vir

mediese personeel. Die gebruik van handskoene en die sterilisering van toerusting is dus van belang (Whiteside & Sunter, 2000:16).

Dit blyk vir die navorser dat heteroseksuele kontak in Afrika en veral in Suid-Afrika een van die hoof redes vir die verspreiding van MIV is. Aangesien die voorkoms van seksueel oordraagbare infeksies die kans op MIV-infeksie verhoog, mag dit van belang wees om die voorkoming en behandeling van seksueel oordraagbare infeksies aan te spreek deur die publiek bewus te maak van hierdie belangrike verband tussen seksueel oordraagbare infeksies en verhoogde risiko vir MIV. Voorkomingsprogramme behoort verder te fokus daarop om die publiek in te lig dat geen seksuele verhouding werklik veilig is sonder kondoomgebruik nie, aangesien studies toon dat MIV-oordraging tussen terloopse seksmaats, langtermyn seksmaats, transaksionele seksmaats en tussen persone met meervoudige gelyktydige seksmaats voorkom. Waar moeder-tot-kind-oordraging van MIV die volgende belangrike wyse van MIV-oordraging in Suid-Afrika is, behoort MIV-toetsing aan beveel te word voordat swangerskap voorkom of nadat swangerskap bevestig is, terwyl swanger vroue ook ingelig behoort te word van die wyses waarop moeder-tot-kind-oordraging van MIV voorkom kan word. Laasgenoemde impliseer volgens die navorser dat daar veral gefokus moet word op vroue wat nie toegang het tot hospitale en klinieke nie, ten einde MIV-toetsing asook voorkomende prosedures wat voor, tydens en na geboorte benut kan word, byvoorbeeld anti-retrovirale middels om MIV-oordraging na die kind te voorkom, aan hierdie vroue beskikbaar te stel.

2.5 Kliniese fases van MIV en VIGS

Die kliniese fases van MIV en VIGS word vervolgens kortliks uiteengesit soos hoofsaaklik deur Van Dyk (2008:52-55) omskryf.

2.5.1 Pre-kliniese fase: Primêre MIV-infeksie

Van Dyk (2008:52) konstateer dat primêre MIV-infeksie begin sodra sero-omskakeling plaasgevind het. Sero-omskakeling verwys na die punt waar 'n persoon se MIV-status omskakel of verander van MIV-negatief na MIV-positief. Sero-omskakeling kom gewoonlik ongeveer ses weke na infektering met die MI-virus voor. Tussen 30-60% mense sal 'n siekte soortgelyk aan klierkoors ontwikkel tydens sero-

omskakeling en die simptome van die koors sal gewoonlik 'n week of twee duur. Hierdie sero-omskakeling siekte word dikwels verwar met 'n griepagtige virale infeksie en word gekarakteriseer deur simptome soos seerkeel, hoofpyn, matige koors, moegheid, gewrig- en spierpyn, swelling van die limfnodes, gastro-intestinale simptome, uitslag en orale ulkuse.

Die viremie of viralelading is gewoonlik baie hoog gedurende die primêre fase in die eerste week na infeksie, as gevolg van die vinnige vermenigvuldiging en replikasie van die virus nadat infeksie voorgekom het. Aangesien daar so baie van die MIV-virus in die bloed is, dit wil sê die viralelading baie hoog is gedurende die primêre fase van infeksie, is MIV ook baie oordraagbaar gedurende hierdie fase. Dit neem ongeveer twee tot drie weke vir die immuunsisteem om genoeg witbloedselle en teenliggaampies te maak om indringer organismes aan te val en te neutraliseer. Wanneer MIV die immuunsisteem van 'n MIV-negatiewe persoon aanval het die liggaam geen immuunrespons nie, en benodig dit tyd om die “vyand” te leer ken. Hierdie tydperk staan bekend as die vensterperiode. Die virale vlakke bereik 'n bestendige toestand 16-24 weke na infeksie. Laasgenoemde staan bekend as die setpunt. 'n Laer setpunt is gewoonlik aanduidend van 'n verlaagde viralelading en dus 'n beter prognose vir die pasiënt (Van Dyk, 2008:52-53).

2.5.1.1 Die vensterperiode

Die vensterperiode is die tydperk tussen MIV-infeksie en die verskyning van opspoorbare teenliggaampies vir die MIV-virus, dit wil sê wanneer teenliggaamtoetse 'n positiewe resultaat sal gee. Gedurende die vensterperiode kan die geïnfekteerde persoon alreeds die virus aan ander oordra en behoort veilige seksuele-omgang beoefen te word. In geval van die mees sensitiewe MIV-teenliggaamtoetse wat tans beskikbaar is, is die vensterperiode ongeveer drie tot vier weke. Vir minder sensitiewe toetse kan die vensterperiode langer wees (ses weke). In sommige gevalle kan die vensterperiode so lank as 12 weke of ses maande wees, en mag MIV-teenliggaamtoetse 'n vals negatiewe resultaat lewer gedurende hierdie periode. Laasgenoemde impliseer dat hoewel die virus teenwoordig is in die persoon se bloed, teenliggaampies nie opgespoor kan word nie. Die MIV-toets sal dan verkeerdelik aandui dat die persoon nie geïnfekteer is nie (Van Dyk, 2008:87).

Ridzon, Gallagher en Ciesielski (1997:1) noem dat die vensterperiode egter 12 maande of langer kan wees indien die vorming van teenliggaampies vertraag word as gevolg van anti-retroviraal terapie. Laasgenoemde geld egter nie vir persone wat profilaktiese behandeling ontvang het as gevolg van moontlike blootstelling aan MIV nie. Persone wat profilaktiese behandeling ontvang het behoort ELISA-toetse met verskeie tussenposes te onderneem na die 28-dag kursus van behandeling. ELISA-toetsing mag in hierdie geval buite die konserwatiewe vensterperiode van ses maande val. Teenliggaamtoetse mag ook vals negatiewe resultate oplewer by pasiënte met X-gekoppelde agammaglobulinemie. Laasgenoemde dui op 'n totale tekort aan die plasmaproteïen, gammaglobulien (*Mediese Woordeboek*, 2001:9). Ridzon *et al.* (1997:1) is van mening dat ander diagnostiese toetse eerder vir hierdie pasiënte gebruik behoort te word. Hare, Pappalardo, Busch, Phelps, Alexander, Ramstead, Levy en Hecht (2004:919) noem dat vertraagde sero-omskakeling ook geassosieer word met gelyktydige blootstelling aan hepatitis C.

Die vensterperiode is gewoonlik korter vir toetse wat die virus self waarneem. Hierdie toetse maak nie staat op die immuunsisteem om teenliggaampies te vorm nie, maar reageer op die teenwoordigheid van die virus self (Van Dyk, 2008:88).

Dit blyk dat gedurende primêre MIV-infeksie wanneer sero-omskakeling plaasvind en 'n persoon se MIV-status van MIV-negatief na MIV-positief verander, die geïnfekteerde persoon simptome soortgelyk aan klierkoors mag ontwikkel. Die virale lading is baie hoog gedurende hierdie periode en MIV kan reeds aan ander oorgedra word. Bekendheid met hierdie simptome mag veral vir persone wat onveilige seksuele praktyke beoefen van belang wees, aangesien dit aanduidend sal wees dat MIV-toetsing onderneem moet word en dat onveilige seksuele praktyke aangespreek moet word. Dit blyk egter dat verskeie aspekte kan veroorsaak dat die vensterperiode vir MIV tot so lank as 12 maande kan wees. Laasgenoemde impliseer dat MIV-toetsing op 'n gereelde basis onderneem moet word totdat sekerheid bekom is oor die individu se MIV-status. Veilige seksuele-omgang tydens hierdie periode is van groot belang.

2.5.2 Kliniese fase 1: Die asimptomatiese latente fase

Die eerste kliniese fase van MIV-infeksie is die asimptomatiese latente fase. In hierdie fase toon die geïnfekteerde persoon geen simptome nie. Geïnfekteerde persone is dikwels nie bewus daarvan dat hul die MI-virus dra nie, en mag daarom onwetend nuwe seksmaats infekteer. Die MI-virus is egter steeds aktief in die liggaam gedurende hierdie fase en volhard in die beskadiging van die persoon se immuunsisteem. 'n MIV-positiewe teenliggaamtoets is dikwels die enigste aanduiding van MIV-infeksie gedurende die latente fase. MIV-positiewe persone kan vir 'n lang tydperk gesond bly, geen simptome toon nie en aanhou werk soos normaalweg. Sommige persone mag vir jare byvoorbeeld 10 jaar of langer MIV-positief wees sonder enige manifestasie van kliniese siekte, terwyl ander vinnig agteruit kan gaan en binne maande VIGS ontwikkel (Van Dyk, 2008:53).

In sommige gevalle is die enigste simptome gedurende hierdie fase geswelde limfkliere. Die CD4-seltelling sal gewoonlik met 40-80 selle per mikroliter bloed afneem per jaar gedurende hierdie fase. Hierdie fase word geassosieer met 'n CD4-seltelling van 500-800 selle per mikroliter bloed. 'n Normale CD4-seltelling van 'n gesonde nie-geïnfekteerde individu is ongeveer 600-1500 selle per mikroliter bloed. Volgens die Wêreld Gesondheidsorganisasie se fase sisteem vir MIV-infeksie en siekte kan 'n persoon in die asimptomatiese fase op die *Uitvoeringskaal 1* geplaas word, wat aanduidend is van asimptomatiese, normale aktiwiteite (Van Dyk, 2008:53).

Die Wêreld Gesondheidsorganisasie se fase sisteem vir MIV-infeksie en siekte is vir die eerste keer in 1990 ontwikkel en weer in September 1995 opgradeer. Dit is 'n benadering wat in hulpbron-bepaalde omgewings soos Afrika en Asië benut word, en is veral bruikbaar as navorsingsinstrument in studies van die progressie tot simptomatiese MIV. Die fase sisteem is verskillend vir kinders, adolessente en volwassenes (De Graeve, Lescrauwaet & Nonneman, 1997:222). Vir die doeleindes van hierdie studie word daar slegs gebruik gemaak van die Wêreld Gesondheidsorganisasie se fase sisteem vir MIV-infeksie onder volwassenes om te verduidelik tot watter mate die MIV-geïnfekteerde persoon se daaglikse aktiwiteite geïmpak word deur MIV en VIGS.

Dit blyk dat die MIV-geïnfekteerde persoon in hierdie fase vir baie jare gesond mag bly en onbewus mag wees dat hy/sy MIV-positief is. Laasgenoemde impliseer dat aanmoediging van die algemene populasie om MIV-toetsing te ondergaan van groot waarde mag wees, aangesien die individu se bekendheid met sy/haar MIV-status die verspreiding van MIV na ander kan voorkom.

2.5.3 Kliniese fase 2: Die geringe simptomatiese fase

In die tweede fase van infeksie begin geringe en vroeë simptome van MIV gewoonlik manifesteer. Hierdie fase neem aanvang wanneer persone met MIV-teenliggaampies een of meer van die volgende simptome toon:

- Matige swelling van die limfnodes in die nek, onder die kakebeen, in die arm holtes en lies.
- Koors af en toe.
- Herpes zoster of gordelroos.
- Veluitslae, dermatitis en kroniese jeukerige vel.
- Fungale nael infeksies.
- Herhaaldelike orale ulkuse.
- Herhaaldelike bo-lugweg infeksies.
- Gewigsverlies van tot 10% van die normale liggaamsgewig.
- Moegheid en letargie.

Die geringe simptomatiese fase word geassosieer met 'n CD4-seltelling van tussen 350-500 selle per mikroliter bloed. Dit word op die *Uitvoeringskaal 2* geplaas wat aandui dat die individu kan voortgaan met normale aktiwiteite ten spyte daarvan dat hy/sy simptomaties is (Van Dyk, 2008:54).

Hierdie mag moontlik die fase wees waarin die MIV-geïnfekteerde persoon kontak sal maak met gesondheidswerkers of die MIV-berader. Dienste wat deur laasgenoemde professionele persone gelewer word aan die MIV-geïnfekteerde individu mag 'n belangrike bydra lewer tot die MIV-geïnfekteerde individu se fisieke- en psigologiese welstand. Laasgenoemde is veral van belang vir verbeterde lewenskwaliteit van persone met MIV, aangesien moontlike vrese en onsekerhede aangespreek kan word en simptoombestuur reeds aangemoedig kan word.

2.5.4 Kliniese fase 3: Die hoof simptomatiese fase

Hoof simptome en opportunistiese siektes begin verskyn en die immuunsisteem gaan steeds agteruit. Die CD4-seltelling word baie laag en die virale lading baie hoog. Tekens van meer ernstige MIV-verbandhoudende siektes begin verskyn as gevolg van oormatige groei van die liggaam se natuurlike flora, met fungale infeksies en die heraktivering van ou infeksies soos tuberkulose (TB) en herpes. Laasgenoemde word ook veroorsaak deur die onbeheerde vermenigvuldiging van MIV self. Meer gereelde en ernstige opportunistiese siektes kom voor soos wat die immunogebrek progresseer. Die volgende simptome is meestal 'n aanduiding van gevorderde immunogebrek:

- Aanhoudende en herhalende orale en vaginale candida infeksie. Orale candida is 'n algemene teken van immunogebrek en kom gewoonlik nie voor voordat die CD4-seltelling afgeneem het tot minder as 350 selle per mikroliter bloed nie.
- Herhalende herpes infeksies soos herpes simplex (koorsblare) en herpes zoster (gordelroos).
- Aknee-agtige bakteriese vel infeksies en vel uitslae.
- Intermitterende of konstante onverklaarbare koors wat langer as 'n maand duur.
- Aanhoudende en onbeheerbare kroniese diarree wat langer as 'n maand duur.
- Beduidende en onverklaarbare gewigsverlies (meer as 10% van die normale liggaamsgewig).
- Limfadenitis of in sommige gevalle die krimpings van voorheen vergrote limfnodes, wat aanduidend is dat die immuunsisteem nie meer behoorlik funksioneer nie.
- Abdominale ongemak.
- Hoofpyne.
- Orale harige leukoplakie (verdikte wit vlekke op die tong).
- Aanhoudende hoes en die heraktivering van TB, veral onder persone vanuit laer sosio-ekonomiese gemeenskappe waar TB algemeen voorkom.
- Verskeie ander opportunistiese siektes.

Die aanvang van orale en vaginale candidiase en herhaaldelike herpes infeksies soos koorsblare en gordelroos word algemeen beskou as die eerste kliniese tekens van gevorderde immunogebrek. Die hoof simptomatiese fase word meestal geassosieer met 'n CD4-seltelling van tussen 200-350 selle per mikroliter bloed. Die

Uitvoeringskaal wat hier toegeken word is 3. Laasgenoemde dui daarop dat die persoon bedlêend was vir tot 50% van die dag oor die afgelope maand (Van Dyk, 2008:54-55).

Veelvoudige simptome in hierdie fase mag 'n beduidende invloed uitoefen op die MIV-geïnfekteerde individu se daaglikse funksionering. Laasgenoemde impliseer dat die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan se rolle in die versorging van die geïnfekteerde persoon, veral hier na vore tree. Hierdie fase impliseer ook die moontlike gebruik van anti-retroviralemedikasie wat 'n komplekse en lewenslange proses vir die MIV-geïnfekteerde individu sal wees, en dus bystand, ondersteuning en motivering vanaf die multidissiplinêrespan sal vereis.

2.5.5 Kliniese fase 4: Ernstige simptomatiese fase

Slegs wanneer 'n pasiënt die laaste fase van MIV-infeksie betree kan daar gesê word dat die pasiënt VIGS het. Dit neem ongeveer 18 maande vir die ernstige simptomatiese fase om tot VIGS te ontwikkel onder pasiënte wat nie anti-retroviralebehandeling ontvang nie. In die finale fase van VIGS word die simptome van die siekte meer akute. Pasiënte word geïnfekteer deur relatiewe raar en ongewone organismes wat nie op anti-biotika reageer nie. Die immuunsisteem gaan eksponensieel agteruit en meer aanhoudende en onbehandelbare opportunistiese toestande en kankers begin manifesteer. MIV-verbandhoudende skade aan organe is ook algemeen in hierdie fase van VIGS (Van Dyk, 2008:51-55).

Pasiënte in hierdie fase het gewoonlik 'n baie hoë viralelading en ernstige immunogebrek, met 'n CD4-seltelling van onder 200 selle per mikroliter bloed. Hierdie fase word op die *Uitvoeringskaal* op 4 geplaas wat impliseer dat die pasiënt bedlêend was vir meer as 50% van die dag gedurende die afgelope maand. Terwyl persone met VIGS (laaste fase van die siekte) meestal binne twee jaar sterf, mag anti-retroviralebehandeling en die voorkoming en behandeling van opportunistiese infeksies hierdie periode verleng. Waar die viralelading in hierdie fase mag daal en die CD4-seltelling verhoog en die geïnfekteerde persoon vir jare gesond mag wees omdat die immuunsisteem sterk genoeg is om infeksie teen te staan, bly die persoon klinies in hierdie fase (Van Dyk, 2008:51-55).

Waar persone in hierdie fase baie siek mag word en bedlënd mag wees, mag tuisversorgers en palliatiewesorg veral 'n belangrike rol speel daarin om die siek persoon sowel as die gesin by te staan. HAART (hoogs aktiewe anti-retroviraletterapie) mag ook 'n belangrike rol speel in hierdie fase waar daar gepoog behoort te word om die pasiënt se CD4-seltelling te verhoog en sodoende die pasiënte se lewenskwaliteit en -duur te verbeter.

2.6 MIV-toetsing

Daar is drie wyses van MIV-toetsing wat veral verband hou met die doel van MIV-toetsing, naamlik MIV-teenliggaamtoetsing, MI-virustoetsing en teenliggaam/virus kombinasietoetsing. Ten einde die verskillende vorme van MIV-toetsing en die doel daarvan beter te verstaan word dit vervolgens kortliks bespreek.

2.6.1 MIV-teenliggaamtoetsing

MIV-teenliggaamtoetse word gewoonlik op bloed uitgevoer, maar MIV-teenliggaampies kan ook in ander liggaamsvloeistowwe soos speeksel en urine gevind word. Teenliggaamtoetse kan nie die virus in die bloed waarneem nie, maar reageer op die MIV-teenliggaampies wat vorm wanneer die immuunsisteem die liggaam teen die virus probeer beskerm. Hierdie teenliggaampies kan meestal tussen drie tot ses weke na infeksie in die bloed waargeneem word, afhangende van watter toets uitgevoer word. Die twee bekendste teenliggaamtoetse is die ELISA en die Western Blot-toetse wat gewoonlik in die laboratorium onderneem word. Die snelle MIV-teenliggaamtoets word buite die laboratorium gebruik, terwyl die speeksel MIV-teenliggaamtoets veral gebruik word wanneer dit moeilik is om bloed te bekom (Van Dyk, 2008:85-87).

2.6.1.1 Die ELISA-toets

ELISA is die afkorting vir *enzyme-linked immunosorbent assay* (Hoffman, 1996:14). Whiteside en Sunter (2000:16) verduidelik dat die ELISA-teenliggaamtoets die mees algemene MIV-toets is en ook goedkoop, baie bruikbaar en algemeen beskikbaar is. Dit toets vir teenliggaampies wat gevind word in serum wat geskei is van

rooibloedselle. Van Dyk (2008:85) verduidelik dat die derde generasie ELISA-toets, MIV-teenliggaampies na ongeveer 23 dae kan waarneem. Hierdie toets is sensitief en betroubaar en lewer min (minder as 1%) vals negatiewe resultate op. 'n Positiewe ELISA-toets word meestal bevestig deur middel van 'n tweede ELISA-toets. 'n Kwantitatiewe ELISA-toets word eers gedoen, gevolg deur 'n kwalitatiewe ELISA-toets. In Suid-Afrika word twee positiewe ELISA-toetse beskou as voldoende bewys van MIV-infeksie.

2.6.1.2 Die Western Blot-toets

Daar is ook 'n meer gesofistikeerde teenliggaamtoets naamlik die Western Blot-toets wat as opvolgtoets vir die ELISA-toets dien, maar egter duurder en meer gekompliseerd is (Whiteside en Sunter, 2000:16). Van Dyk (2008:87) noem dat hierdie toets ook nie so algemeen beskikbaar is soos die ELISA-toets nie. Hierdie toets word nooit benut om 'n MIV-diagnose te maak nie, maar slegs as bevestigende toets onder spesiale omstandighede, byvoorbeeld om 'n positiewe resultaat vir 'n pasgebore baba te bevestig of in geval van 'n onbesliste ELISA-toets. Die p24-antigeentoeets en die PCR-toets word ook vir soortgelyke diagnose gebruik en sal later bespreek word.

2.6.1.3 Snelle MIV-toetsing/Vingerpriktoets

Van Dyk (2008:87) konstateer dat die ELISA-toets ook beskikbaar is as 'n snelle of *rapid* MIV-teenliggaamtoets wat buite die laboratorium onderneem kan word in plekke soos afgeleë plattelandsegebiede, klinieke, spreekkamers en selfs by die pasiënt se bed. 'n Positiewe ELISA-toets kan dan ook bevestig word deur 'n snelle MIV-teenliggaamtoets waarvan die resultate binne 10-30 minute beskikbaar is. Die snelle MIV-teenliggaamtoets is maklik om te gebruik waar slegs die vinger geprik moet word, en goedkoop en betroubaar indien dit korrek gebruik word. In Staatsklinieke word die bloed op 'n kits toetspakket geplaas wat van kleur sal vernader om 'n negatiewe of positiewe toetsuitslag aan te dui. Indien slegs die snelle MIV-teenliggaamtoets onderneem word, behoort 'n positiewe resultaat altyd opgevolg te word deur 'n laboratorium-gebaseerde ELISA-toets.

2.6.1.4 Speeksel MIV-teenliggaamtoetsing

Volgens Van Dyk (2008:87) neem die speeksel MIV-teenliggaamtoets die teenwoordigheid van MIV-teenliggaampies in die speeksel waar. Hierdie toets is minder indringend, pynloos en voorkom potensiële gevaar wat naalde aanbetref vir die persoon wat die toets uitvoer. Dit kan ook gebruik word wanneer dit moeilik is om bloed te bekom soos byvoorbeeld by kinders en binne-aarse dwelmgebruikers wanneer die are nie toeganklik is nie. Die toets neem ongeveer 30 minute om aan te dui of daar MIV-teenliggaampies teenwoordig is. Die sensitiwiteit van die speeksel MIV-teenliggaamtoets is goed, maar 'n positiewe resultaat behoort altyd opgevolg te word deur 'n ELISA-toets op bloed voordat die pasiënt as MIV-positief gediagnoseer kan word.

Wat MIV-teenliggaamtoetsing aanbetref blyk dit dat die ELISA-toets goedkoper en meer algemeen beskikbaar is as die Western Blot-toets. Die ELISA-toets kan ook as snelle MIV-toets uitgevoer word deur van 'n vinniger vingerpriktoets gebruik te maak, waar 'n kits toetspakket gebruik word vir verifiëring. Die snelle MIV-toets kan ook op minder indringende en pynlose wyses uitgevoer word deur van speeksel toetsing gebruik te maak.

2.6.2 MI-virustoetsing

MI-virustoetse neem die virus in die bloed waar en maak nie staat op die ontwikkeling van teenliggaampies nie. Twee van die bekendste MI-viraletoetse is die p24-antigeentoets en die MIV PCR-toets. Aangesien hierdie toetse die MI-virus in die bloed waarneem kan 'n positiewe resultaat baie vroeër na infeksie bekom word as met die ELISA- of Western Blot-toetse. Hoewel die vensterperiode baie korter is vir viraletoetse as vir MIV-teenliggaamtoetse, is viraletoetse meer betroubaar 'n maand na infeksie. Hierdie MI-virustoetse is egter baie duur en nie altyd beskikbaar in afgeleë gebiede of vir die algemene populasie nie (Van Dyk, 2008:88).

2.6.2.1 PCR-toetsing

PCR is ook bekend as die *polymerase chain reaction technique* (Anderson en Wilkie, 1992:43). Volgens Van Dyk (2008:88-89) is hierdie toets so sensitief dat dit so min as een fragment van die nukleïensuur van MIV in 'n 100 000 gasheerselle kan

waarneem. Hierdie toets kan gebruik word vir diagnostiese sowel as post-diagnostiese doeleindes. Daar is ook twee tipes PCR-toetse naamlik die *kwalitatiewe* en *kwantitatiewe* PCR-toetse. Die kwalitatiewe PCR-toets word veral benut vir vroeë diagnose soos by babas wat gebore word van 'n MIV-positiewe moeder, of na verkragting voordat anti-retroviraal terapie aanvang neem. Die kwantitatiewe PCR-toets maak dit moontlik om die virale lading of aantal van die virus in liggaamsvloei stowwe waar te neem, en is dus 'n betroubare aanduiding van die geïnfekteerde individu se prognose. Dit kan ook benut word om die individu se reaksie op anti-retroviraal terapie te meet.

2.6.2.2 MIV-p24 antigeentoetsing

Van Dyk (2008:88) konstateer dat die MIV-p24 antigeentoets die oorheersende MIV antigene waarneem. Die p24-antigeen is die hoof proteïen in die kern van die virus wat gewoonlik kort na infeksie in die bloed waargeneem kan word, asook in die laat fase van infeksie. Hierdie toets is dus veral bruikbaar wanneer daar 'n hoë virale lading in die bloed is soos tydens die vroeë fase van infeksie en weer gedurende die finale fase van VIGS. Die p24-antigeentoets is veral bruikbaar in sekere kliniese situasies waar vroeë waarneming van die MIV belangrik is, soos onder pasgebore babas of in bloedbanke waar donasies tydens die vensterperiode getoets moet word.

Dit blyk dat hoewel MI-virus/antigeentoetsing deur middel van die PCR-toets of die p24-antigeentoets duur en nie algemeen beksikbaar is nie, dit veral 'n belangrike rol speel in omstandighede waar MIV-toetsresultate baie vroeër na infeksie benodig word, soos by babas wat gebore word van 'n MIV-positiewe moeder, of na verkragting voordat anti-retroviraal terapie aanvang neem. Dit speel verder 'n belangrike rol in die bepaling van die pasiënt se prognose en reaksie op anti-retroviraal terapie.

2.6.3 Teenliggaam/virus kombinasietoetsing

Die teenliggaam/virus kombinasietoets kan teenliggaampies, die MI-virus asook p24-antigene waarneem. Aangesien p24-antigene waargeneem kan word in plasma kort na infeksie, is daar gehoop dat die kombinasietoets die vensterperiode dramaties sal verkort en sodoende vroeë opsporing van MIV-infeksie verbeter. Hoewel die kombinasietoets infeksie een tot drie dae vroeër as die ELISA-toets kan waarneem,

verminder dit egter nie die vensterperiode soveel as die p24-antigeentoets op sy eie nie. 'n Positiewe kombinasietoets behoort altyd opgevolg te word met 'n tweede toets (Van Dyk, 2008:89).

Dit blyk dat MIV-teenliggaamtoetsing, MI-virustoetsing en teenliggaam/virus kombinasietoetsing elk 'n belangrike rol speel in die spesifieke omstandighede waarin dit aangewend word. Deur middel van hierdie beskikbare vorme van toetsing word die MIV-geïnfekteerde individu nie alleen bewus van sy/haar MIV-status nie, maar kan toetsing ook klinies aangewend word om die pasiënt se prognose en reaksie op anti-retrovirale terapie te bepaal. Die verskillende beskikbare vorme van MIV-toetsing spreek MIV-diagnose op alle vlakke en by alle moontlike MIV-geïnfekteerde individue aan en kan byvoorbeeld benut word vir pasgebore babas tot verkrachtingslagoffers en in bloedbanke.

2.7 Anti-retrovirale behandeling

Van Dyk (2008:94) verduidelik dat die eerste anti-retrovirale middel, AZT (zidovudine) goedkeuring bekom het in 1987. In 1994 is anti-retrovirale middels vir die eerste keer gebruik om moeder-tot-kind MIV-oordraging te voorkom. In 1995 is drievoudige medikasie terapie of HAART (hoogs aktiewe anti-retrovirale terapie) bekend gestel. Anti-retrovirale terapie het die volgende vier primêre doelstellings:

- Virale doel– om die MIV-virale lading so vêr as moontlik te verminder vir so lank as moontlik.
- Immunologiese doel– om die immunologiese funksie te herstel en/of te onderhou ten einde die immunologiese funksie te verbeter, opportunistiese infeksies te verminder en die aanvang van VIGS uit te stel.
- Terapeutiese doel– om die lewenskwaliteit van die MIV-positiewe individu te verbeter.
- Epidemiologiese doel– om MIV-verbandhoudende siekte en sterfte te verminder en om die impak van MIV-oordraging in gemeenskappe te verminder.

Ten einde die effek van anti-retrovirale middels op die MI-virus te verstaan is Van Dyk (2008:95-97) van mening dat daar in ag geneem moet word dat die MI-virus van ensieme gebruik maak om homself te kopieer. Twee van die belangrikste ensieme

wat deur die virus gebruik word is die omgekeerde transkriptase ensiem en die protease ensiem. Sommige anti-retrovirale middels tree op deur die aksie van hierdie ensieme te blokkeer. Daar is drie hoofgroepe van anti-retrovirale middels wat hierdie ensieme strem naamlik:

- Nukleosied omgekeerde transkriptasestremmers soos AZT of zidovudine.
- Nie-nukleosied omgekeerde transkriptasestremmers soos NVP of nevirapien.
- Proteasestremmers soos IDV of indinavir.

Daar is ook twee nuwe kategorieë van anti-retrovirale middels naamlik:

- Versmeltingstremmers wat die verbinding, versmelting en toegang van MIV tot die sel blokkeer. Hierdie stremmers is baie duur en tans nie in Suid-Afrika beskikbaar nie.
- Integrasestremmers wat inmeng met die integrase-ensiem en die integrasie van virale DNA met die sel se kern voorkom. Hierdie stremmers is tans nog nie op die mark beskikbaar nie.

Whiteside en Sunter (2000:21) konstateer dat anti-retrovirale middels gebruik kan word as enkelterapie (slegs een anti-retroviraal middel), dubbelterapie (’n kombinasie van twee medikasies) of drievoudigeterapie (drie anti-retrovirale middels of HAART). Enkelterapie word nie meer gebruik nie aangesien dit aanleiding kan gee tot vinnige mutasie van die virus wat dan medikasiebestand word. Enkelterapie word egter steeds as voorkomend toegedien byvoorbeeld om moeder-tot-kind MIV-oordraging te voorkom. Dubbelterapie is goedkoper as drievoudigeterapie, maar die anti-retrovirale effek is nie onmiddelik nie, aangesien die virale lading stadig val en die virale beheer net vir ’n beperkte tyd mag duur. HAART is ’n anti-retrovirale regiment wat MIV vir maande en selfs jare kan onderdruk. Dit sluit gewoonlik twee omgekeerde transkriptasestremmers en een proteasestremmer in. Hoewel HAART nie ’n genesing is nie, is hierdie behandeling hoogs effektief in die vinnige vermindering van die virale lading tot onopspoorbare vlakke, wat sodoende oorlewing verleng.

Van Dyk (2008:100) is van mening dat anti-retrovirale terapie onder die volgende omstandighede geïnisieer moet word:

- Alle pasiënte met simptome MIV-infeksie of met huidige of vorige MIV-geassosieerde siektes behoort met anti-retroviralemiddels behandel te word ten spyte van wat die CD4-telling of viralelading mag wees.
- Asimptomatiese pasiënte met 'n CD4-telling onder 200 selle per mikroliter bloed behoort met anti-retroviralemiddels behandel te word.
- Individue met CD4-tellings tussen 200-350 selle per mikroliter bloed en 'n hoë viralelading (>100 000) waar die CD4-telling vinnig val (meer as die verwagte 20-80 selle per mikroliter bloed per jaar), of wat problematiese MIV-verbandhoudende simptome het, behoort met anti-retroviralemiddels behandel te word.
- Wanneer die CD4-telling bo 350 is word behandeling uitgestel.

President Zuma het in Desember 2010, op Wêreld VIGS Dag die volgende bekend maak:

- Mense wat gelyktydig MIV-positief is en tuberkulose het, sal anti-retroviralemedikasie ontvang indien hul CD4-telling 350 of minder is. Voorheen moes die CD4-seltelling eers tot 200 gedaal het voordat anti-retroviralemedikasie ontvang kon word.
- Swanger vroue wat MIV-positief is sal anti-retroviralemiddels ontvang as hul CD4-seltelling 350 is of as hulle VIGS-simptome toon.
- Swanger MIV-positiewe vroue sal ook vanaf die 14de week van hul swangerskap anti-retroviralemedikasie ontvang om MIV-oordrag na die baba te voorkom, in plaas daarvan om te wag tot die derde trimester.
- Kinders jonger as een jaar sal anti-retroviralemiddels ontvang om die kindersterftesyfer te verlaag.

Hierdie aangepaste riglyne vir die voorsiening van anti-retroviralemiddels aan bogenoemde persone was egter nie van toepassing op ander MIV-geïnfekteerde individue in Suid-Afrika nie, waar anti-retroviralemiddels eers deur hierdie individue ontvang kon word wanneer 'n CD4-seltelling van 300 bereik word (Liebenberg, 2010:1). Adjunk-President Kgalema Motlanthe het egter onlangs op die Suid-Afrikaanse Nasionale VIGSraad (SANVR) se vergadering aangekondig dat anti-retroviralemiddels voortaan sonder voorbehoud aan alle persone met MIV- en VIGS beskikbaar gestel sal word. Hy noem dat daar nou op alle lede van die gemeenskap

gefokus word en dat almal nou toegang sal hê tot anti-retroviraallemiddels (Ebersohn, 2011:6)

Wat anti-retroviraaleterapie aanbetref blyk dit dat dit veral van belang mag wees vir die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan om duidelike insig en kennis te dra van die hoof groepe van anti-retroviraallemiddels, ten einde die doel en werking daarvan op 'n verstaanbare wyse aan die pasiënt oor te dra. Verder is konstante monitering van die pasiënt se gesondheid nodig ten einde te bepaal wanneer anti-retroviraaleterapie aanvang behoort te neem. Die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan behoort nie alleenlik op hoogte te bly van enige nuwe ontwikkelings in anti-retroviraalmedikasie nie, maar ook van enige nuwe verwikkelings in Suid-Afrika waardeur anti-retroviraaleterapie aan spesifieke groepe beskikbaar gestel word.

2.8 Volhouding van anti-retroviraaleterapie

Karus, Raveis, Alexander, Hanna, Selwyn, Marconi en Higginson (2005:408) konstateer dat daar duisende individue is vir wie anti-retroviraaleterapie minder suksesvol is. Een van die belangrikste redes hiervoor is dat pasiënte nie volhou met anti-retroviraaleterapie nie. Van Dyk (2008:105) verduidelik dat streng volhouding van anti-retroviraaleterapie van groot belang is vir virale-onderdrukking, om die risiko van mutasie, die ontwikkeling van weerstandige stringe en die mislukking van medikasie te vermy. Medikasie-mislukking kan baie vinnig ontwikkel wanneer medikasie oorgeslaan of in onvoldoende dosisse gebruik word. Die oorslaan van slegs 'n paar dosisse per week kan aanleiding gee tot die ontwikkeling van medikasie-teenstand. Karus *et al.* (2005:409) noem dat potensiële toksisiteit en ander nuwe-effekte geassosieer word met behandeling, en daar ook die kans bestaan van onverwagte medikasie-interaksie as gevolg van polifarmasie (meervoudige medikasie) of vir die behandeling van MIV en VIGS, of soos wat dikwels die geval is, vir die behandeling van MIV en VIGS saam met ander mediese toestande of diagnoses. Lee, Gay, Portillo, Coggins, Davis, Pullinger en Aouizerat (2009:883) noem dat hoewel die aantal voorgeskrewe medikasie 'n positiewe effek kan hê deurdat simptome behandel word, dit dan ook 'n negatiewe effek kan hê deur nuwe-effekte te veroorsaak. Van Dyk (2008:101) verwys na die matiger nuwe-effekte wat meestal voorkom in die

eerste paar weke van anti-retroviraletapie wat slegte spysvertering, verandering in stoelgang, diarree, naarheid, vel uitslae, hoofpyne en lighoofdigheid, swakheid, moegheid en lusteloosheid insluit. Roetine laboratorium monitering kan ook uitgevoer word om newe-effekte van sommige medikasie te identifiseer soos lewerfunksionering vir nevirapien, volle bloedtelling vir zidovudine en 'n lipied profiel vir proteasestremmers. Lee *et al.* (2009:884) verduidelik dat MIV-positiewe persone wat anti-retroviraletapie ontvang dan meer simptome het as MIV-positiewe persone wat nie anti-retroviraletapie ontvang nie. Die newe-effekte van medikasie mag ook ander gevolge hê, byvoorbeeld lomerigheid wat weer 'n invloed uitoefen op kognitiewe funksionering. Verder toon epidemiologiesedata van die algemene populasie dat vroue meer simptome ervaar as mans en dat hierdie geslagsverskille ook voorkom in siekte-spesifieke populasies.

Makoae *et al.* (2005:22) noem dat selfs waar anti-retroviraletapie beskikbaar is, simptoombestuur steeds die sleutel komponent van MIV-bestuur sal bly as gevolg van die verhouding daarvan tot newe-effekte van medikasie, medikasievolhouding en lewenskwaliteit. Karus *et al.* (2005:414) is van mening dat vanuit 'n kliniese perspektief die bestuur van simptome vir pasiënte met 10 tot 12 simptome baie kompleks is, en dit gedetailleerde kliniese assessering en hersiening, polifarmasie, assessering van medikasie en simptoom-interaksie, en die kans vir veelvoudige newe-effekte moet insluit. Hughes (2004:11) konstateer dat die resultate van simptoombestuur beide direk (simptoom spesifiek) en indirek (nie-simptomaties spesifiek) is. Nie-simptomaties spesifieke resultate is verbeterde lewenskwaliteit, volhouding met HAART en verbeterde funksionele status. Simptoom spesifieke resultate sluit afnemende frekwensie, intensiteit van simptome en angs rondom simptome in, en gee aanleiding tot minder sekondêre simptome en 'n verbeterde gemaksvlak.

Verskeie outeurs (Holzemer *et al.* 2001:60; Sukati, Mndebele, Makoae, Ramukumba, Makoae, Seboni, Human & Holzemer, 2005:186) is van mening dat simptoombestuur vir persone met MIV en VIGS juis gesien word as 'n uiters belangrike komponent van selfversorging en professionele sorg, aangesien onbeheerde simptome die volhouding van gebruik van MIV-verbandhoudende medikasie verlaag, en aanleiding gee tot laer lewenskwaliteit. Hughes (2004:8) noem dat moegheid en depressie ook geassosieer

word met swak volhouding van anti-retroviraal terapie, en dat die suksesvolle virale onderdrukking en behandeling van MIV afhang van gereelde monitering en optimale bestuur van sulke simptome. Greeson *et al.* (2008:908) konstateer dat die setpunt van die MI-virale lading agtvoudig verhoog onder sosiaal geïnhibeerde individue. Hierdie individue toon ook swakker virologiese en immunologiese reaksies op HAART. Ncama *et al.* (2008:1758) sluit hierby aan deur te noem dat die tekort aan sosiale ondersteuning geïdentifiseer is as een van die struikelblokke wat versorgingsresultate en volhouding met anti-retroviraal medikasie beïnvloed. Hoër sosiale ondersteuning hou veral verband met die teenwoordigheid van 'n maat en groter aantal nabye vriende. Talle studies toon ook dat sosiale ondersteuning lewenskwaliteit vir persone met kroniese siekte, spesifiek vir persone met MIV mag verbeter.

Na aanleiding van bogenoemde aspekte wat aanleiding gee tot swak volhouding van anti-retroviraal terapie behoort daar dan vervolgens gelet te word op die verbetering van volhouding van anti-retroviraal terapie. Van Dyk (2008:106) noem dat slegs pasiënte wat absoluut toegewy is om te volhou met 'n streng medikasieregiment vir die res van hul lewens, vir anti-retroviraal terapie oorweeg kan word. Anti-retroviraal terapie programme in sekere Afrika-lande het gevind dat volhouding van anti-retroviraal terapie bevorder kan word deur bemagtiging van die pasiënt, die voorsiening van inligting, sosiale netwerke en ondersteuning, opvoedkundige aktiwiteite soos fotostories en soortgelyke pasiënt-gesentreerde benaderings. In die ontwikkelde wêreld is verskeie hulpbronne vir VIGS-versorgers en hul pasiënte beskikbaar soos die elektroniese media, webtuistes, sms boodskappe, elektroniese pil tellers, alarms ensomeer. Hierdie hulpbronne is nie oral in Afrika beskikbaar nie, en ander unieke wyses moet gevind word om die pasiënt te help volhou met anti-retroviraal terapie. In die ontwikkeling van volhoudingsprogramme behoort faktore spesifiek aan Afrika in ag geneem te word. Hierdie faktore sluit kulturele persepsies oor wat siekte veroorsaak, houdings ten opsigte van gesondheid en siekte, 'n kultuur van nie-bekendmaking en dus geen gemeenskapsondersteuning, stigmatisering, ongeletterdheid, verskillende konsepte van tyd, praktiese probleme soos afstande na klinieke, probleme rondom kommunikasie en 'n tekort aan tyd by mediese fasiliteite om kwessies rondom behandeling te bespreek, in (Van Dyk, 2008:106).

Gray en McIntyre (in Van Dyk, 2008:107) gee die volgende strategieë vir volhouding met anti-retrovirale terapie in Afrika:

- Bepaal of die pasiënt gereed is om medikasie gereeld te neem soos om byvoorbeeld eers te let daarop of die pasiënt elke dosis van medikasie wat voorgeskryf word vir opportunistiese infeksies of vir die voorkoming daarvan neem, voordat anti-retrovirale terapie aanvang neem.
- Pasiëntopvoeding– Maak gebruik van visuele hulpmiddels, leertegnieke en die ontwikkeling van vaardighede sodat die pasiënt verstaan hoe om die medikasie te neem. Moedig gereelde besoeke en oproepe na die kliniek aan en bied portuur opvoeding en ondersteuning.
- Herhinnerstrategieë– Identifiseer aktiwiteite wat die pasiënt sal help onthou om medikasie te neem soos soggens wanneer tande geborsel word, wanneer 'n spesifieke radio of TV program aan is, deur middel van medikasiehouers en elektroniese wyses soos vooropgestelde *sms* boodskappe of horlosie-alarms.
- Die hantering van nuwe-effekte– Lig die pasiënt in van nuwe-effekte wat ervaar mag word en monitor en hanteer nuwe-effekte pro-aktief.
- Verminder die kompleksiteit van leefreëls– Vereenvoudig die aantal pille en die frekwensie waarvolgens dit geneem word indien enigsins moontlik. Verminder onnodige medikasie en let op dieetkundige vereistes waar relevant.
- Verbeter pasiënt-voorsiener kommunikasie– Toon persoonlike geïnteresseerdheid in die pasiënt, vestig respek en onvoorwaardelike aanvaarding. Maak gebruik van positiewe versterking soos om die pasiënt te prys vir volhouding met anti-retrovirale terapie. Ontwikkel gedeelde doelstellings.
- Werf 'n ondersteuningsstelsel– Maak gebruik van die hulp van egmaats, familie, vriende, portuurgroepe, ondersteuningsgroepe in die gemeenskap, kerke en ander gesondheidswerkers om die pasiënt se volhouding van anti-retrovirale terapie te versterk.
- Optimaliseer die psigososiale funksioneringstelsel– Voorsien beradings- en substansmisbruikdienste indien nodig, asook finansiële- en welsynsdienste om die beskikbaarheid van anti-retrovirale middels te verseker. Help die pasiënt vooruit beplan soos vir ekstra medikasie gedurende vakansies, en verminder versperrings vir versorging soos toegang, vervoer en kindersorg.

Van Dyk (2008:101) konstateer dat die effektiwiteit van anti-retroviraal terapie gemoniteer behoort te word deur te let op die MI-viralelading, die CD4-seltelling en ander ondersteunende laboratorium toetse om toksisiteit te moniteer. Indien anti-retroviraal middels effektief is sal die viralelading stabiliseer by aanvaarbare lae vlakke. 'n Toename in die viralelading impliseer dat die anti-retroviraal middels nie werk nie. Die pasiënt se medikasie terapie behoort dan weer geëvalueer en verander te word.

Anti-retroviraal terapie is belangrik vir virale-onderdrukking, om die risiko van mutasie, die ontwikkeling van weerstandige stringe en die mislukking van medikasie te vermy. Dit mag van groot waarde wees vir die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan om te bepaal of 'n pasiënt toegewy sal wees aan die gebruik van anti-retroviraal middels ten einde bogenoemde probleme te voorkom. Die pasiënt moet dus verstaan dat hy/sy hierdie mediese regiment vir die res van sy/haar lewe sal moet volg presies soos wat dit voorgeskryf word. Anti-retroviraal terapie gee aanvanklik aanleiding tot matiger nuwe-effekte maar hou op die langtermyn ook meer ernstige nuwe-effekte vir die pasiënt in waar byvoorbeeld lewerfunksionering geaffekteer kan word. Naas die nuwe-effekte van anti-retroviraal terapie is daar ook verskeie ander redes waarom pasiënte nie volhou met anti-retroviraal terapie nie naamlik die voorkoms van onbeheerde simptome, moegheid, depressie en 'n tekort aan sosiale ondersteuning. Kulturele-invloed behoort ook ondersoek te word wat die volhouding van anti-retroviraal terapie in Suid-Afrika aanbetref. Die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan behoort die belang van volhouding van anti-retroviraal terapie vir die kliënt te beklemtoon, en gebruik te maak van alle moontlik riglyne, hulpmiddels en hulpbronne tot hul beskikking ten einde volhouding van anti-retroviraal terapie te verseker.

2.9 Fisieke- en psigologiese uitdagings van MIV en VIGS

Sukati *et al.* (2005:185) verduidelik dat MIV-geïnfekteerde persone menige simptome ervaar wat veroorsaak mag word deur opportunistiese infeksies, MIV-infeksie self, samehangende siektetoestande en swak ekonomiese omgewings. Shawn *et al.* (2005:20) het gevind dat fisieke simptome wat deur Suid-Afrikaanse pasiënte as die belangrikste simptome gerapporteer word gelokaliseerde pyn, vel probleme, hoes,

vaginale pruritus (gejeuk), infeksie en moegheid insluit. Dit blyk ook volgens Hughes (2004:8) dat persone met MIV en VIGS dikwels meervoudige simptome het wat nie volledig herken word nie en dus onderbehandel word. Karus *et al.* (2005:415) is van mening dat die redes waarom pasiënte noem dat baie van hul simptome, insluitende algemene simptome dikwels nie behandel word nie, die volgende insluit:

- Eerstens mag simptome wat algemeen ervaar word deur pasiënte nie gereeld ondersoek word deur mediese personeel nie, of pasiënte rapporteer nie hierdie simptome nie.
- Tweedens mag sekere simptome wat deur pasiënte gerapporteer word geassosieer word met 'n toestand wat wel behandel word, maar die pasiënt is onbewus van hierdie verband.
- Derdens mag mediese personeel moontlik bewus wees van hierdie simptome, maar dit nie kan behandel nie om mediese redes of as gevolg van finansiële beperkings.

Sukati *et al.* (2005:185) is van mening dat in die afwesigheid van effektiewe behandeling vir MIV (insluitende die tekort aan anti-retrovirale terapie vir baie mense in Suid-Afrika) baie persone wat deur MIV geaffekteer word, uitdagings beleef om hul simptome te beheer, ongemak te verlig en hul lewenskwaliteit te probeer verbeter.

Die belang van psigologiese simptome as deel van die siektetoestand behoort nie uit die oog verloor te word nie. In Suid-Afrika het pasiënte met MIV en VIGS gevoelens van woede, eensaamheid, afnemende ondersteuning vanaf die gesin en vriende en afnemende tevredenheid gerapporteer as die belangrikste psigologiese simptome van MIV en VIGS (Shawn *et al.* 2005:20). Hughes (2004:7) verduidelik dat simptome subjektiewe ervarings is. Persone wat met kroniese siektes leef meet hul lewenskwaliteit gedeeltelike na gelang van die simptome wat hul ervaar. Die bestuur van simptome is dus belangrik vir 'n verbeterde lewenskwaliteit. Daar word dan vervolgens op vier belangrike fisieke- en psigologiese simptome gelet onder persone met MIV en VIGS.

2.9.1 Moegheid

Hughes (2004:8) konstateer dat moegheid veral verband mag hou met depressie, bloedarmoede of 'n onbekende infeksie. Moegheid en depressie word ook geassosieer

met swak volhouding van anti-retroviraal terapie. Moedigheid is die mees algemene simptome wat onder persone met MIV en VIGS gerapporteer word. Die impak daarvan is dikwels ongewaardeer en die nood daarvan word dus nie ernstig opgeneem deur versorgers nie. Persone met MIV en VIGS se mobiliteit en energievlakke het egter 'n belangrike invloed op hul lewenskwaliteit. Indien individue nie mobiel is nie, en nie die energie het om te onderneem wat hul wil nie, word hul lewenskwaliteit benadeel. Moegheid affekteer alle aspekte van 'n persoon se lewe soos die vermoë om te werk, om take uit te voer wat onafhanklikheid van ander meebring, en om interaksie met ander te hê. Shawn *et al.* (2005:21) is van mening dat hoë vlakke van moegheid ook die pasiënt se vermoë om na homself/haarself om te sien, verminder. Redes vir moegheid behoort ondersoek te word ten einde 'n gepaste versorgingsplan vir die pasiënt te ontwikkel en sodoende die pasiënt se funksionele vermoë te verbeter.

Studies toon dat aërobiese oefening moegheid onder MIV-geïnfekteerde pasiënte verminder. Dieetkundige berading en slaaphigiëne berading mag die pasiënt van ander strategieë voorsien om moegheid teen te staan. Pasiënte met behandelbare moegheid-aansporende toestande soos bloedarmoede en depressie behoort behandeling vir hierdie toestande te ontvang. Sommige pasiënte wat moegheid ervaar mag hulself met stimulerende behandeling, wat weer vereis dat hul berading ontvang rondom die langdurige gebruik daarvan en die gebruik van maatskappij alternatiewe (Hughes, 2004:9). Daar behoort dus gelet te word op komplimenterende terapie, wat gedefinieer word as 'n kombinasie van alternatiewe behandelings soos vitamines, minerale en kruie (Sukati *et al.* 2005:190). Laasgenoemde word meer volledig bespreek onder selfversorging.

2.9.2 Pyn

Hughes (2004:9) noem dat pyn 'n betekenisvolle en kroniese simptome kan wees vir persone met MIV en VIGS. Shawn *et al.* (2005:13) verwys na 'n studie deur Frich en Borgbjerg wat daarop dui dat die algemene voorkoms van pyn in 88% gevalle onder MIV-geïnfekteerde persone in hierdie studie gerapporteer is, terwyl 69% MIV-geïnfekteerde persone ly aan konstante pyn wat inmeng met hul daaglikse lewens, tot mate wat beskryf word as matig tot ernstig. Tog blyk dit volgens laasgenoemde

outeurs dat pyn dikwels onderskat en onderbehandel word. Hughes (2004:9) noem dat standaard pynassessering die duur, plek, kwaliteit, erns, frekwensie, patroon, verswarende of verliggende faktore, geassosieerde simptome en die invloed op die pasiënt se daaglikse lewe moet insluit. Die gebruik van 'n neuropatiepynskaal, indien die pasiënt perifere neuropatiese simptome rapporteer, mag ook help om die pasiënt se pynsindroom meer deeglik te karakteriseer. Volgens Griffin, Rabkin, Remien en Williams (1998:220) kan MIV-siekteprogressie aanleiding gee tot substansiële fisieke beperkings, veral in die latere fases van MIV-infeksie. Hierdie beperkings kan direk voorkom wanneer pynvolle neuropatie in die voete die pasiënt byvoorbeeld verhoed om te kan loop. Shawn *et al.* (2005:13) dui ook aan dat pyn dan vereenselwig word met waarneembare afname in lewenskwaliteit en beperkte funksionele vermoëns.

2.9.3 Angs/Depressie

Hughes (2004:10) is van mening dat dit moeilik mag wees om onderskeid te tref tussen simptome van angs en depressie en ander MIV-verbandhoudende simptome (soos moegheid) of ongunstige reaksies op medikasie. Verhoogde bewustheid van angs en depressie behoort veral voor te kom waar die pasiënt terugvoer ontvang van 'n verhoogde viralelading en afnemende CD4-telling. Soms kan pasiënte ook spanning ervaar ten spyte van wat die viralelading en CD4-telling mag wees. Daar behoort dus na die pasiënt as mens gekyk te word en nie slegs na laboratorium resultate nie. Tog blyk dit volgens Griffin *et al.* (1998:219) dat pasiënte met VIGS of simptome MIV, hoër vlakke van depressiesimptomatologie rapporteer as asimptomatiese pasiënte.

Wanneer daar eerstens gelet word op die verband tussen psigologiese- en immunologiese funksionering blyk dit volgens Greeson *et al.* (2008:902) dat daar 'n bidireksionele kommunikasie bestaan tussen die sentrale senuweesisteem en immuun effektorselle. Laboratorium studies van MIV-geïnfekteerde en sero-negatiewe persone dui aan dat ernstige psigologiese spanning die mobilisasie van spesifieke moordenaarlimfosiete aanbring. Die resultate van hierdie studie dui daarop dat spanning, angs en depressiesimptome positief verbind kan word met die swaar aanslag van MIV-siekte as 'n funksie van wysings van moordenaarlimfosiete.

Griffin *et al.* (1998:219) konstateer dat een van die mees opvallende aspekte van siekteprogressie vanuit die pasiënt se perspektief, fisieke beperking of gestremdheid is wat 'n negatiewe psigologiese impak op die pasiënt mag uitoefen. VIGS-pasiënte mag dit veral negatief beleef wanneer hul siekte inmeng met die uitvoering van waardevolle aktiwiteite of hul mobiliteit inperk wat benodig word vir sosiale aktiwiteite. Funksionele beperkings mag dus meer bydra tot 'n verlies aan lewenskwaliteit en depressiesimptome as die pasiënt se kennis van laboratorium resultate. Pasiënte wat fisieke beperkings of gestremdhede beleef het dus 'n groter risiko vir depressie, veral wanneer 'n verlies aan onafhanklikheid voorkom.

Volgens Shawn *et al.* (2005:21) maak baie Suid-Afrikaners met MIV nie die infeksie aan gesinslede of die gemeenskap bekend nie, maar moet hul steeds op hul gesinne staatmaak vir versorging in die laaste fases van die siekte. Die vrees vir die verlies aan hierdie nodige sosiale ondersteuning indien hul MIV-status bekend sou word, veroorsaak dat baie pasiënte sterf sonder om die nodige palliatiewesorg of emosionele ondersteuning vanaf betekenisvolle ander te ontvang. Sukati *et al.* (2005:186) het bevind dat persone met MIV-simptome in Suidelike Afrika meer psigologiese simptome soos spanning, vrees en angs rapporteer as fisieke simptome soos diarree. Psigologiese simptome behoort in konteks gesien te word van die belang van die emosionele- en sosiale ondersteuning vir persone met MIV en VIGS. Ncama *et al.* (2008:1758) definieer sosiale ondersteuning in MIV-siekte as die bystand wat gebied word deur die persoon se sosiale netwerk eerder as professionele persone. Hierdie netwerklede sluit familie, vriende, bure en medewerkers in. Die tekort aan sosiale ondersteuning word geïdentifiseer as een van die hindernisse wat die verloop van versorging asook volhouding met anti-retroviraal terapie beïnvloed. Verskeie studies toon dat sosiale ondersteuning die lewenskwaliteit van persone met kroniese siekte mag verlig, veral vir persone wat met MIV en VIGS leef. Hughes (2004:11) is van mening dat intervensies vir simptome van angs en depressie die voorsiening van ondersteunende berading vir die pasiënt en gesin, krisis intervensie as die pasiënt paniek ervaar of selfmoordneigings toon en verwysing na of individuele- of groepterapie moet insluit. Farmakoterapie mag ook benodig word soos die gebruik van medikasie teen angs en anti-depressante.

2.9.4 Slaapversteurings

Hughes (2004:11) konstateer dat slaapversteurings dikwels geassosieer word met moegheid, pyn, angs en depressie. Daar is vier faktore wat geassosieer behoort te word om die etiologie van slaapversteurings te bepaal naamlik:

- Slaapomgewing– Byvoorbeeld waar slaap die pasiënt of deel die pasiënt 'n klein kamer met ander.
- Lewenstyl– Byvoorbeeld slaap die pasiënte bedags, neem die pasiënt kafeïen of stimulante saans, oefen die pasiënt.
- Siekte/behandeling spesifikasie– Byvoorbeeld neem die pasiënt enige medikasie wat slaaploosheid kan veroorsaak.
- Slaapkarakteristieke– Byvoorbeeld kry die pasiënt nagmerries of ervaar die pasiënt nagtelike mioklonus (rukbewegings).

Hierdie vier faktore voorsien die nodige inligting wat bruikbaar is in die ontwerp van gepaste intervensiestrategieë.

Intervensie vir slaapversteurings sluit die verandering van slaaphigiëne en farmakoterapie in. Slaaphigiëne verwys na praktyke wat geïmplimenteer kan word om probleme rondom slaap te minimaliseer byvoorbeeld om stimulante saans te vermy, die drink van kruietee met 'n kalmerende effek en 'n gepaste dieet. Farmakoterapeutiese aanpassings wat gemaak kan word is byvoorbeeld die uitstelling van die gebruik van anti-depressante met stimulerende eienskappe tot die oggend, of die gebruik van anti-depressante met kalmerende eienskappe, veral waar slaapversteuring geassosieer word met depressie (Hughes, 2004:11).

Die vier belangrike fisieke- en psigologiese simptome onder persone met MIV en VIGS naamlik moegheid, pyn, angs/depressie en slaapversteuring hou direk verband met mekaar waar een simptoem aanleiding kan gee tot 'n ander en omgekeer. Hierdie simptome oefen 'n negatiewe invloed uit op die pasiënt se lewenskwaliteit waar dit byvoorbeeld die pasiënt se energievlakke, mobiliteit, sosiale aktiwiteite en onafhanklikheid inperk. Hierdie simptome mag verder aanleiding gee daartoe dat die pasiënt nie volhou met anti-retroviraal terapie nie. Indien sekere van hierdie simptome kronies mag wees en 'n duidelike negatiewe effek op die pasiënt het, is dit kommerwekkend dat simptome nie altyd ernstig opgeneem word deur versorgers nie, en dus onbehandeld bly. Die maatskaplike werker en ander lede van die

multidissiplinêrespan behoort 'n wye kennis te hê van simptome wat deur MIV-pasiënte beleef word, sensitief te wees ten opsigte van hierdie simptome en pro-aktief op te tree waar sekere simptome aanleiding mag gee tot ander simptome.

2.10 Versorging van persone met MIV en VIGS

MIV en VIGS stel moeilike uitdagings vir geïnfekteerde persone en sluit dikwels armoede, tekort aan medikasie, stigma en diskriminasie en verlies aan lewenskwaliteit in as gevolg van die progressiewe ontwikkeling van MIV-verbandhoudende simptome. Dit is veral in hulpbronbeperkte omgewings moeilik om die verskeidenheid simptome te hanteer wat in die verskillende fases van die siekte voorkom (Sukati *et al.* 2005:186). Daar word dan vervolgens gelet op wyses waardeur MIV- en VIGS-pasiënte na hulself kan omsien, asook ander vorme van bystand wat buite hospitale en klinieke beskikbaar is.

2.10.1 Selfversorging

Daar word ook na selfversorgingsbestuur as selfbestuur of selfversorging verwys. Definisies van selfversorging is wyd, maar kan omskryf word as die behandeling vir 'n waarneembare simptome, met inagnome dat dit onderneem word deur 'n leke persoon sonder die bydrae van professionele persone. Dit kan verder gedefinieer word as die besluite en aksies wat geneem word deur 'n persoon wat gesondheidsprobleme in die gesig staar, ten einde hierdie probleme te hanteer en sy/haar gesondheid te verbeter. Selfversorging suggereer dus dat individue hul eie hulbronne benut, insluitende persoonlike hoedanighede soos kennis, vaardighede, positiewe houdings, determinasie, moed en optimisme, ten einde swak gesondheid te verbeter. Waar konvensionele Westerse medikasie nie beskikbaar is nie of faal, neem mense dus toevlug tot hul eie wyses om simptome te verlig, en word selfversorging 'n praktyk (Sukati *et al.* 2005:186).

Sukati *et al.* (2005:186) is van mening dat simptoombestuur 'n belangrike komponent is van beide selfversorging en professionele versorging vir persone met MIV en VIGS, aangesien onbeheerde simptome die algemene lewenskwaliteit verlaag. Waar MIV-medikasie wel beskikbaar is blyk dit dat onbeheerde simptome die volhouding van MIV-terapie kan verlaag. Daar bestaan verder 'n direkte korrelasie tussen

swakker fisieke funksionering en die voorkoms van 'n groter aantal simptome. Effektiewe simptomebeheer kan dus die pasiënt se spanning en ongemak verminder.

Langtermyn oorlewendes van VIGS in die VSA het die volgende aktiwiteite rondom selfversorging gerapporteer in bogenoemde outeurs se studie: om afstand te doen van negatiewe gewoontes rondom gesondheid; om aktiwiteite te onderneem wat gesondheid bevorder; om verantwoordelik te wees vir hul eie gesondheid; en om spanning te verminder. Sukati *et al.* (2005:187) het verder bevind dat daar sewe kategorieë van selfversorging bestaan onder spesifiek MIV-positiewe vroue in die VSA. Hierdie kategorieë sluit die volgende in:

- Spesiale dieetkundige en voedingspraktyke.
- Die keuse om nie medies voorgeskrewe terapie te gebruik nie.
- Spirituele vertroue en rituele.
- Om aktief te bly.
- Kognitiewe strategieë.
- Selfopvoeding.
- Gesonde lewenstyl.

Verder het bogenoemde outeurs die volgende vier hanteringstrategieë gevind onder MIV-positiewe pasiënte in die VSA naamlik:

- Die bestuur van simptome, medikasie en emosies.
- Self-eksperimentering met komplimenterende terapie ten einde siekteprogressie te evalueer.
- Vryheid van enige medikasie regimente.
- Die bestuur van stigma rondom VIGS.

Volgens Sukati *et al.* (2005:190) kan komplimenterende terapie gedefinieer word as 'n kombinasie van alternatiewe behandelings soos vitamies, minerale en kruie. Laasgenoemde speel 'n belangrike rol in die daaglikse lewens van mense met MIV en VIGS in Suidelike Afrika. Gemeenskappe wat rondom die Knysna woude woon drink byvoorbeeld 'n tee wat gemaak word van olifantmis om die immuunsisteem te versterk. Hierdie olifante eet “magic mushrooms” ook bekend as *Ganoderma applanatum* (Sukati *et al.* 2005:190). 'n Navorser van Zimbabwe wat VIGS-wesies versorg, het ontdek dat sekere gemeenskappe daar ook *ganoderma* gebruik om die

immuunsisteem te versterk. Laasgenoemde gevalle dui daarop dat in geval van 'n geaffekteerde immuunsisteem, gemeenskappe staatmaak op selfversorging waar hul bewus word dat hul na hulself moet omsien. Sekere kruie word ook in Uganda voorgeskryf om gordelroos te behandel. Kruie kan dus 'n belangrike plaaslike en bekostigbare alternatief wees om gordelroos by MIV-geïnfekteerde persone te behandel. Kruie mag egter skadelik wees wanneer dit saam met voorgeskrewe medikasie geneem word.

Sukati *et al.* (2005:191) verduidelik dat tradisionele genesers ook 'n rol speel in die behandeling van persone met MIV en VIGS in Suidelike Afrika. Tradisionele genesers konfronteer dieselfde MIV- en VIGS-simptoom probleme as wat Westers opgeleide gesondheidswerkers moet konfronteer. Daar bestaan egter verwarring waar tradisionele genesers vir mediese lisensiëring aansoek kan doen en hulself dan “dokters” noem. Sommige MIV-positiewe persone vind dit dan moeilik om te onderskei tussen tradisionele genesers en gesondheidswerkers. Tradisionele praktyke laat ook nie die pasiënt altyd toe om onafhanklik na hulpverlening te soek nie, maar die hoof van die gesin, of 'n nabye familielid sal namens die pasiënt die tradisionele geneser se hulp aanvra.

Dit blyk dat selfversorging veral verband hou met simptoombestuur waar die MIV-geïnfekteerde individu staatmaak op sy/haar eie hulpbronne en persoonlike hoedanighede soos kennis, vaardighede, positiewe houdings, determinasie, moed en optimisme. Kultuur mag moontlik ook 'n rol speel in selfversorging waar sekere gebruike die individu se simptome mag verlig of verbeter. Laasgenoemde is aanduidend daarvan dat die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan nie sulke tradisionele gebruike moet afmaak nie, maar eerder daarna moet ondersoek instel as moontlike plaaslike hulpbronne vir persone met MIV en VIGS. Dit mag verder van belang wees om die MIV-positiewe individu aan te moedig om 'n wye veld van alternatiewe wyses vir selfversorging te bestudeer in sy/haar poging om simptome te bestuur.

2.10.2 Palliatiewesorg en tuisversorging

Shawn *et al.* (2005:13) is van mening dat waar anti-retroviralemiddels nie vir alle Suid-Afrikaners beskikbaar is nie, palliatiewesorg sal aanhou om die ruggraat van MIV- en VIGS-sorg te bly. Hospitale het nie die kapasiteit om binnepasiëntsorg te bied aan almal nie. Gevolglik het gemeenskapsgebaseerde palliatiewe versorgingsdienste ontwikkel wat tuisversorging, nie-regeringsorganisasies en gemeenskappe integreer as deel van die formele gesondheidsorg en -diensstruktuur. Tuisversorgingsprogramme poog om basiese palliatiewe dienste aan pasiënte met ernstig gevorderde siekte en hul gesinne te bied. Versorging word in die pasiënt se huis onderneem met die plaaslike gesondheidsorgfasiliteite as steun. Palliatiewesorg is 'n kombinasie van aktiewe en medelyende terapie om individue en hul gesinne met lewensgevaarlike siekte te ondersteun. Tydens periodes van siekte en rou poog palliatiewesorg om fisieke-, psigologiese-, sosiale- en spirituele behoeftes te vervul, terwyl dit steeds sensitief is teenoor persoonlike-, kulturele- en geloofsoortuigings en praktyke.

Baie Suid-Afrikaners met MIV en VIGS verkies om nie van tuisversorgingsdienste gebruik te maak nie omdat hul nie hul MIV-infeksie erken nie, of bevrees is dat hul deur hul gesinne en die gemeenskap verwerp sal word. Hierdie Suid-Afrikaners het elektrisiteit, water, televisie en telefone tot hul beskikking, wat impliseer dat hul nie ekstreem armoedig is nie. Palliatiewesorg kan egter aanvang neem gedurende die tyd van diagnose en behoort tydens die hoof simptomatiese fase gekombineer te word met terapie vir die behandeling van opportunistiese siektes. Palliatiewesorg word nie beperk tot sorg aan die einde van die pasiënt se lewe nie, maar mag voordele inhou vir enige fase van die siekte. Palliatiewesorg is eerstens toegespits op simptoombesorging. Insig van die voorkoms en frekwensie van spesifieke simptome is dus essensieel vir effektiewe palliatiewe versorging. Pynbestuur is een van die belangrike aspekte waarop palliatiewesorg fokus (Shawn *et al.* 2005:13).

Waar hospitale nie die kapasiteit het om binnepasiëntsorg te bied aan alle MIV-positiewe pasiënte nie, is palliatiewesorg en veral tuisversorging een van die belangrikste wyses waarop simptome by MIV-positiewe pasiënte aangespreek kan word. Waar stigma sekere MIV-positiewe persone verhoed om van beskikbare palliatiewe dienste gebruik te maak, is dit aanduidend van die tekort aan kennis en

insig rondom MIV en VIGS in hierdie gemeenskappe. Die maatskaplike werker en MIV-berader kan veral hier 'n rol speel deur die loodsing van MIV-bewusmakingsveldtogte in spesifieke gemeenskappe, asook in die pasiënt se bekendmakingsproses van sy/haar MIV-status aan gesinslede.

2.11 MIV-berading

2.11.1 Voortoets-berading

Die doel van voortoets-berading is om 'n persoon wat dit oorweeg om MIV-toetsing te ondergaan van die nodige inligting en ondersteuning te voorsien om 'n ingeligte besluit te neem. Inligting rondom die tegniese aspekte van MIV-toetsing asook die moontlike persoonlike-, mediese-, sosiale-, psigologiese-, wetlike- en etiese implikasies daarvan om MIV-positief of MIV-negatief gediagnoseer te word, behoort voorsien te word. Die doel van voortoets-berading is ook om te bepaal waarom iemand MIV-toetsing wil ondergaan; om die aard en mate van vorige en huidige hoë risiko-groep te bepaal; en die aksie wat benodig word om die persoon te verhoed om geïnfekteer te word of MIV aan ander oor te dra. Die berader moet onthou dat voortoets-berading moontlik die enigste geleentheid mag wees wanneer hy/sy die kliënt sal sien, aangesien die kliënt mag besluit om nie toetsing te ondergaan nie, of moontlik nie sal terugkom vir sy/haar toetsresultate nie (Van Dyk, 2008:252). Angotti, Bula, Gaydosh, Kimchi, Thornton en Yeatman (2009:2264) verduidelik dat waar 'n individu 'n MIV-toets ondergaan, daar besluit mag word om nie terug te kom vir die toetsresultaat nie. In klinieke regoor Afrika kom slegs 65% individue terug vir die resultate van hul MIV-toetse. Die konvensionele verduideliking hiervoor is psigologiese- en sosiale versperrings, naamlik dat mense vrees om bewus te word dat hul met dié siekte geïnfekteer is wat gesien word as 'n dodelike of noodlottige siekte wat gepaard gaan met stigmatisering.

Die opvolgende riglyne kan benut word tydens voortoets-berading.

2.11.1.1 Verhouding bou

Dit is belangrik om 'n atmosfeer van veiligheid en vertroue te skep om die kliënt te help om sy/haar storie te vertel. Die kliënt behoort dus verwelkom te word en van

privaatheid verseker te word. Die berader behoort homself/haarself voor te stel en aan die kliënt te verduidelik wat sy/haar rol is. Redes vir voortoets-berading moet ook verduidelik word en sluit die volgende in:

- Voortoets-berading is 'n wetlike en etiese vereiste.
- MIV-toetsing mag veelomvattende implikasies inhou.
- Die kliënt moet seker wees of hy/sy MIV-toetsing wil ondergaan of nie.
- Die keuse om MIV-toetsing te ondergaan bly die kliënt se keuse.

Die berader kan ook meer uitvind oor die kliënt byvoorbeeld die kliënt se ouderdom, beroep, verhoudingstatus en gesinsagtergrond (Van Dyk, 2008:252).

2.11.1.2 Konfidensialiteit

Angotti *et al.* (2009:2267) se studie in Malawi dui daarop dat gesondheidswerkers nie pasiënte se persoonlike inligting privaat hou nie. Pasiënte het dus gekla oor 'n tekort aan konfidensialiteit wanneer hul deur beraders na gesondheidsfasiliteite verwys word. Verder blyk dit dat oop hospitaalplanne met aparte vleuels vir vrywillige MIV-toetsing die pasiënt se rede vir besoek aan die gesondheidsfasiliteit en die uitkoms daarvan te maklik aan ander blootlê. Van Dyk (2008:252) is van mening dat die kliënt verseker moet word dat sy/haar reg tot konfidensialiteit ten alle tye onderhou sal word. Indien 'n individu verkies om nie sy/haar status bekend te maak nie, behoort hy/sy verseker te word dat geen inligting aan enige iemand gekommunikeer sal word sonder die kliënt se vooraf toestemming nie. Die kwessie van groepkonfidensialiteit moet bespreek word waar nodig. Laasgenoemde is van toepassing waar die berader nie gekwalifiseer is om die MIV-toets te onderneem nie en 'n derde party, gewoonlik 'n verpleegkundige, benodig word om die toets te onderneem en te interpreteer.

2.11.1.3 Redes vir MIV-toetsing

Desgrés-du-Loû en Orne-Gliemann (2008:152) konstateer dat die meerderheid opvolg studies van MIV-negatiewe en MIV sero-teenstrydige of *sero-discordant* pare (waar een van 'n paar MIV-negatief is en die ander een MIV-positief is) tot onlangs in lande met 'n veralgemeende MIV-epidemie, getoon het dat vroue veral 'n hoë risiko vir MIV-infeksie het vanaf hul gereelde seksmaat, moontlik as gevolg van hul hoër biologiese vatbaarheid en die ontrou van hul seksmaat. Vroue vrees dus om deur 'n gereelde seksmaat geïnfekteer te word, terwyl hul mans/egmaats infeksie deur 'n

“buite”-seksmaat vrees. Meer onlangse studies wat in verskeie Afrika-lande onderneem is toon egter dat vroue in die helfte van die gevalle in sero-teenstrydige pare die MIV-positiewe maat was, terwyl die man MIV-negatief was. Laasgenoemde mag verband hou met vroue wat met MIV geïnfekteer word gedurende voorhuwelikse seks. In Afrika word ’n groot aantal jong vroue in hul tienerjare met MIV geïnfekteer voordat die huwelik plaasvind, omdat hulle betrokke raak in transaksionele verhoudings met ouer mans.

Van Dyk (2008:253) beveel aan dat die berader die redes waarom die kliënt MIV-toetsing wil ondergaan behoort te eksploreer. Die kliënt mag byvoorbeeld MIV-toetsing wil ondergaan vir versekeringsdoeleindes, hoë risiko seksuele gedrag, verkragting of omdat die kliënt moontlik deur iemand geforseer word om MIV-toetsing te ondergaan. Daar moet bepaal word waarom die kliënt dink dat sy moontlik geïnfekteer is. Let op watter spesifieke gedrag of simptome vir die kliënt kommer veroorsaak. Bepaal of die kliënt voorheen MIV-toetsing ondergaan het, en indien wel, wanneer, waar en om watter redes MIV-toetsing ondergaan is, en wat die resultaat van die toets was. Hierdie vrae sal die berader voorsien van die individu se persepsie van haar eie hoë risiko-gedrag, die dringendheid daarvan om die toets te ondergaan, die kliënt se kennis van MIV en VIGS en die kliënt se emosionele toestand. Die redes waarom die kliënt toetsing wil ondergaan is belangrik, aangesien dit ’n aanduiding is van die res van die voortoets-beradingsessie. ’n Kliënt wat byvoorbeeld verkrag is sal in berading anders benader word as iemand wat onveilige seksuele-omgang het op ’n gereelde basis. Die berader moet nie veroordelende opmerkings maak rondom die kliënt se redes vir toetsing nie. Die berader moet eerder met simpatie en begrip luister na dit wat die kliënt wel van haar storie vertel. Die kliënt moet ruimte gelaat word vir persoonlike uitdrukking en aangemoedig word om oor gevoelens en onsekerhede te praat. Die kliënt moet verseker word dat MIV-toetsing vrywillig is en dat die kliënt mag weier om MIV-toetsing te ondergaan (Van Dyk, 2008:253).

2.11.1.4 Risiko-assessering

Van Dyk (2008:254) is van mening dat die moontlikheid dat die kliënt blootgestel is aan MIV en hoe gereeld die kliënt daaraan blootgestel is, bepaal kan word deur die volgende risiko-faktore en leefstyl aanduidings:

- Wat is die kliënt se seksuele risikogeskiedenis in terme van frekwensie en tipe seksuele gedrag?
- Is daar enige ander risiko's betrokke soos dat die kliënt 'n binne-aarse dwelmgebruiker is, in die tronk was, 'n migrasiewerker, vlugteling of sekswerker is?
- Het die kliënt 'n bloedoortapping, orgaanoorplanting of bloed- of liggaamsprodukte ontvang?
- Is die kliënt blootgestel aan onsteriele indringende prosedures soos tatoeëring, die deursteking van gaatjies, insnyding of tradisionele prosedures soos manlike besnyding of vroulike genitaliese skending?
- Is die kliënt blootgestel aan MIV-geïnfekteerde bloed in werksomstandighede, sport of was die kliënt in 'n ongeluk?

Die navorser is van mening dat risiko-assessering veral van belang is waar daar 'n groot aantal wyses mag bestaan waarop MIV oorgedra kan word, en die kliënt nie bewus mag wees van al hierdie wyses van MIV-oordraging nie. Sommige kliënte mag moontlik nie 'n ooreenkoms trek tussen tatoeëring, die deursteking van gaatjies, insnyding ensameer en MIV-oordraging nie, en dus nie verstaan hoe hul moontlik MIV kon opdoen nie. Die berader behoort egter alle bogenoemde aspekte in ag te neem gedurende risiko-assessering.

2.11.1.5 Oortuigings en kennis rondom MIV-infeksie en veiliger seksuele-omgang

'n Studie aan die Ivoorkus onder MIV-negatiewe vroue het getoon dat hul manlike seksmaats nie MIV-toetsing ondergaan nie, aangesien hul oortuig was dat hul serostatus soortgelyk is aan dié van hul vrouens. Laasgenoemde veroorsaak dat hierdie seksmaats nie kan insien waarom hul enige beskerming behoort te gebruik gedurende seksuele-omgang nie (Desgrés-du-Loû & Orne-Gliemann, 2008:152). Van Dyk (2008:254) is van mening dat die berader moet bepaal presies wat die kliënt weet

van MIV en VIGS. Foute en mites moet reggestel word. Akkurate inligting rondom wat MIV-infeksie en VIGS omvat, die wyses van MIV-oordraging, -voorkoming, -simptome en die progressie van die siekte moet oorgedra word. Die hoeveelheid inligting wat oorgedra word sal afhang van die kliënt se behoefte, asook die kliënt se kennis en vlak van begrip.

2.11.1.6 Inligting rondom die MIV-toets

Dit is belangrik dat die kliënt bewus is van wat die MIV-toets behels. Die berader moet die toetsprosedures sowel as die betekenis van die toetsuitslag verduidelik. Die volgende aspekte kan met die kliënt bespreek word:

- Verlening van toestemming om MIV-toetsing te ondergaan.
- Die toetsprosedure.
- Die rol van 'n bevestigende toets.
- Daadwerklike resultate in geval van snelle MIV-toetsing.
- Die verskil tussen MIV en VIGS.
- Die betekenis van die teenwoordigheid van MIV-teenliggaampies in die kliënt se bloed.
- Die betekenis van 'n positiewe en 'n negatiewe toetsresultaat.
- Die betekenis van die vensterperiode.
- Die betroubaarheid van die MIV-toetsing prosedures (Van Dyk, 2008:254-255).

Die navorser is van mening dat bogenoemde inligting die kliënt se vrese en onsekerhede mag aanspreek, veral waar die berader hierdie aspekte op 'n duidelike en verstaanbare wyse aan die kliënt oordra.

2.11.1.7 Die implikasies van 'n MIV-toetsresultaat

Die moontlike persoonlike-, mediese-, sosiale-, psigologiese-, etiese- en wetlike implikasies van 'n positiewe MIV-toetsresultaat behoort met die kliënt bespreek te word voordat MIV-toetsing plaasvind. Al die moontlike voor- en nadele van MIV-toetsing asook die implikasies van elke toetsresultaat behoort saam met die kliënt geëksploreer te word. Die kliënt behoort verder verseker te word dat mediese

behandeling beskikbaar is wat die kliënt kan help om gesond te bly vir langer ingeval van 'n MIV-positiewe toetsresultaat (Van Dyk, 2008:255).

Volgens Van Dyk (2008:255) sluit onderneming van MIV-toetsing die volgende voordele in:

- Kennis van die kliënt se MIV-status mag spanning vir die kliënt verlig wat geassosieer word met onsekerheid.
- Rationele planne kan gemaak word vir die emosionele en spirituele voorbereiding daarop om met MIV te leef.
- Simptome kan bevestig, verlig en behandel word.
- Profilaktiese behandeling kan oorweeg word.
- Anti-retroviraal terapie kan oorweeg word indien die kliënt 'n kandidaat is daarvoor.
- Aanpassings rondom lewenstyl en seksuelegedrag kan die kliënt en sy/haar sekssmaats teen infeksie beskerm.
- Besluite rondom gesinsbeplanning en nuwe seksueleverhoudings kan onderneem word.
- Die MIV-positiewe kliënt kan begin om 'n gesonde lewenstyl te volg.
- 'n Swanger kliënt kan stappe neem om moeder-tot-kind-oordraging van MIV te voorkom.
- Die kliënt kan toekomstige versorging en finansiële sekuriteit van die gesin, asook die moontlikheid van die versorging van VIGS-wesies beplan.

Van Dyk (2008:255) noem dat die volgende nadele verband mag hou met die onderneming van MIV-toetsing:

- Moontlike beperkings op lewensversekering en verbande.
- Sosiale stigma wat met die siekte geassosieer word.
- Probleme om verhoudings te onderhou en nuwe vriende te maak.
- Moontlike weiering deur oningeligte mediese- en tandheelkundige personeel om 'n MIV-positiewe individu te behandel (hoewel dit egter in teenstand is met die Suid-Afrikaanse Konstitusie).
- Moontlike afdanking by die werk (is egter onwettig waar dit oor die individu se MIV-status gaan).

- Moontlike verwerping en diskriminasie deur vriende, familie en kollegas.
- Emosionele probleme en 'n disintegrasie van die individu se lewe.
- Toenemende spanning en onsekerheid oor die toekoms.
- Spanning en die negatiewe effek van geheimhouding vir individue wat besluit om nie hul toetsresultate bekend te maak nie.

Die navorser is van mening dat die bespreking van die voor- en nadele van MIV-toetsing van groot waarde mag wees vir die kliënt. Een van die belangrikste voordele van MIV-toetsing vir die kliënt is die voorkoming van die verspreiding van MIV na ander, soos 'n seksmaat of baba. Verder mag die kliënt haarself/homself ook teen MIV-herinfeksie beskerm deur middel van kondoomgebruik.

2.11.1.8 Antisipasie die resultate

Die berader behoort beide 'n positiewe of negatiewe toetsresultaat te verwag en met die kliënt te gesels oor hoe die kliënt die toetsuitslag sal hanteer. Die kliënt moet gevra word hoe hy/sy sal voel oor 'n negatiewe toetsresultaat. Daar behoort oor die vensterperiode en die implikasies daarvan gepraat te word en die belang daarvan om MIV-negatief te bly deur veilige seksuele-omgang en bloedpraktyke te beoefen. 'n Kondoomdemonstrasie kan gegee word indien nodig (Van Dyk, 2008:256).

Antisipasie van 'n positiewe toetsresultaat sal die berader help om die kliënt se vermoë om 'n positiewe toetsresultaat te hanteer en daarby aan te pas, vas te stel. Die berader sal insig ontwikkel rondom die potensiële probleme wat geassosieer word met 'n positiewe toetsresultaat. Die voorbereiding van die kliënt op 'n moontlike positiewe toetsresultaat maak voorsiening vir meer effektiewe natoets-berading. Ten einde die kliënt voor te berei op 'n moontlike positiewe toetsresultaat kan daar op die volgende gelet word:

- Die kliënt se gevoelens rondom 'n negatiewe toetsuitslag en die moontlikheid vir verdere toetsing oor drie of ses maande.
- Die kliënt se reaksies en gevoelens rondom 'n positiewe toetsuitslag. Hoe dit die kliënt se lewe sal verander en watter positiewe- en negatiewe veranderings die kliënt kan antisipeer.

- Die kliënt se bekendmaking van haar status aan ander soos aan wie, waarom daardie persoon, moontlike reaksies van ander wanneer die kliënt sy/haar status bekend maak, bekendmaking aan 'n seksmaat en die moontlikheid dat die seksmaat ook MIV-toetsing moet ondergaan.
- Die moontlike invloed van 'n positiewe toetsresultaat op die kliënt se verhoudings, gesin en familie. Moontlike verwagte reaksies van laasgenoemde persone.
- Die implikasies van 'n MIV-positiewe toetsresultaat op die kliënt se werk en werksomstandighede.
- Mediese hulpverlening aangesien die siekte versorging, lewenstylveranderings, toewyding en dissipline vereis.
- Wie emosionele- en sosiale ondersteuning aan die kliënt sal voorsien.
- Hoe die kliënt vorige krisis hanteer het, en die belang van groepe en organisasies wat die kliënt kan bystaan (Van Dyk, 2008:256).

2.11.1.9 Inligting rondom die bekendmaking van resultate en deurlopende ondersteuning

Daar behoort aan die kliënt verduidelik te word wanneer, hoe en deur wie die toetsresultaat aan hom/haar gegee sal word. Die kliënt behoort verseker te word van persoonlike aandag, privaatheid, konfidensialiteit en deurlopende ondersteuning en raad indien benodig word. Indien 'n bloedmonster weggestuur word vir ELISA-toetsing, soos wanneer die kliënt die ELISA-toets ter bevestiging wil onderneem, behoort opvolgessies gereël te word waar die toetsresultaat beskikbaar gestel sal word. Sommige kliënte mag verkies om 'n vriend of gesinslid saam te bring wanneer hul terugkom vir die toetsresultaat. Die berader behoort laasgenoemde te akkomodeer indien die kliënt dit so verkies, maar ook die kwessies van konfidensialiteit en bekendmaking hier met die kliënt te bespreek (Van Dyk, 2008:257).

2.11.1.10 Ondersteuningsnetwerke en die wagperiode

Die kliënt se ondersteuningsnetwerke behoort geïdentifiseer te word. Die berader behoort ook te let op hoe die kliënt krisis in die verlede hanteer het, wie die kliënt ondersteun het en of hierdie persone nou ook beskikbaar sal wees. Om te wag op die toetsresultate mag uiters spanningvol wees vir die kliënt. Hierdie wagperiode kan

tussen 2-14 dae duur afhange van waar die toets onderneem word. Die berader behoort die volgende aspekte met die kliënt te bespreek:

- Die name van persone op wie die kliënt kan staatmaak terwyl hy/sy vir sy/haar resultate wag. Laasgenoemde mag die kliënt help om te dink op wie hul kan staatmaak vir ondersteuning indien die toetsresultaat positief is.
- Moedig die kliënt aan om die berader of 'n kollega te kontak indien hy/sy enige vrae het.
- Lig die kliënt in van hoe om seksmaats en ander te beskerm (byvoorbeeld deur kondoomgebruik) gedurende die wagperiode.
- Moedig die kliënt aan om homself/haarself besig te hou met iets wat hy/sy geniet gedurende hierdie wagperiode (Van Dyk, 2008:257).

2.11.1.11 Ingeligte toestemming

Die besluit om MIV-toetsing te ondergaan kan slegs deur die kliënt geneem word en ingeligte toestemming moet voor MIV-toetsing bekom word. Instemming tot mediese toetsing bevat twee elemente naamlik inligting en toestemming. Voordat MIV-toetsing onderneem kan word moet die kliënt die aard van die toets verstaan en ook toestemming verleen om toetsing te ondergaan, verkieslik in geskrewe vorm. 'n Kliënt mag nooit mislei word om toestemming te gee tot MIV-toetsing nie (Van Dyk, 2008:258).

Dit blyk dat die belangrikste aspekte van voortoets-berading die voorsiening van inligting deur die berader en ingeligte besluitneming deur die kliënt is. Hierdie aspekte behoort te geskied in 'n omgewing of atmosfeer van veiligheid, vertroue, privaatheid en konfidensialiteit wat gepaard gaan met die berader se nie-veroordelende houding. Benewens die oordra van inligting tydens voortoets-berading, kan die berader ook die kliënt se situasie eksploreer wat die berader mag help om die moontlike toetsuitslag en die kliënt se reaksie daarop te antisipeer.

2.11.2 Natoets-berading

Van Dyk (2008:258) is van mening dat min dinge so stresvol kan wees as om te wag op 'n MIV-toetsuitslag. Vir baie kliënte mag dit voel asof die berader die sleutel tot hul toekoms in sy/haar hande hou. Hoewel natoets-berading apart is van voortoets-

berading is dit tog onlosmaaklik verbind. Voor- en natoets-berading moet verkieslik deur dieselfde persoon onderneem word, aangesien die gevestigde verhouding tussen die kliënt en die berader die kliënt van 'n gevoel van aaneenlopendheid voorsien. Die berader sal ook 'n beter idee hê van hoe om die natoets-berading te benader as gevolg van sy/haar ervaring in voortoets-berading. Wanneer 'n snelle MIV-toets gedoen word sal die resultate na tussen 10-30 minute beskikbaar wees. In hierdie geval word voor- en natoets-berading as deel van dieselfde sessie onderneem en beraders behoort berading hierby aan te pas. Berading nadat toetsing onderneem is sal afhang van die uitslag van die toets wat positief, negatief of onbeslis kan wees.

2.11.2.1 Berading na 'n negatiewe MIV-toetsresultaat

'n Negatiewe toetsresultaat is vir beide die kliënt en die berader 'n groot verligting. 'n Negatiewe toetsresultaat mag egter 'n vals sin van sekuriteit skep vir iemand wat gereeld betrokke is by hoë risiko gedrag, maar 'n negatiewe toetsresultaat het. Dit is daarom van groot belang vir die berader om berading te voorsien aan die MIV-negatiewe kliënt wat die kliënt se kans op toekomstige infeksie sal verlaag. Daar moet veral aan die kliënt verduidelik word dat niemand immuun is teen MIV nie, en dat die kliënt 'n ernstige risiko loop om met MIV geïnfekteer te word indien hy/sy byvoorbeeld nie veilige seksuele-omgang beoefen nie. Die moontlikheid dat die kliënt in die vensterperiode verkeer of dat die negatiewe toetsresultaat 'n vals negatief mag wees, behoort ook aan die kliënt uitgewys te word. Indien daar enige kommer rondom die kliënt se MIV-status bestaan, behoort die kliënt terug te kom vir hertoetsing drie tot ses maande later. Intussen behoort die kliënt gepaste stappe te neem om homself/haarself en sy/haar seksmaat te beskerm (Van Dyk, 2008:258).

2.11.2.2 Berading na 'n positiewe MIV-toetsresultaat

Die gesondheidswerker moet uitermatig verantwoordelik wees in hoe 'n positiewe toetsresultaat aan die kliënt gekommunikeer gaan word. Die kliënt se reaksies op die toetsresultaat hang veral af van hoe deeglik die berader die kliënt voor en na toetsing voorberei het en van inligting voorsien het. Hoewel dit van belang is om die kliënt aan te moedig om vrae te vra, behoort die kliënt nie gebombardeer te word met inligting wat op daardie stadium nie opgeneem kan word nie. Die berader moet ook leer om gemaklik te wees met stilte, aangesien dit nie altyd nodig is om iets te sê nie.

Daar bestaan geen resep of tienpuntplan om aan 'n persoon bekend te maak dat hy/sy MIV-positief is nie. Die berader behoort eerder daar te wees vir die kliënt en op die kliënt se behoeftes te reageer. Die volgende mag behulpsaam wees:

Die berader behoort homself/haarself voor te berei op die bekendmaking van relutate deur seker te maak dat hy/sy:

- Die korrekte resultaat het.
- Verstaan wat die resultaat beteken.
- Tyd het om saam met die kliënt te spandeer.
- Emosioneel gereed is om die resultaat aan die kliënt oor te dra (Van Dyk, 2008:259).

Die toetsresultaat behoort altyd persoonlik aan die kliënt oorgedra te word en terugvoer behoort in 'n stil, privaat omgewing onderneem te word met genoeg tyd vir bespreking. 'n Positiewe toetsresultaat behoort kalm, professioneel en met empatie aan die kliënt gekommunikeer te word. Die berader moet die kliënt nooit vals hoop gee of die situasie as hopeloos oordra nie. Neutrale woorde behoort gebruik te word in die oorda van 'n positiewe toetsresultaat. Geen waardetoekennings behoort aan die resultaat gekoppel te word soos om te sê “Ek het slegte nuus vir jou” nie. Daar kan eerder gesê word “Mev. Peterson, die resultate van jou MIV-toets het teruggekom en jy is MIV-positief”. Tans is MIV-infeksie 'n kroniese, bestuurbare infeksie en die berader se taak is om realistiese optimisme en hoop oor te dra (Van Dyk, 2008:259).

Die kliënt se reaksie op sy/haar toetsresultaat sal meestal van persoon tot persoon verskil en mag skok, ongeloof, gevoelloosheid, huil, agitatie, spanning, skuldgevoelens, onttrekking, woede en verontwaardiging insluit. Sommige kliënte mag reageer met ontkenning, onverskilligheid of selfs verligting. Die berader behoort neutraal te bly en professioneel te reageer op enige uitbarstings. Die berader behoort in ag te neem dat die kliënt meervoudige verliese in die gesig staar (soos die verlies aan gesondheid, seksualiteit en die toekoms) en dat die kliënt al die komponente van verlies soos ontkenning, woede, onderhandeling, depressie en aanvaarding mag manifesteer. Die berader behoort die persoonlike aard van die individu se gevoelens te respekteer. Die berader behoort verder die wyse waarop MIV-infeksie plaasgevind het in ag te neem, aangesien dit implikasies vir hanteringstrategieë mag inhou. Om

met MIV geïnfekteer te word deur middel van verkragting, 'n naald-ongeluk, as gevolg van ontrou of binne 'n liefdevolle verhouding sal elk sy eie unieke dinamika skep (Van Dyk, 2008:260).

Wanneer daar op die kliënt se behoeftes reageer word, behoort die berader in ag te neem dat nie al hierdie behoeftes noodwendig na vore sal kom of bespreek sal word in die eerste sessie nie. Sommige behoeftes sal aangespreek word in die tweede of opvolgssessies. Die volgende kwessies mag moontlik na vore kom en behoort teen die kliënt se pas bespreek te word:

- Die vrees vir pyn en sterfte.
- Die kliënt se behoefte na inligting. Die berader moet hier nie oor-intellektualiseer nie en die kliënt voorsien van leeswerk wat huis toe geneem kan word.
- Die kliënt mag dikwels vrae hê oor anti-retroviralemedikasie. Die berader behoort seker te maak dat hy/sy bekend is met die mees onlangse navorsing rondom anti-retroviralemedikasie.
- Die kliënt moet geadviseer word oor siektes waarvoor hy/sy nou vatbaar is, en die simptome daarvan behoort bespreek te word. Daar behoort ook aan die kliënt verduidelik te word dat opportunistiese infeksies suksesvol behandel en voorkom kan word met behulp van medikasie.
- Een van die belangrikste bekommernisse van MIV-positiewe kliënte is aan wie om hul MIV-status bekend te maak en hoe om dit bekend te maak. Bekendmaking behoort dus met die kliënt bespreek te word.
- Sommige kliënte mag die moontlike verlies aan werk vrees. Wetlike aspekte soos die regte van MIV-positiewe persone behoort hier met die kliënt bespreek te word.
- Finansiële probleme mag vir sommige kliënte kommer veroorsaak. Bespreek dus opsies rondom welsynsdienste insluitende beskibare toelae.
- Bekommernisse rondom kinders behoort bespreek te word indien relevant soos risiko rondom swangerskap, voorkoming van moeder-tot-kind MIV-oordraging, terminasie van swangerskap, gesinsbeplanning, sorg aan weeskinders en besluite rondom die MIV-toetsing van kinders.
- Bespreek ook mediese opsies soos opvolgtoetsing en die betekenis daarvan, die ontwikkeling van 'n gesondheidsplan by 'n Staatskliniek of privaat dokter, beksibare behandeling en die kostes daarvan, alternatiewe

gesondheidsmoontlikhede insluitende tradisionele genesers en die belang van gereelde mediese ondersoeke.

- Lig die kliënt in van persone met MIV se toenemende risiko vir TB. Verduidelik die simptome van TB en moedig die kliënt aan om hulp te soek indien enige van hierdie simptome ontwikkel.
- Lewenstylveranderinge behoort bespreek te word soos om alkohol, substansgebruik en rook gewoontes te verminder, genoeg te slaap en te rus, oefening te doen, spanning te hanteer, 'n gebalanseerde dieet te volg en aanvullings en immuunversterkers te neem. Veilige seksuegedrag, MIV-herinfeksie, veilige bloedpraktyke en infeksie-beheer behoort ook bespreek te word.
- Die kliënt kan na ondersteuningsgroepe verwys word waar daar op 'n gereelde basis oor probleme gepraat kan word, ontspan kan word en ander se geselskap geniet kan word.
- Die kliënt behoort ook gehelp te word om 'n probleembestuurplan te ontwikkel. Begin deur die kliënt te vra om 'n lys van sy/haar goeie kwaliteite en moontlike beperkings te maak.
- Identifiseer die wyses waarop die kliënt voorheen sy/haar probleme suksesvol hanteer het en help die kliënt om nuwe hanteringstrategieë soos stres-hanteringstegnieke en ontspanningsoefening te ontwikkel indien nodig.

Wat die volgende 24 uur aanbetref behoort gepaste kontaknommers aan die kliënt voorsien te word en opvolgessies, verkieslik reeds vir die volgende dag gereël te word. Voordat die kliënt huis toe gaan behoort die berader ook die kliënt se risiko vir selfmoord te assesser en daarvolgens op te tree (Van Dyk, 2008:262).

Wanneer 'n persoon hoor dat hy/sy MIV-positief is ervaar hy/sy gewoonlik soveel spanning dat min inligting opgeneem word. Opvolgbesoeke is dus van belang om die kliënt die geleentheid te bied om vrae te vra en oor sy/haar vrese en verskeie probleme wat hy/sy mag teëkom, te praat. Betekenisvolle ander soos 'n eggenoot, seksmaat en ander lede van die gesin kan by hierdie opvolgessie betrek word (Van Dyk, 2008:262).

2.11.2.3 Berading na 'n onbesliste MIV-toetsresultaat

Indien die toetsresultaat onbeslis is behoort die berader aan die kliënt te verduidelik wat hierdie resultaat beteken, naamlik dat dit dubbelsinnig of onbepaald is en dit nie op hierdie stadium moontlik is om te sê of die kliënt MIV-positief of MIV-negatief is nie. Die toets mag onbeslis wees omdat daar 'n kruis-reaksie met nie-MIV proteïene was of omdat daar nie genoeg tyd was vir volle sero-omskakeling na blootstelling aan MIV nie. Indien 'n toetsresultaat onbeslis is kan daar van ander metodes gebruik gemaak word om 'n betroubare resultaat te kry. Die toets kan na twee weke weer onderneem word, en indien dit steeds onbeslis is behoort die toets na drie, ses en 12 maande weer herhaal te word. Indien die toets steeds onbeslis is na 'n jaar behoort daar aanvaar te word dat die persoon nie met MIV geïnfekteer is nie. Die wagtydperk tussen onbesliste toetse kan 'n ernstige psigologiese effek op die kliënt uitoefen. Kliënte behoort dus ondersteun te word terwyl hul wag op die toetsresultate. Kliënte behoort ook aangemoedig te word om veilige seksuelepraktyke te beoefen terwyl hul wag op die toetsresultate (Van Dyk, 2008:263).

Dit blyk dat voor- en natoets-berading verkieslik deur dieselfde berader onderneem moet word aangesien dit 'n gevoel van aaneenlopendheid voorsien. Waar die kliënt se toetsuitslag negatief is, is dit van belang dat die kliënt nie 'n vals sekuriteit ontwikkel nie. Die berader behoort die kliënt in te lig van die risiko's van onveilige seksuele-omgang en te poog om die kliënt te bemagtig om toekomstige MIV-infeksie te vermy. Waar die kliënt se toetsuitslag positief is, bestaan daar geen riglyn vir hoe hierdie uitslag oorgedra behoort te word nie. Die berader se terapeutiese vaardighede sowel as empatie is dus van groot belang hier. Die positiewe toetsuitslag behoort egter so neutraal moontlik oorgedra te word deur die berader. Die berader behoort verder realistiese optimisme en hoop aan die kliënt oor te dra, aangesien MIV 'n kroniese, maar bestuurbare siekte is. Indien die kliënt 'n uitbarsting beleef behoort die berader neutraal en professioneel te bly. Die kliënt se risiko vir selfmoord behoort geassesseer te word na die bekendmaking van 'n positiewe toetsuitslag. Die kliënt se vrese en onsekerhede behoort veral in opvolgssessies aangespreek te word. Waar die kliënt se toetsresultaat onbeslis is behoort hertoetsing met die kliënt bespreek te word en veilige seksuele-omgang aanbeveel te word.

2.12 Samevatting

Waar groot getalle persone in Suid-Afrika deur MIV en VIGS geaffekteer word vereis dit van die berader om oor 'n wye verskeidenheid inligting en kennis te beskik om hierdie persone by te staan. Die berader behoort goed ingelig te wees van die mediese aspekte van MIV en VIGS ten einde hierdie inligting op 'n verstaanbare wyse aan die kliënt/pasiënt oor te dra. Die belangrikste mediese aspekte wat aan die kliënt/pasiënt oorgedra behoort te word hou veral verband met die verskil tussen MIV en VIGS, die wyses van MIV-oordraging, MIV-toetsing, die verskillende fases van MIV en VIGS en spesifieke fisieke- en psigologiese uitdagings waarmee die kliënt/pasiënt moontlik gekonfronteer sal word. Die onderhouding van veilige seksuelepraktyke behoort ook deurlopend aan die kliënt/pasiënt beklemtoon te word as een van die kern praktyke om MIV te vermy of te voorkom dat MIV na ander versprei. As MIV-berader vereis berading opsigself ook dat die berader oor die nodige vaardighede beskik om as berader op te tree waar die kliënt/pasiënt ondersteuning, aanmoediging, motivering en insig vanaf die berader mag vereis. Hierdie kombinasie van die berader se mediese kennis en beradingsvaardighede sal dit dan gedurende hulpverlening moontlik maak om die kliënt/pasiënt se behoeftes aan te spreek soos wat dit mag voorkom in die verskillende fases wat die kliënt na gelang van sy/haar siekte mag beleef.

In hierdie hoofstuk is daar dan gelet op die wyses van MIV-oordraging, die kliniese fases van MIV en VIGS, MIV-toetsing, sekere fisieke- en psigologiese uitdagings van MIV en VIGS en die versorging van persone met MIV en VIGS. Daar is ook gelet op beradingsaspekte deur te kyk na voor- en natoets-berading, waar natoets-berading die negatiewe, positiewe sowel as onbesliste MIV-toetsuitslag omvat het. Die opvolgende hoofstuk sal let op die Afrika-kultuur en geslagsrolvorming ten einde 'n agtergrond te skep vir die bespreking van die vrou se geslagsrolle.

HOOFSTUK 3

Die Afrika-kultuur en geslagsrolvorming

3.1 Inleiding

In Suid-Afrika is MIV en VIGS tans een van die hoof probleme waarmee Suid-Afrikaners gekonfronteer word. MIV en VIGS affekteer meer vroue as mans in Suid-Afrika en gaan dikwels gepaard met armoede onder vroue en geweld teen vroue. Die Verenigde Nasies se *Commission on HIV/AIDS and Governance in Africa* se onlangse dokument getiteld *Securing our Future* (2008:16) verwys na die feminisering of vervrouliking van die MIV- en VIGS-pandemie, wat dui op die toenemende impak van MIV en VIGS op vroue. Laasgenoemde hou verband met die aantal vroue met MIV wat die getalle mans met MIV verby gestee het. MIV en VIGS, armoede onder vroue en geweld teen vroue loop opvallend saam wanneer daar spesifiek gekyk word na die geslagsrolle van die Swart Suid-Afrikaanse vrou. Politici en die media fokus op diverse redes as oorsake vir hierdie probleme, waarvan die gevolge van 'n apartheidsregering waardeur sekere bevolkingsgroepe van hul regte ontnem is, die gewildste is. Vroue regoor Suidelike Afrika word egter deur soortgelyke probleme gekonfronteer onder verskillende politiese omstandighede.

Van Dyk (2001:60) verduidelik dat ten spyte van verskille in kultuur, geografie, taal en godsdiens daar 'n gedeelde sosio-religieuse filosofie onder alle Swart Afrikane bestaan. Hierdie filosofie mag volgens die navorser aspekte bevat wat regoor Suidelike Afrika gedeel word en Afrika-vroue in Suid- en Suidelike Afrika in soortgelyke omstandighede laat. Ten einde die aard van MIV-risiko in Suid-Afrika beter te verstaan, sou dit vir die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan nodig wees om die kulturelekonteks van groepe wat die swaarste deur MIV en VIGS geaffekteer word, in ag te neem. Daar sal dus in hierdie hoofstuk eerstens gelet word op die Afrika-kultuur wat 'n gedeelde sosio-religieuse filosofie impliseer. Deur die bespreking van die Afrika-kultuur as konteks vir die Afrika-vrou se geslagsrolle en verhoogde MIV-risiko, poog die navorser nie om die Afrika-kultuur en samehangende gebruike en praktyke as hoof oorsaak van verhoogde MIV-risiko uit te wys nie. Gausset (2001:510) verduidelik byvoorbeeld dat

voorkoming van spesifiek MIV en VIGS nie gegrond is in sekere gebruike in die Afrika-kultuur nie, en dat dit oneties en onproduktief sou wees om hierdie gebruike in Afrika teen te staan deur middel van VIGS-voorkomingsprogramme. Die navorser ondersteun bogenoemde outeur se standpunt slegs waar daar nie na praktyke en gebruike as oorspronklike oorsaak van verhoogde MIV-risiko gekyk word nie. Die navorser is oortuig dat die onderliggende basis van hierdie gebruike en praktyke naamlik geslagsrolle en die vorming van geslagsrolle in die Afrika-kultuur, waardevolle inligting mag verskaf rondom verhoogde MIV-risiko vir Swart vroue. Daar bestaan egter duidelike kulturelepraktyke soos weduwee-oorerwing, droë seks en vele ander gebruike wat definitiewe kulturele struikelblokke skep in die voorkoming van MIV en VIGS in Afrika.

Schoofs (1999:2) verduidelik dat daar aanvanklik meer mans was met MIV en VIGS as vroue, aangesien meer seksmaats die man se kans op infeksie verhoog het. Bogenoemde outeur vestig egter die aandag daarop dat vroeëre studies reeds aangedui het dat 55% van alle MIV-gevalle in Sub-Sahara Afrika vroue was. Meer onlangse studies wat in spesifieke gebiede in Suid-Afrika onderneem is wat swaar geteister word deur MIV en VIGS, toon verder dat 77% van dié populasie se jong vroue MIV-positief is en dat 62% van hierdie 77% vroue oortuig was dat hul nie MIV kon opdoen nie (Kadali, 2004:1). Hierdie ongelykhede tussen Swart mans en vroue behoort volgens die navorser terug gelei te word na geslagsrolle wat hul oorsprong het in die Afrika-kultuur en -filosofie. Daar word vervolgens gelet op die omskrywing van kultuur asook die Afrika-kultuur ten einde geslagsrolle asook geslag en seksualiteit wat direk met geslagsrolle verband hou, binne die relevante kulturelekonteks te verstaan.

3.2 Kultuur

Schaefer (1989:63) verduidelik dat verskille in gebruike en gedrag voorkom omdat mense vanuit verskeie unieke kulture afkomstig is. Kultuur word hier gesien as die totaliteit van aangeleerde sosiaal-oordraagbare gedrag wat idees, waardes en gebruike van 'n groep mense insluit. Gausset (2001:510) maak gebruik van Tylor se definisie van kultuur wat meer omvattend is waar kultuur ook kennis, oortuigings, morele waardes, kuns, wette, gebruike en enige ander vermoëns en gewoontes wat deur die

mens as lid van 'n samelewing verwerf word, insluit. Laasgenoemde outeur verduidelik dat kultuur dan meer algemeen gesien kan word as dit waaruit die mensdom bestaan, of in 'n meer spesifieke sin ook gesien kan word as dit wat een groep mense van 'n ander groep onderskei. Waar daar na 'n groep gekyk word in terme van kultuur verwys Toomela (2003:37) na kultuur as sosiaal-gedeelde inligting wat gekodeer is in simbole. Schaefer (1989:97) beskryf hierdie simbole as gebare, objekte en taal wat dien as die basis vir menslike kommunikasie.

Toomela (2003:37) verduidelik dat dit nie saak maak watter een van die honderde definisies van kultuur korrek is nie, maar dat dit afhang van die doel waarvoor 'n spesifieke definisie aangewend word. Die verskeie definisies laat die navorser dus toe om 'n definisie te kies wat aanpas by die doel van hierdie spesifieke studie. Vir die doeleindes van hierdie studie benodig die navorser 'n eenvoudige en duidelike, maar ook omvattende definisie van kultuur sodat kultuur as die oorkoepelende liggaam mag dien waaronder die geslagsrolle van Swart Afrika-vroue en hul verhoogde MIV-risiko beter verstaan kan word. In geval van hierdie studie wil die navorser verwys na Matsumoto (2003:90) se definisie van kultuur waar die kultuur van 'n groep mense beskryf word as die konsensuele karakterisering van 'n groep se houdings, waardes, oortuigings, opinies, gedrag en norme wat gevorm word deur 'n wedersydse proses van onderlinge beïnvloeding. Sanderson (1991:48) verduidelik dat *oortuigings* gesien kan word as die gedeelde aannames oor wat waar en vals is, byvoorbeeld watter verskille daar geglo word tussen mans en vroue voorkom, of watter tegnieke vir kinderopvoeding aanleiding gee tot gesonde persoonlikhede. *Houding* kan volgens Coulson, Goldstein en Ntuli (1998:55) gesien word as 'n stel van redelike stabiele "gevoelens" oor sekere sake. Die houding van 'n individu of gemeenskap hou verder verband met kognitiewe en affektiewe aspekte. Die kognitiewe dui op kennis en inligting, terwyl die affektiewe dui op 'n persoon se kragte en gevoelens. Ten einde gedragsverandering te inisieer sou dit nodig wees om inligting deur te gee wat 'n individu of gemeenskap se gevoelens oor 'n saak kan verander.

Coulson *et al.* (1998:55) beskou *waardes* as konsepte wat hoë agting ontvang en gewoonlik 'n sterk invloed uitoefen op 'n individu se gevoelens, houding en gedrag oor 'n lang tydperk. Waardes affekteer byvoorbeeld gevoelens teenoor familie, werk, die huwelik en vriendskap. Schaefer (1989:75) verduidelik verder dat hoewel elke

individuele sy/haar eie doelstellings en ambisies ontwikkel, kultuur die algemene doelstellings vir die lede daarvan voorsien. Waardes kan dus beskryf word as kollektiewe voorstellings van wat as goed of sleg beskou word in 'n kultuur. Waardes is aanduidend van wat mense binne 'n gegewe kultuur verkies, sowel as dit wat as belangrik en moreel korrek beskou word. Schaefer (1989:77) verduidelik verder dat die waardes binne 'n kultuur soms in konflik kan verkeer met mekaar en dat kulturele integrasie dan verwys na die saambring van hierdie konflikterende elemente tot 'n samehangende geheel. Laasgenoemde outeur verduidelik ook dat *norme* gesien kan word as 'n gevestigde standaard van gedrag wat deur die samelewing onderhou word. Vir 'n norm om betekenisvol te word, moet dit wyd gedeel en verstaan word in 'n samelewing.

'n *Opinie* word omskryf as 'n proposisie wat as waar aanvaar word sonder werklike gronde en dus nie enige kennis insluit nie (Colman, 2003:513). Dit sou verder vir die navorser van belang wees om veral te let op gedrag as deel van die definisie van kultuur, hoewel daar reeds verduidelik is dat *norme* ook as 'n gevestigde standaard van gedrag gesien kan word. Volgens die *Oxford Dictionary of Psychology* (Colman, 2003:83) word *gedrag* gesien as 'n spesifieke respons of handeling van 'n organisme op 'n spesifieke stimulus. In geval van die definisie van kultuur wat in hierdie studie benut word, sien die navorser 'n respons of handeling as gedrag wat gebaseer is op dit wat deur kultuur voorgeskryf word of deur lede van 'n kultuurgroep geïnterpreteer word as voorgeskrewe gedrag.

3.2.1 Die belang van die kulturele konteks

Takyi (2003:1223) verduidelik dat navorsers dit eens het dat die VIGS-epidemie in Afrika onderhou word deur 'n komplekse interaksie van sosiale- en kulturele prosesse. Van Zyl (1991:44) het ook meer as 'n dekade gelede reeds hierdie onderwerp uitgelig deur te noem dat tradisionele Afrika-kulture die verspreiding van MIV en VIGS aanhelp, en dat veral die belang van vrugbaarheid, die onderdrukking van vroue, asook gebruike soos poligamie binne hierdie kultuur verantwoordelik is vir die verspreiding van MIV. Prisca Mhlolo wat werksaam is by *The Centre* in Zimbabwe, sluit by bogenoemde aan deur te noem dat streng ongelykhede tussen Afrika-mans en -vroue aanleiding gee tot onveilige seksuele-omgang en dus die risiko vir MIV

verhoog. Sy verduidelik dat hierdie ongelykhede deel uitmaak van die Afrika-kultuur en dat kultuur deel uitmaak van die redes waarom MIV so vinnig versprei in Afrika (Schoofs, 1999:2).

Die invloed van kultuur op die verspreiding van MIV is opgemerk in verskeie Afrika-lande. Nattrass (2004:27) verduidelik dat die *National AIDS Councils/Commissions* van Kenia, Uganda en Tanzanië verklarings uitgebring het waarin die sentrale rol van kultuur in die VIGS-epidemie erken word. Hierdie verklarings het ook kulturele transformasie aangemoedig met inagnome van hoe moeilik hierdie taak mag wees, veral wat die transformasie van seksueleverhoudings tussen Afrika-mans en -vroue aanbetref. Gupta (in Kott, 2002:21) verduidelik dat dit mag voorkom asof 'n totale kulturele transformasie nodig is, veral wat geslagsongelykheid in Afrika aanbetref. In die transformasie van verhoudings tussen Afrika-mans en -vroue is verandering van geslagsrolle volgens Gupta (2000:12) egter ter sprake, en impliseer dit nie dat die kultuur van 'n samelewing verander word nie, maar eerder dat gebruike en praktyke wat tipies gebaseer is op die interpretasie van kultuur, verander word. Die navorser is oortuig dat dit nie vir Afrikane nie, maar slegs vir die akademici van belang sal wees om ingelig te word van die verskil tussen kultuur opsigself en gebruike en praktyke wat gebaseer is op die interpretasie van kultuur. Indien transformasie vereis word, sou Afrikane volgens die navorser nie poog om te bepaal wat hierdie laasgenoemde tegniese verskille is nie, maar eerder bewus wees dat daar van hulle verwag word om iets eie aan hulself te moet prysgee. Gysels *et al.* (2002:180) fokus weer op kulturelenorme rondom seksualiteit wat aanleiding gee tot seksuelegedrag wat beide mans en vroue onder risiko plaas vir MIV. Na aanleiding van bogenoemde word dit duidelik dat die invloed van kultuur op die verspreiding van MIV in Afrika nie ontken kan word nie. Die vraag wat hier by die navorser ontstaan is dat indien Afrikane en Afrika-regerings bewus is van die risiko wat seksuelegebruike en -praktyke op hulle uitoefen, waarom hierdie seksuelepraktyke en -gebruike dan steeds onderhou word? Die navorser maak die volgende aannames as moontlike redes vir waarom daar min verandering voorgekom het rondom negatiewe kulturele-invloede oor die afgelope dekades:

- Die basis vir seksuelegebruike en -praktyke, hetsy skadelik of onskadelik spruit uit die spesifieke houdings, waardes, oortuigings, opinies en norme binne 'n kultuur. Indien daar dan verwys word na kulturele transformasie, mag Afrikane

dit ook interpreteer as 'n transformasie van hul identiteit en dus nie bereid wees om sekere seksuelegebruike en -praktyke op te gee nie.

- Wanneer daar gekyk word na die etnosentriese navorsing wat in die verlede in Afrika deur Westerlinge onderneem is, mag dit 'n invloed uitoefen op die mate waartoe Afrikane poog om dit wat eie aan hul kultuur is, te beskerm. Waar daar vroeër aan Afrikane gesê is dat hulle kultuur die oorsaak was vir die vinnige verspreiding van MIV en VIGS, mag Afrikane voel dat die kulturele transformasie hul sal verwester. Hierdie verwestering sal vir Afrikane aanduidend wees van 'n erkenning dat etnosentriese aannames wat voorheen oor hulle gemaak is, wel waar was. Die Afrika-kultuur sal dus misken word.

Soos reeds in hoofstuk 1 genoem verduidelik Orr en Patient (2004:12) dat daar in die afgelope jare 'n groot hoeveelheid energie bestee is daaraan om 'kultuur' te beskerm. Laasgenoemde is gebaseer op die waarde van respek vir diversiteit en verskille. Hierdie outeurs is egter van mening dat die beskerming van kultuur en tradisie as tweeledig gesien kan word. Aan die een kant word unieke kwaliteite van 'n groep mense beskerm, maar aan die ander kant kan hierdie beskerming die buigzaamheid van die groep verminder, en dus ook die groep se vermoë om te oorleef verminder. Orr en Patient (2004:12-13) konstateer verder dat daar histories geen kultuur of tradisie bestaan wat onveranderd kan bly nie. Kultuur en tradisies word gebore uit spesifieke behoeftes van 'n situasie en sal dus slegs duur so lank as wat daardie behoeftes nog bestaan. Die oomblik wanneer daardie behoeftes verander sal die tradisies ook nie meer enige oorlewingsfunksie vervul nie. Dit blyk vir die navorser dat daar dus 'n tweestryd mag bestaan waar Afrikane hul kultuur en tradisies wil beskerm en behou, maar dat hierdie kultuur en tradisies mag aanleiding gee tot die uitsterwing van totale populasies. Orr en Patient (2004:13) is van mening dat kultuur en tradisies nie effektief beskerm kan word teen verandering en inligting nie, en dat gekoesterde oortuigings ontwig sal word. Verandering is volgens laasgenoemde outeurs die enigste gewaarborgde realiteit en vereis aanpassing en buigbaarheid.

3.2.2 Die belang van verteenwoordigings en aktiwiteite in kultuur

Ten einde Afrika-vroue en hul geslagsrolle asook hierdie vroue se verhoogde MIV-risiko binne die Afrika-kultuur te verstaan, vind die navorser dit nodig om hierdie

aspekte te bespreek onder *verteenwoordigings* en *aktiwiteite* in kultuur. Sneddon (2003:9) verduidelik dat sommige navorsers moet bestudeer wat mense doen en nie alleen wat mense dink nie, aangesien deelname aan 'n kultuur ook insluit om sekere dinge te doen soveel as wat dit insluit om sekere gedagtes te hê. Toomela (2003:40) verwys na laasgenoemde as die konsep van verteenwoordigings wat binne 'n kultuur aanduidend is van die *weet-dat* en *weet-hoe* van die kultuur. Sneddon (2003:11) verwys weer na verteenwoordigings primêr as menings en sekondêr as begeertes wat neergedruk is in die konteks van hierdie menings. Laasgenoemde is veral van belang vir hierdie studie, aangesien die Afrika-kultuur die konteks vorm waarin geslagsrolle en verhoogde MIV-risiko van Afrika-vroue bestudeer word. Sneddon (2003:11) verduidelik verder dat hoewel mense inligting-ontvangers is, hul ook inligting-produseerders is. Laasgenoemde impliseer dat mense verteenwoordigings kan produseer wat die mens se aangebore geneigdheid uitbuit. Kulturele verteenwoordigings is juis baie suksesvol om laasgenoemde mee te bring. Hierdie aspek hou vir die navorser veral verband met die nadele wat geslagsrolle mag meebring en wat dikwels aanleiding gee tot uitbuiting van die Afrika-vrou as geslagsgroep. Sneddon (2003:9) is verder van mening dat vir verteenwoordigings om relevant te wees wanneer daar gelet word op kultuur, dit sigbaar moet wees in die publieke aktiwiteite wat hierdie kultuur omvat. Die navorser sal deur middel van die bespreking van die Afrika-kultuur, geslagsrolle, geslag, seksualiteit en praktiese voorbeelde in hierdie hoofstuk poog om aan te dui hoe verteenwoordigings in die Afrika-kultuur definitief sigbaar is in die publieke aktiwiteite wat die Afrika-kultuur omvat.

Wat aktiwiteite in kultuur aanbetref is Toomela (2003:40) van mening dat 'n aktiwiteit nie verstaan kan word as iets op sy eie nie. Metafories behoort aktiwiteite en verteenwoordigings verstaan te word as verskillende sye van dieselfde muntstuk. Aktiwiteite is dus nie van groter belang as verteenwoordigings soos wat daar soms geglo word nie. Verteenwoordiging kan egter nie verstaan word voordat aktiwiteite binne 'n kultuur nie bestudeer word nie, en aktiwiteite binne 'n kultuur kan ook nie verstaan word voordat die verteenwoordigings wat daarmee verband hou nie beskryf word nie. Sneddon (2003:9) is van mening dat om te bepaal wat mense doen en die betekenis wat hulle in hierdie aktiwiteite sien, mag van veel groter waarde wees as om slegs oortuigings te katalogiseer. Laasgenoemde dien dus vir die navorser as

motivering vir die bespreking van praktiese voorbeelde van aktiwiteite in die Afrika-kultuur, ten eide beide kante van hierdie muntstuk te verstaan. Toomela (2003:37) is van mening dat daar geen wyse is waarop verteenwoordigings bestudeer kan word sonder om ook terselfdetyd aktiwiteite te bestudeer nie. Die navorser sal dus in hierdie hoofstuk let op die twee sye van die Afrika-kultuur waarin die Afrika-vrou, haar geslagsrolle en verhoogde MIV-risiko binne die kontakke van die Afrika-kultuur bestudeer word. Hierdie sye wat verteenwoordigings sowel as aktiwiteite sal insluit, sal dus dui op beide motiverings vir aktiwiteite sowel as aktiwiteite opsigself. Daar word vervolgens eerstens gelet op vroeëre navorsing rondom die Afrika-kultuur ten einde die gevare uit te wys waar die relevante kontekste van gedrag nie in ag geneem word nie. Tweedens sal daar gekyk word na die *weet-dat* en *weet-hoe* van die Afrika-kultuur ten einde 'n volledige beeld te skep van die kontekste waarin verteenwoordigings en aktiwiteite voorkom.

3.3 Vroeëre navorsing in Afrika

Die navorser is van mening dat VIGS-voorkomingsprogramme in Afrika selde suksesvol is, aangesien belangrike aspekte soos kulturele houdings, -waardes, -oortuigings, -opinies en -norme, dit wil sê verteenwoordigings nie in verband gebring word met gedrag of aktiwiteite in kontekste van die Afrika-kultuur nie. Gausset (2001:510-511) gee die volgende omvattende opsomming wat as goeie voorbeeld dien van laasgenoemde.

Gedurende die 19de en vroeë 20ste eeu is studies rondom Afrika-seksualiteit hoofsaaklik deur sendelinge onderneem en was die beeld daarvan baie etnosentriese en evolusionistiese van aard. Hierdie studies het plaaslike gebruike onder Afrikane as primitief en immoreel beskryf en is hoofsaaklik gebaseer op die ondersoeker se geïnteresseerdheid in eksotisme. Daar is dus verwys na die eksotiese seksualiteit van die “laer rasse” wat gefokus het op gebruike soos poligamie, seksuele-omgang buite die huwelik (egbreuk, die deel van seksmaats, voorhuwelikse seksuele-omgang en selfs masturbasie), weduwee-oorerwing, seksuele verminking (van geslagsdele van beide seuns en meisies) asook gebruike soos verlenging van die labia en droë seks. Hierdie aspekte is etnosentriese beskryf as of irrasioneel of immoreel. Afrika-mans is as seksueel wild en onversadigbaar beskryf en daar is veral gelet op verskeie

oortuigings wat met seksuele taboes verband hou, byvoorbeeld heksery en die invloed daarvan op impotensie en vrugbaarheid, asook die rol van die voorvaders en geeste in die verwekking van kinders. Hierdie oortuigings is as irrasioneel beskryf waar daar min moeite gedoen is om die breër sosio-kulturele konteks daarvan te verstaan. Afrika-seksualiteit is dus slegs bestudeer waar dit van die Weste verskil het. Waar Europeërs dan ook gevoel het dat dit hul morele plig is om hul “hoër samelewing” na ander te bring, is Afrikane as presies die teenoorgestelde van geïdealiseerde Europeërs uitgebeeld. Daar is veral op Afrika-seksualiteit gefokus ten einde ook koloniserings van Afrika-lande ideologies aanvaarbaar te maak.

Gausset (2001:510-511) verduidelik dat Afrika-studies raar geword het gedurende die 1950's en alle navorsing rondom seksualiteit sterk beïnvloed is deur feministiese- en gesinsbeplanningstudies. Dit blyk egter dat baie van die kulturele bevooroordeelings weer eens na vore getree het met die verskyning van MIV en VIGS. Oorsake vir die hoë voorkoms van MIV en VIGS in Afrika is deur Westerse navorsers uitgewys as poligamie, egbreuk, voorhuwelikse seksuele-omgang, die deel van 'n vroulike egmaat met ander mans, weduwee-oorerwing, besnyding met dieselfde voorwerp, droë seks en heksery oortuigings. Soos met die eerste studies oor Afrika-seksualiteit was die “eksotiese-, tradisionele-, irrasionele- en immorele praktyke” weer eens die fokus van navorsing. Daar is aangeneem dat waar die MIV- en VIGS-epidemie verskil tussen Afrika en Europa, die verduideliking ook gegrond is in die verskille tussen die Afrika- en Europese kultuur en -seksualiteit. Vroeëre navorsers het dus na iets gesoek om te blameer, en kulturele praktyke in Afrika is uitgewys. Die logiese gevolg hiervan was 'n stryd teen die Afrika-kultuur en -seksualiteit. Die idee dat die Afrika-kultuur geblameer behoort te word vir die verspreiding van MIV en VIGS, word ook steeds wyd onderhou.

Bogenoemde dui vir die navorser op navorsing wat hoofsaaklik fokus op *aktiwiteite* sonder om die kulturele konteks in ag te neem en ook geen voorsiening maak vir motiverings rondom gedrag nie. Die navorser is oortuig dat aktiwiteite binne kultuur nie alleen as oorspronklike oorsake vir verhoogde MIV-risiko vir Afrika-vroue gesien kan word nie, aangesien verteenwoordigings die motivering bied vir hierdie aktiwiteite. Daar word vervolgens gelet op die relevante konteks waarin aktiwiteite en verteenwoordigings in die Afrika-kultuur gevind word.

3.4 Die Afrika-kultuur

Soos reeds genoem verduidelik Van Dyk (2001:60) dat ten spyte van verskille in kultuur, geografie, taal en godsdiens, daar 'n gedeelde sosio-religieuse filosofie onder alle Afrikane bestaan. Daar kan dus gepraat word van 'n Afrika-perspektief wat onderskei kan word van die Westerse- en Oosterse-perspektief. Sekere tradisionele Afrika-oortuigings en gebruike word deur baie Afrikane asook “verwesterde” Afrikane in Afrika gedeel. Volgens hierdie Afrika-perspektief maak die mens onskeibaar deel uit van die kosmiese geheel en word alles gesien in verhouding daarvan tot die mens wat as die kern van die heelal beskou word. Die Afrika-perspektief speel 'n belangrike rol waar die navorser nie elke bevolkingsgroep in Sub-Sahara Afrika se gebruike, houdings en waardes antropologies wil bestudeer, opdeel en toeken aan groepe nie, maar eerder wil let op 'n gedeelde sosio-religieuse filosofie wat moontlik ook van toepassing mag wees op die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou. Daar is dan volgens Van Dyk (2001:60) drie kosmiese ordes binne die Afrika-perspektief wat soos volg opgedeel word:

- Die Makro-kosmos is die hoogste orde wat bestaan uit God, die voorvaders en die geeste van uitverkore afgestorwenes. God word gesien as skepper wat homself onttrek het van die mens en die lewende geeste van die afgestorwe voorvaders speel dus 'n belangriker rol as God.
- Die Meso-kosmos word beskou as 'n niemandsland waar bese geeste, hekse en townenaars voorkom, en kan dus gesien word as 'n “gestruktureerde kollektiewe verbeelding” wat die mens se lot bepaal hetsy goed of sleg. Daar bestaan komplekse verhoudings tussen die mens en hierdie onsigbare maar magtige wesens van die Meso-kosmos wat die individu se psigologiese lot bepaal.
- Die Mikro-kosmos is verteenwoordigend van die daaglikse praktiese, sosiale en kollektiewe lewe van die mens in Afrika. Hoewel die groter deel van die bestaan van Afrikane hoofsaaklik deur die makro- en meso-kosmos beïnvloed word, word daar geglo dat sommige siektes byvoorbeeld hul oorsprong in die mikro-kosmos het.

Bogenoemde aspekte kan vir die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêre span meer duidelikheid gee rondom hoe Afrikane hul wêreld en probleme sien, asook die motivering vir die onderhouding van sekere gedrag en

gebruike. Wanneer daar spesifiek na MIV en VIGS in Afrika gekyk word, is die navorser van mening dat daar ook na die betekenis van siekte uit 'n Afrika-perspektief gekyk behoort te word ten einde die rol van bogenoemde kosmiese ordes in konteks te plaas. Van Dyk (2001:112) konstateer dat waar siekte onder tradisionele Afrikane voorkom, dit toegeskryf word aan 'n spesifieke oorsaak wat geïdentifiseer, gestraf, geëlimineer en geneutraliseer moet word. Tradisionele Afrikane sal altyd vra “waarom?” aangesien daar geglo word dat geestelike sowel as liggaamlike siektes veroorsaak word deur die volgende:

- Ongeruimdhede tussen die persoon en sy/haar voorvaders.
- Deur 'n god of gees.
- Deur 'n heks of towenaar.
- As gevolg van natuurlike oorsake.
- As gevolg van ontwrigting in menslike verhoudings.

Hierdie aspekte word vervolgens meer omvattend bespreek.

- Die voorvaders of God as oorsaak van siekte– God word gesien as verwyderd van mense en behoort nie met alledaagse dinge gepla te word nie. Voorvaders speel egter 'n belangrike rol in die daaglikse lewe van tradisionele Afrikane, aangesien daar geglo word dat hul beskerming bied teen bese kragte en ook die stam se eer beskerm. Daar word verder geglo dat voorvaders mense kan straf deur siekte en ongeluk op hul pad te bring wanneer hul nie ag slaan op die voorvaders se raad nie, en sekere sosiale en kulturelepraktyke en rituele oortree. In ander gevalle word daar geglo dat die voorvaders nie self siekte stuur nie, maar dit eerder toelaat om voor te kom deur hul beskermende kragte te onttrek. Afrikane glo dat hul dan blootgestel word vir aanvalle vanaf towenaars en hekse. Siekte wat veroorsaak word deur voorvaders is egter selde 'n groot gevaar, en die verhouding met die voorvaders word maklik herstel deur offergawes te bring. Daar is geen bewyse dat Afrikane MIV en VIGS toeskryf aan die voorvaders se woede of straf van God nie. Die invloed van Christelikheid kan egter gesien word waar sommige Swart Christene glo dat MIV en VIGS God se straf is vir immorelegedrag en sonde soos promiskuïteit en voorhuwelikse seks, of byvoorbeeld dat 'n man MIV en VIGS kry wanneer hy vee steel (Temmerman & Marres, 1995:63; Van Dyk, 2001:112).

- Hekse en towenaars as oorsaak van siekte– So te sê alle vorme van siekte, lyding, ongeluk en konflik word deur Afrikane toegeskryf aan onsigbare magte. Afrikane sien siekte en ongeluk veral in terme van ’n onmiddellike oorsaak en ’n uiteindelijke oorsaak. ’n MIV-geïnfekteerde persoon sal dus ’n virus as die oorsaak van haar siekte verstaan, maar steeds glo dat iemand deur middel van magiese manipulasie die virus “veroorzaak” of “gestuur” het. Baie Afrikane sal dus beide tradisionele genesers sowel as Westerse gesondheidswerkers vir dieselfde toestand besoek. Die tradisionele geneser word besoek om die persoonlike oorsaak (heksery) te identifiseer en te voorkom (deur middel van ’n ritueel), terwyl ’n Westerse dokter besoek word om die simptomatiese toestand te behandel met medikasie. Indien gesondheidswerkers nie die onmiddellike en uiteindelijke oorsake van siekte vir Afrikane verstaan nie, mag daar geglo word dat Afrikane nie “wit medisyne” vertrou nie. Onder veral plattelandse armoedige Afrikane word daar geglo dat MIV-oordraging, VIGS, seksueeloorraagbare infeksies en sterfte veroorsaak word deur heksery (Van Dyk, 2001:113). Temmerman en Marres (1995:63) verduidelik dat daar byvoorbeeld geglo word dat ’n man MIV en VIGS kry wanneer hy omgang het met ’n ander man se vrou. Van Dyk (2001:113) noem dat Afrikane redeneer dat dit dan juis as gevolg van hekse en towenaars is dat een man met MIV geïnfekteer sal word en ’n ander nie, terwyl albei met dieselfde vrou seksuele-omgang gehad het. Heksery het ook ’n belangrike psigologiese funksie vir Afrikane, aangesien dit Afrikane help om sin te maak en antwoorde te bekom vir oortuigings wat nie deur wetenskap voorsien word nie, byvoorbeeld die onmiddellike en uiteindelijke oorsaak van siekte. Heksery is dus ’n uitdrukking en oplossing van die gemeenskap se behoefte om te verduidelik waarom sekere mense klaarblyklik nie deur MIV geïnfekteer word nie en ander kort na MIV-infektering sterf. Heksery mag ook die gesin help om stigma te voorkom. Studies toon dat Afrikane wat in heksery glo meer ondersteunend is van MIV-positiewe persone, aangesien die oorsaak van die siekte “buite die geïnfekteerde se beheer was”. Heksery-oortuigings het egter ook negatiewe implikasies vir MIV en VIGS in Afrika, aangesien dit impliseer dat die individu nie beheer kan uitoefen oor sy/haar gedrag nie. Studies toon verder dat baie Afrikane dan glo dat hul eie gedrag geen moontlike verband kan hê met MIV-infektering nie. Na aanleiding van laasgenoemde kan baie Afrikane nie die behoefte aan die gebruik van MIV-voorkomende metodes verstaan nie.

- Besoedeling as oorsaak van siekte– Tradisionele Afrikane glo dat siekte kan voorkom waar 'n persoon vergeet om die toepaslike rituele wat voorgeskryf word vir daaglikse lewe, te onderhou. Siekte word dus veroorsaak as gevolg van nalatigheid en hou veral verband met seksuele-omgang. Daar word verwys na seksuelekontak met 'n “verbode” persoon, kontak met die vrou se reprodktiewe sisteem of enige situasie waar die persoon in kontak kom met lyke of die dood. Hier is dit belangrik om rituele te volg waar die persoon haarself/homself skoon moet was en ook vomering mag insluit ten einde gereinig te word (Van Dyk, 2001:117). 'n Voorbeeld wat hier deur Temmerman en Marres (1995:63) uitgewys word is dat daar geglo word dat 'n man MIV en VIGS kry wanneer hy omgang het met 'n vrou wat 'n miskraam gehad het, wat onder sekere groepe in Suid-Afrika ook bekend staan as “*amakombela*”.
- Kieme as oorsaak van seksueeloordraagbare infeksies en VIGS– Tradisionele Afrikane glo dat sommige siektes (soos verkoue, griep, diarree by kinders, seksueeloordraagbare infeksies en malaria) voorkom na aanleiding van natuurlike oorsake soos “kieme”. Hulle glo egter dat kieme tydens seksuele-omgang deur hekse en toewenaars gebruik kan word, maar dat die individu steeds die onmiddellike oorsaak hiervan (naamlik 'n seksueeloordraagbare infeksie wat deur kieme veroorsaak word) deur gedragsverandering kan voorkom. Laasgenoemde verband tussen kieme en seksueeloordraagbare infeksies soos MIV word egter nie altyd gemaak nie. Tradisionele Afrikane kan nie altyd verstaan hoe hul seksuelegedrag MIV kan voorkom nie, aangesien MIV en VIGS alles affekteer behalwe die seksuele organe. Daar word geglo dat die plek waar die kieme ingaan ook die plek moet wees wat geaffekteer word, maar dit is nie die geval met MIV en VIGS nie (Van Dyk, 2001:118).

Waar bogenoemde 'n eenvoudige beskrywing van die aard van die konteks is waarin verteenwoordigings en aktiwiteite sal voorkom, behoort daar volgens die navorser gelet te word op verteenwoordigings wat spesifiek met die Afrika-vrou verband hou. Aangesien die Afrika-vrou as geslagsgroep bestudeer word in hierdie studie, word daar vervolgens gelet op geslagsrolle.

3.5 Geslagsrolle

Tallis (1997:1) noem dat daar drie vlakke is waarop vroue geaffekteer word wanneer daar na vroue gekyk word as die slagoffers van MIV en VIGS. Daar is eerstens die vrou as *individuele- en seksuelewese* wat MIV-positief mag wees of nie, maar meermale as die man geaffeketeer word deur MIV en VIGS. Tweedens word die vrou as *moeder* geaffekteer, wat verantwoordelik is vir haar eie versorging sowel as die versorging van kinders, hetsy MIV-positief of -negatief. Derdens is daar die vrou as *versorger*, wat op formele- of informele vlak verantwoordelik is vir die versorging van persone met MIV en VIGS. Wanneer daar egter in hierdie studie verwys word na die Afrika-vrou, verwys die navorser na die vrou se *rolle* binne die relevante kulturelekonteks waar dit gepaard gaan met verhoogde MIV-risiko, en nie na *vlakke* waarop die vrou as slagoffer van MIV en VIGS geaffekteer word nie. Na aanleiding van 'n deeglike ondersoek van die relevante literatuur sluit die navorser dan die Afrika-vrou se rolle as individuelewese, seksuelewese, moeder, versorger, enkelouer en broodwinner in. Hierdie rolle hou onderling verband met mekaar, en Tallis (1997:1) dui daarop dat daar byvoorbeeld nie op die moeder gefokus kan word sonder om haar ook as seksuelewese en versorger te sien nie. Die bogenoemde rolle sal in opvolgende hoofstukke onderskeidelik bespreek word, hoewel dit nie impliseer dat hierdie rolle apart van mekaar gesien behoort te word nie. Ten einde hierdie rolle beter te verstaan behoort daar gelet te word op die belang van geslag, seksualiteit en mag in die Afrika-kultuur as agtergrond vir hierdie rolle.

3.6 Geslag, seksualiteit en mag in die Afrika-kultuur

Schoofs (1999:2) verduidelik dat Westerlinge oor die eeue die spot gedryf het met seksualiteit in Afrika na aanleiding van die voorkoms van sekere seksuelegebruike in Afrika. Daar word steeds genoem dat MIV so vinnig in Afrika versprei as gevolg van die wyse waarop Afrikane seksualiteit benader. Bogenoemde outeur is van mening dat sulke stereotipes nie die punt raaksien nie. MIV het in die verlede ook vinnig versprei onder die Amerikaanse homoseksuele gemeenskap omdat anale seks met 'n groot hoeveelheid seksmaats algemeen voorgekom het. MIV onder Thai soldate het vinnig versprei as gevolg van gereelde seksuelekontak met sekswerkers. In Bombaai waar daar 'n MIV-ontploffing voorgekom het, was die georganiseerde misdaadbase wat betaling deur middel van seks vereis het, 'n belangrike faktor. Al hierdie aspekte,

insluitende dwelmgebruik waar spuitnaalde gedeel word, ter syde gesit, is die bogenoemde outeur van mening dat manlike seksuele voorregte die aspek is wat die MIV-epidemie dryf. Die navorser is van mening dat waar manlike seksuele voorregte genoem word, dit direk in konteks gebring behoort te word met vroulike seksuele- ondergeskiktheid. Daar word dus eerstens gekyk na 'n magswanbalans tussen mans en vroue, en tweedens na die belang van geslag en seksualiteit wanneer daar van 'n spesifieke geslagsgroep gepraat word. Pearson (2004:294) verwys na hierdie ondergeskiktheid van vroue as die algemene situasie waar mans as 'n groep meer sosiale- en ekonomiese mag het as vroue, insluitende hul mag oor vroue. Vroue beleef dus sosiale- en ekonomiese nadele wanneer mans se dominansie en vroue se ondergeskiktheid na vore tree. Hierdie ongelyke verhoudings tussen mans en vroue word dikwels ook omskryf as patriargie wat weer aanduidend is van die man se gesag as hoof van die huishouding, maar ook ouer mans se gesag oor alle vroue en jonger mans in 'n groep van bloed verwantskappe. Die navorser is van mening dat ongelyke magsverpreiding tussen mans en vroue asook sosiale- en ekonomiese nadele wat deur vroue beleef word, aanduidend sal wees van verskille in gesondheid tussen mans en vroue. Gilbert en Walker (2002:1096) verwys na hierdie verskille in gesondheid tussen mans en vroue as 'n "foutlyn" waarlangs die verdeling van geslag voorkom.

Geslag en seksualiteit kan maklik met mekaar verwar word, veral wanneer daar na die vrou as geslagsgroep gekyk word wat blootgestel word aan bogenoemde sosiale- en ekonomiese nadele, asook verskille in gesondheid. Gupta (2000:1) verduidelik dat beide geslag en seksualiteit belangrike faktore is in die seksuele-oordraging van MIV, maar dat hierdie terme steeds nie verstaan word nie en onbehoorlik gebruik word. Geslag is nie 'n sinoniem vir seks nie, maar verwys na die wydgedeelde verwagtinge en -norme binne 'n samelewing wat gepaste manlike- en vroulike gedrag, karakteristieke en rolle aanbetref. Geslag is 'n sosiale- en kulturelestruktuur wat mans en vroue van mekaar onderskei en die wyses waarop mans en vroue met mekaar kommunikeer, definieer. Die navorser is van mening dat geslag dan nie alleen verband hou met verteenwoordigings binne 'n kultuur nie, maar duidelik ook die aard van aktiwiteite binne 'n kultuur bepaal. Gupta (2000:2) konstateer verder dat seksualiteit onderskei kan word van geslag, maar steeds daartoe verbind is waar dit beskou kan word as die sosiale konstruksie van die biologiese natuur. 'n Individu

se seksualiteit word gedefinieer in terme van met wie die individu seks het, op watter maniere, waarom, onder watter omstandighede en wat die uitkoms daarvan mag wees. 'n Individu se seksualiteit is dus meer as net seksuele gedrag, maar ook multi-dimensioneel en 'n dinamiese konsep. Faktore wat deur die samelewing afgedwing word soos ouderdom, ekonomiese status, etnisiteit en ander faktore beïnvloed alles die individu se seksualiteit. Die navorser is van mening dat geslagsongelykheid veral binne sekere kulture in Afrika gevind mag word waar geslag en seksualiteit moontlik nie van mekaar onderskei word nie. Gepaste gedrag, karakteristieke en rolle van vroue mag dan direk in verband gebring word met die biologiese natuur van die man. Laasgenoemde mag volgens die navorser veroorsaak dat aktiwiteite in 'n kultuur onderneem word deur 'n geslagsgroep soos Afrika-vroue, sonder dat die oorspronklike verteenwoordigings wat daarmee gepaard gaan, bevraagteken word. Die Afrika-vrou en haar kinders sou dan as objekte of besittings beskou word waardeur daar in die man se basiese behoeftes voorsien kan word en waardeur sy biologiese natuur bevredig kan word.

Twee aspekte tree vir die navorser uit bogenoemde na vore. Eerstens mag bogenoemde aandui dat die vorming van vroue se geslagsrolle sterk verband hou met mans se basiese- en seksuele behoeftes. Tweedens sou dit impliseer dat vroue se gesondheid sekondêr is aan die van mans, en dus benadeel mag word. Hierdie aspekte word ook gevind wanneer daar na Gilbert en Walker (2002:1096) se verdeling van geslag langs 'n "foutlyn" gekyk word om verskille in gesondheid tussen mans en vroue te verduidelik. Die meeste navorsing op hierdie gebied kan binne twee hoofbenaderings geplaas word. Die eerste benadering kyk na hoe kultuur die geslagsrolle vorm en dus ook persepsies van gesondheid, beleid en navorsingsvrae beïnvloed. Die tweede benadering maak staat op epidemiologiese metings van gesondheidstatus, siektesyfers en sterftesyfers. In hierdie studie word daar spesifiek gefokus op die geslagsrolle in die Afrika-kultuur en verhoogde MIV-risiko onder Afrika-vroue, en sou veral die eerste benadering relevant wees. Dit is egter ook van belang om na geslag te kyk in terme van siekte- en sterftesyfers. Gilbert en Walker (2002:1096) noem dat dit hoofsaaklik jong vroue in Suid-Afrika en ander ontwikkelende lande is wat ernstig siek word en later sterf as gevolg van MIV en

VIGS. Geslagsverskille is dus veral vir vroue van belang, aangesien dit impliseer dat die vrou blootgestel word aan ongelykhede en diskriminasie.

Indien daar teruggekeer word na seksuele-ondergeskiktheid van vroue as basiese vorm van ongelykheid en diskriminasie, mag dit van belang wees om te bepaal wat die motivering vir die komplekse seksueleverhoudings en -aktiwiteite in Afrika-kultuur is. Ten einde bogenoemde beter te verstaan word daar vervolgens gekyk na Gupta (2000:2-3) se vyf P's van seksualiteit:

- *Practices/Praktyk*
- *Partners/Seksmaats*
- *Pleasure/Pressure/Pain/ Plesier/Druk/Pyn*
- *Procreation/Voortplanting*
- *Power/Mag.*

Praktyk en seksmaats verwys na aspekte van gedrag, byvoorbeeld hoe die individu seksuele-omgang het en met wie. Hier kan die navorser verwys na Afrika-mans wat meer as een seksmaat het asook die tekort aan veilige seksuelepraktyke soos kondoomgebruik. Schoofs (1999:2) sluit by bogenoemde aan deur te verduidelik dat studies vanuit verskillende kulture daarop dui dat mans meer seksmaats het as vroue, en meer seksuele-omgang buite die huwelik het as vroue. Aangesien 'n man binne-in 'n vrou ejakuleer is mans meer geneig om MIV oor te dra, terwyl die vrou meer geneig is om MIV op te doen, sonder om dit noodwendig te versprei nadat sy geïnfekteer is. Plesier/Druk/Pyn en Voortplanting verwys na onderliggende motiewe. Die navorser wil hier verwys na seksuele-omgang tot voordeel van die Afrika-man se seksueleplesier waar gebruik soos droë seks onderhou word tot voordeel van die man (Schoofs, 1999:1-2); *druk* wat deur mans op vroue geplaas word waar die man se besluite afgewing word, soos wanneer seks sal voorkom en om nie van kondome gebruik te maak gedurende seksuele-omgang nie (Gómez & Marín, 1996:355); geweldsmisdade teen vroue soos verkragting en huweliksverkragting in terme van *pyn* (Dinan, McCall & Gibson, 2004:728); en laastens dui *voortplanting* byvoorbeeld op vroue wat as gevolg van kulturele vereistes steeds poog om swanger te raak ten spyte van hul MIV-positiewe status (Temmerman & Marres, 1995:64). Die vyfde P naamlik *power/mag* is volgens Gupta (2000:3) moontlik die belangrikste faktor aangesien dit bepaal hoe al die bogenoemde faktore uitgedruk en ervaar sal word.

Bogenoemde outeur verduidelik dat elke komponent van seksualiteit in noue verband staan tot mekaar, maar dat die magsbalans die uitkoms van seksuele-interaksie sal bepaal. Mag is dus fundamenteel vir beide seksualiteit en geslag. Die ongelyke magsbalans in verhoudings tussen geslagte strek egter tot die man se voordeel, en manlike plesier word bo vroulike plesier geplaas waar die man dan sou besluit wanneer, waar en hoe seksuele-omgang sal voorkom. Ten einde egter individuele seksuelegedrag te verstaan sou dit volgens Gupta (2000:3) nodig wees om geslag en seksualiteit te sien as saamgestel deur 'n kompleksiteit van *sosiale*-, *kulturele*- en *ekonomiese* kragte wat die verspreiding van mag sal bepaal. Daar sal op hierdie aspekte gelet word in opvolgende hoofstukke waar elke geslagsrol van die Afrika-vrou bespreek sal word.

Wyses waarop die magswanbalans tussen mans en vroue die Afrika-vrou se seksuele-outonomieit inperk en die man se seksuele-vryheid uitbrei, ten einde mans en vroue se MIV-risiko te verhoog, word soos volg deur Gupta (2000:4-5) aangedui:

- In baie samelewings is daar 'n kultuur van stilswye rondom seks en word daar verwag dat “goeie” vroue veronderstel is om oningelig en onkundig te wees ten opsigte van seks, en passief te staan teenoor seksuele-interaksie. Laasgenoemde maak dit vir vroue moeilik om ingelig te wees rondom risiko-vermindering en onderhandeling vir veilige seks.
- Die tradisionele waarde van maagdelikheid by ongetroude meisies in baie kulture maak dit moeilik om risiko vir MIV-infektering met behulp van inligting teen te werk, aangesien daar gedink sal word dat 'n meisie seksueel-aktief is wanneer sy vir inligting mag vra. Maagdelikheid plaas baie meisies ook onder risiko vir verkragting as gevolg van die wyd verspreide oortuiging dat seks met 'n maagd die man kan genees van siektes soos MIV en VIGS. Verder veroorsaak die belang van maagdelikheid in hierdie kulture dat meisies eerder anale seks sal hê wat hulle verder onder risiko plaas om MIV of ander infeksies op te doen.
- As gevolg van die sterk waardes wat daar geheg word aan maagdelikheid en die kultuur van stilswye rondom seks, kan toegang tot dienste vir die behandeling van seksueeloorlaagbare infeksies vroue ernstig stigmatiseer.

- In baie kulture word moederskap, soos maagdelikheid beskou as 'n vroulike ideaal en word die gebruik van voorbehoedmiddels of nie-penetrerende seksuele-omgang nie aanvaar nie, en skep dit ernstige probleme vir vroue.
- Vroue se finansiële afhanklikheid verhoog hul kanse om MIV op te doen. Daar kan byvoorbeeld gelet word op die ruil van seks vir geld of gunste waar die vrou 'n kleiner kans het om te onderhandel vir veilige seks of om 'n verhouding te beëindig wanneer die verhouding gesien word as 'n risiko.

Die magswanbalans tussen mans en vroue verhoog egter ook die man se MIV-risiko, ten spyte van die man se groter mag oor die vrou. Gupta (2000:5) verwys na die volgende aspekte wat die man se kwesbaarheid vir MIV verhoog:

- Die bestaande norm van manlikheid waar daar van die man verwag word om seksuelekennis en -ervaring te hê, plaas jong mans onder risiko vir seksueeloordraagbare infeksies, aangesien hul voorkom word om vir inligting te vra en daardeur hul onkunde erken. Jong mans eksperimenteer dus met seks op 'n onveilige wyse op 'n jong ouderdom ten einde hul manlikheid te bewys.
- In baie kulture wêreldwyd word daar geglo dat 'n verskeidenheid van seksmaats essensieel is vir die man se natuur, en mans sal dus 'n verskeidenheid seksmaats hê. Hierdie verskynsel gaan sterk teen die boodskap van getrouheid aan een maat waardeur programme poog om MIV te bekamp.
- Die aspek van manlikheid wat klem lê op seksuele dominerings van die vrou deur die man, dra by tot homofobie en stigmatisering van mans wat seksuele-omgang het met mans. Laasgenoemde forseer hierdie mans om hul gedrag geheim te hou en seksuele risiko te ontken, wat beide die man en sy seksmaat se MIV-risiko verhoog.
- In baie samelewings word mans gesosialiseer om nie hul emosies te toon nie en dus nie om hulp te gaan soek ten tye van nood of stres nie. Hierdie verwagting wat daar op mans geplaas word gaan direk teen die verwagting dat 'n individu homself behoort te beskerm teen potensiële infeksie, en moedig ook die ontkenning van risiko aan. Aspekte van manlikheid word dus sterk geassosieer met 'n verskeidenheid van risiko-gedrag. Dit is dus nie verbasend dat jong mans wat tradisionele opinies van manlikheid onderhou, meer geneig is om substansgebruik, geweld en onveilige seksuele-omgang te rapporteer nie.

Schoofs (2000:13) is van mening dat inligting opsigself nie verandering in gedrag soos bogenoem sal meebring nie. Afrika-mans en -seuns gee voor dat hulle alles weet en nie nodig het om te leer nie, terwyl hul vrees om as onkundig en swak gesien te word die onderliggende rede hiervoor is. Schoofs (1999:13) verduidelik verder dat waar dit belangrik is vir Afrika-mans om manlik te voel, die definisie van manlikheid verander behoort te word. Mans behoort te leer om verantwoordelikheid te neem vir hul eie gesondheid asook dié van hul seksmaats en kinders. Negatiewe aspekte van manlikheid soos geweld, behoort verwerp te word ten gunste van positiewe aspekte soos versorging en verantwoordelikheid. Na aanleiding van bogenoemde bespreking word daar vervolgens gefokus op geslag en geslagsrolle binne die relevante kulturelekonteks.

3.7 Geslag en geslagsrolle in die Afrika-kultuur

Geslag is kultuur-spesifiek gestruktureer waar daar merkbare verskille is in wat mans en vroue mag en nie mag doen nie, waar een kultuur met 'n ander vergelyk word. Wat wel konsekwent regoor alle kulture voorkom is die onderskeibare verskille tussen mans en vroue se rolle, toegang tot hulpbronne en reg tot besluitneming. (Gupta, 2000:1; Pearson, 2004:294-302). Volgens Fuhrer en Stansfield (2002:811) word sosialerolle en -verhoudings primêr kultureel bepaal. Die navorser is van mening dat kultuur dan ook die toekenning van hierdie rolle, die aard van hierdie rolle en die invloed daarvan op verhoudings sal omvat. Die navorser is van mening dat hoewel geslag die onderskeie rolle vir mans en vroue definieer, dit egter nie behoort te impliseer dat die vrou 'n laer status as die man het nie. Dit blyk egter dat geslag en geslagsrolle wel grootliks beïnvloed word deur die kultuur waarin die vrou haarself bevind, waar sekere rolle aan die vrou toegeken word en dus in sekere kulture die vrou se status mag affekteer. Daar behoort dan eerstens gelet te word op die spesifieke kultuur waarin geslagsrolle gevorm word.

3.7.1 Geslagsrolle in 'n kollektivistiese kultuur

Ten einde die geslagsrolle van Afrika-vroue te verstaan wil die navorser eerstens kyk na die tipe kultuur waarin hierdie geslagsrolle gevorm word. Hofstede (in Eaton & Louw, 2000:210) beskryf individualisme as 'n tendens binne 'n kultuur om te fokus op

die individu eerder as die groep, en kollektiwisme as 'n tendens binne 'n kultuur tot groeoriëntasie. Bogenoemde outeurs verduidelik dat hoewel dit nie empiries getoets is nie, die aanname gemaak kan word dat Afrika-kulture kollektivisties is. Hierdie outeurs se studies wat in Suid-Afrika onderneem is, is ook aanduidend daarvan dat Afrika-kulture kollektivisties is. Daar is bevind dat die ontwikkeling van die selfkonsep verweef is met die kultuur waarin 'n individu grootword. Hierdie bevinding dui vir die navorser daarop dat dit wel van belang is om te let op die Afrika-kultuur as kollektivistiese kultuur waarin geslagsrolle gevorm word. Bogenoemde outeurs verduidelik verder dat self-konstruering of -vorming direk verbind kan word met kollektiwisme of individualisme. Dit blyk dat persone uit individualistiese kulture soos in die Weste, gekenmerk word aan *onafhanklike self-konstruering*. Laasgenoemde dui op die individu se siening van homself/haarself as 'n selfbesturende, verbonde eenheid en dus 'n *self* wat alle vermoëns, bydraes en doelstellings behou ten spyte van die sosiale konteks. Persone wat uit 'n kollektivistiese kultuur afkomstig is soos in Afrika, word gekenmerk aan *interafhanklike-self-konstruering* wat gedefinieer word as buigsaam en wisselbaar en ook sal verander afhangende van konteks en verhoudings.

Van Dyk (2001:90) noem dat in kollektivistiese Afrika-kulture die groep se belange bo die van die individu gestel word, en die groep bestuur word deur 'n eksterne lokus van beheer. Hierdie eksterne lokus van beheer is aanduidend dat alle besluite, insluitende gesondheidsbesluite geneem word met die groep se wete en goedkeuring. Die bestaan van 'n eksterne lokus van beheer in kollektivistiese kulture is vir die navorser aanduidend van die mate van kulturele beheer wat oor Afrikane uitgeoefen word, en verteenwoordigings in die Afrika-kultuur mag dus ook deur 'n spesifieke groep bepaal en in stand gehou word. Die vraag wat dus hier by die navorser ontstaan is deur wie hierdie eksterne lokus van beheer bepaal word, en watter invloed dit mag uitoefen op besluite wat die persoon oor haar eie lewe mag neem waar die groep se wete en goedkeuring benodig word. Matsumoto (2003:90) verduidelik dat kultuur nie deur die massas individue wat lede van die spesifieke kultuur is bepaal word nie, maar eerder deur 'n kleiner groep van kulturele elite gedefinieer word vir die massas. Die navorser wil hierby aansluit deur te vra wie in Afrika beskou kan word as die kulturele elite wat oor die eeue Afrikane se kultuur vir hul gedefinieer het. Met

inagname van die prominente voorkoms van patriargie asook geslagsongelykheid in Afrika, maak die navorser die aanname dat die kulturele elite uit Afrika-mans bestaan wat moontlik oor die eeue die kultuur waarvolgens Afrika-vroue leef, gedefinieer het. Orr en Patient (2004:13) konstateer dat daar in ag geneem behoort te word dat elke bestaande tradisie, een groep meer dien as vir 'n ander, en dat hierdie tradisies beskerm sal word deur die groep wat daardeur gedien word. Hierdie outeurs verwys veral na geslag as voorbeeld. Vroue staan in 'n posisie waar geslagsgelykheid in die praktiese realiteit vir hulle van groot waarde sal wees, terwyl mans geslagsgelykheid as 'n werklike bedreiging vir hulle eie mag/gesag beskou.

Soos reeds genoem word persone uit kollektivistiese kulture soos in Afrika, gekenmerk aan *interafhanklike-self-konstruering* wat buigsaam en wisselbaar is en verander afhangende van konteks en verhoudings (Eaton & Louw, 2000:210). Dit blyk dus vir die navorser dat die spesifieke konteks en aard van verhoudings bepaal word deur die aard van die kultuur of tipe kultuur, waar dit dan verandering kan meebring in die self-konstruering van 'n individu. Waar primêre verhoudings in die algemeen dui op heteroseksuele verhoudings, word daar volgens die navorser gepraat van twee geslagsgroepe wat weer terug lei na die spesifieke rolle daarvan. Dit is dan vir die navorser duidelik dat die konsepte van geslag, verhoudings en geslagsrolle direk verbind kan word tot die tipe kultuur, en dat geslag dan biologies 'n bepalende faktor word van die sosialerolle wat deur 'n individu vervul sal word sowel as die status van 'n individu in die samelewing. Laasgenoemde aspekte behoort dan 'n definitiewe invloed uit te oefen op die daaglikse bestaan en moontlike probleme en behoeftes wat deur Afrika-vroue as geslagsgroep beleef word, insluitende verhoogde MIV-risiko vir hierdie vroue. Mama (2001:69) is van mening dat dit nie ontken kan word dat geslag relevant is in alle kwessies wat verband hou met dit wat outentiek of eg is aan Afrika nie, aangesien identiteit geslag-gebaseer is. Indien hierdie relevansie van geslag ontken word, is bogenoemde outeur van mening daar dan 'n vals beeld geskep word van pre-koloniale Afrika waar geslag nie bestaan het nie. Daar is egter genoegsame bewyse om aan te dui dat geslag in al die diverse manifestasies daarvan die sentrale organisatoriese beginsels vir Afrika-samelewings bepaal het en steeds bepaal.

Verskeie outeurs (Campbell, 2003:149; Mama, 2001:69) stem saam dat daar tradisioneel in Afrika geglo word dat vroue in so mate ondergeskik is aan mans, dat daar na hulle verwys word as kinders. Hierdie minderheidstatus wat deur tradisionele gebruikswette aan vroue toegeken word, oortree dan vroue se fisieke- en emosionele integriteit. Die volgende wyses waarop die vrou as geslagsgroep en ook in die vervulling van haar geslagsrolle in die Afrika-kultuur benadeel word, is volgens die navorser goeie voorbeelde van waar die Afrika-vrou haarself in 'n kollektivistiese kultuur bevind:

- Eienaarskap en toegang tot grond waar Afrika-vroue dikwels nie grond kan erf of besit nie.
- Die verdeling van arbeid waar vroue verantwoordelik is vir huishoudelike take en produktiewe arbeid soos om haar man se grond te bewerk, asook reprodutiewe werk wat verband hou met die voortbring en versorging van kinders.
- Die Staat wat 'n invloed uitoefen op hoe vroue gesien word as die afhanklikes van mans, asook wetgewing in terme van egskeding, toesig oor kinders, besit van eiendom, outonomieit rondom beroep en finansiële kontrakte waardeur vroue aan die kortste end trek.
- Die organisering van huishoudings waar vroue verantwoordelik is vir die generering van 'n groot deel van die inkomste, maar mans bepaal hoe hierdie inkomste versprei word (Pearson, 2004:294-302).

Om by bogenoemde aan te sluit kan daar ook kortliks gekyk word na ouer studies wat in Suid-Afrika onderneem is wat aanduidend is van die Afrika-vrou se ondergeskiktheid as geslagsgroep en in haar geslagsrolle binne 'n kollektivistiese Afrika-kultuur. Schapera (1970:51) het in sy studie onder die Tswana in Suid-Afrika gevind dat vroue tradisioneel as ondergeskik gesien en behandel word. Met die sluiting van die huwelik word die vrou vanaf die wettige beheer van haar ouers oorgedra na die wettige beheer van haar man wat haar voog word, en verantwoordelikheid dra vir haar optrede. Die man word beskou as offisiële hoof van die gesin terwyl die vrou die rol as *mothanka* of bediende/huishoudelike skepper inneem. Die vrou se take sluit in dat sy vir haar man sal werk, getrou sal wees aan hom, kinders sal voortbring en grootmaak, landbou-werk sal verrig en alle huishoudelike take sal onderneem. Indien die vrou nie hierdie take onderneem nie of

haar wangedra mag die man van haar skei of straf toedien deur haar te slaan. Verder mag die vrou nie haar man seksuele-omgang weier nie, en moet sy altyd gewillig wees om haar man se seksuelebehoefte te vervul. Mönnig (1983:63) het weer in sy studie onder die Pedi in Suid-Afrika gevind dat respek van groot belang is, veral waar dit deur die vrou getoon moet word. 'n Pedi-vrou behoort dus absolute respek te toon teenoor alle mans, ouer persone en haar skoonfamilie. Respek word deur vroue getoon deur skaam, eerbiedig en terughoudend op te tree. Verder word daar gemeen dat vroue in 'n klas van hul eie bestaan wat benede die klas van enige man is, en ten spyte van die klas van die vrou se vader, moet sy eerbiedig teenoor alle mans optree. Dit blyk dus vir die navorser dat die kollektivistiese Afrika-kultuur vroue dan ook aan klassisme blootstel, wat sou impliseer dat die rolle wat deur Afrika-vroue vervul moet word ondergeskik is aan die rolle van mans. Meer resente navorsing dui daarop dat vroue steeds aan klassisme blootgestel word. Reid (2000:713) konstateer dat wanneer die gesondheidstatus van gekleurde vroue geëvalueer word, die effek van klassisme (asook rasisme) nie onderskat moet word nie.

Hoewel van die bogenoemde studies baie ouer is as die resente navorsing wat in hierdie afdeling bespreek is, wil die navorser dit wel in verband bring met mekaar. Hierdie studies toon dat min verander het aan die Afrika-vrou se status of klas oor die afgelope dekades. Dit mag dan volgens die navorser ook impliseer dat min verander het in die Afrika-vrou se rolle oor die afgelope dekades, ten spyte daarvan dat MIV en VIGS en onstabiele verhoudings soos later bespreek sal word, hierdie rolle verder mag kompliseer binne die Afrika-kultuur.

3.8 Gedrag/Aktiwiteite in die Afrika-kultuur

Die navorser het in hierdie hoofstuk 'n duidelike beeld geskep van verteenwoordings in die Afrika-kultuur wat aanduidend is dat Afrikane op 'n spesifieke wyse dink, en dat die aard van geslagsrolle direk hiermee verbind kan word. Dit is egter ook van belang om te let op aktiwiteite of gedrag binne die Afrika-kultuur ten einde beide "sye van die muntstuk" te verstaan. Soos reeds genoem kan aktiwiteite en verteenwoordigings nie apart bespreek word nie. Waar daar dan deurentyd gepraat word van Afrika-vroue se minderheidstatus, verhoogde MIV-risiko en gesondheidsverskille tussen mans en vroue, behoort die navorser ook praktiese

voorbeelde te bied ten einde die Afrika-vrou se posisie in die Afrika-kultuur duidelik te maak. Praktiese voorbeelde behoort direk van toepassing te wees op Afrika-vroue, aangesien vroue se geslagsrolle in hierdie studie ondersoek word. Verder behoort praktiese voorbeelde ook spesifieke aktiwiteite in te sluit wat verband hou met verhoogde MIV-risiko vir hierdie vroue.

Die *UNAIDS* (2002:9) is van mening dat dit steeds onduidelik is of die gevaar van MIV en VIGS 'n verandering in seksuele gedrag onder Afrikane meegebring het. 'n Minder resente studie wat deur Olowo-Freers (1992:5) onderneem is, toon dat MIV gedurende die 1990's in sekere gebiede in Uganda steeds nie as 'n siekte erken is deur die populasie nie, maar daar steeds geglo is dat MIV en VIGS deur hekserie veroorsaak word. Afrikane was dus oortuig dat MIV en VIGS behandel kan word deur 'n dier te slag en 'n offer aan die gode te maak. Afrikane het ook steeds geen duidelike insig rondom die inkubasie periode of die verskil tussen MIV en VIGS gehad nie, en hierdie verskynsel het selfs onder beter geskoolde Afrikane voorgekom. Tradisionele Afrikane voel ook dat Afrika-tradisies aangemoedig en weer ingestel moet word ten einde MIV en VIGS te beveg. Gausset (2001:512) het byvoorbeeld onder die Tonga-groep in Zambië gevind dat die Weste eerder blameer word vir die verspreiding van MIV, as wat kulturele tradisies blameer word. Gausset (2001:512) verduidelik dat Afrikane van mening is dat die verspreiding van MIV die resultaat van Westerse praktyke in Afrika is. Daar word byvoorbeeld genoem dat Afrikane na dorpe gaan en seksuele kontak met sekswerkers het en nie meer die ou morele kodes navolg nie, veral as gevolg van die moderne onderrigstelsel. Hierdie ou morele kodes kom vir die navorser aanvanklik voor as 'n praktiese wyse waardeur MIV in Afrika beveg kan word, en dus moontlik effektief benut kan word in die stryd teen MIV en VIGS. Daar behoort egter in ag geneem te word dat bogenoemde voorbeeld van sekswerkers weer eens verbind kan word met die Afrika-kultuur waar die Afrika-vrou se minderheidstatus haar toegang tot onderrig, grond en ander ekonomiese strukture beperk. Laasgenoemde mag aanleiding gee tot desperate omstandighede van armoede waardeur Afrika-vroue tot sekswerk geforseer word ter wille van oorlewing. Hierdie aspek sal egter in opvolgende hoofstukke volledig bespreek word onder die rolle van die vrou.

Olowo-Freers (1992:11) het by ondersoek van bogenoemde morele kodes gevind dat dit wel 'n verskil maak in gesondheidsbevorderende gedrag, en die navorser verwys na enkele voorbeelde uit bogenoemde outeur se studie:

- Vroeë huwelike word gereël voordat voorhuwelikse seksuele-omgang kan plaasvind.
- Swaar boetes word opgelê vir mans wat seksuele-omgang het met jong meisies.

Die navorser is van mening dat hierdie morele kodes nie noodwendig deur alle Afrikane aanvaar sal word nie, veral nie jong Afrikane wat aan 'n moderne onderrigstelsel blootgestel is nie. Verder mag hierdie tradisionele morele kodes veral vir die vrou moontlike nadele inhou. 'n Jong vrou mag dalk ander ideale hê as om vroeg in die huwelik te tree, of uit vrye wil seksuele-omgang met haar seksmaat wil hê. Westerse invloed word dus nie ontken nie, en jong Afrikane mag sekere houdings en opinies onderhou na aanleiding van die moderne onderrigstelsel. Laasgenoemde in kombinasie met die onderhouding van spesifieke kulturele praktyke en -gebruike mag dus aanleiding gee daartoe dat ou morele kodes wat oor die eeue binne die Afrika-kultuur nagevolg is, moontlik nie meer so heersend is nie. Gausset (2001:512) let op beide kante van hierdie situasie en som dit soos volg op: Aan die een kant bestaan daar kulturele praktyke wat die verspreiding van MIV in Afrika bevorder. Aan die ander kant kom ontwrigting van tradisies voor wat met die Westerse lewenswyse geassosieer word (soos sekswerk en die afbreking van sosiale- en morelebeheer) wat ook bydra tot die toenemende spoed waarteen MIV versprei. Die navorser sien laasgenoemde twee aspekte egter as een kant van die situasie, aangesien beide verantwoordelik is vir die verspreiding van MIV en VIGS. Die ander kant van die situasie behoort volgens die navorser gesien te word as sekere kulturele houdings, -waardes, -oortuigings, -opinies en veral -gedrag in Afrika wat kan bydra tot die voorkoming van MIV en VIGS. Gausset (2001:512) is egter van mening dat om kulturele tradisies weer in te stel, of hierdie tradisies te beveg beide naïewe uitgangspunte is in die stryd teen MIV en VIGS. Waar mense 'n geïdealiseerde tradisionele lewe leef, of eerder optree en dink soos Europeërs, sal MIV en VIGS steeds versprei totdat mense veilige seksuele praktyke en bloedkontak begin beoefen. Die navorser is van mening dat gesondheidsbevorderende gedrag in alle kulture die gevolg is van die vervanging van gevaarlike gebruike met veiliger gebruike na aanleiding van die situasie waarin 'n samelewing of groep mag verkeer. Orr en Patient

(2004:13) is van mening dat wanneer 'n norm nie meer funksioneel is nie, dié mense wat daaraan vashou sal uitsterf, terwyl die mense wat verander sal oorleef. Die enigste wyse waarop tradisies dan toegelaat kan word om te oorleef is deur die inkorporering van nuwer tradisies. Die navorser is van mening dat gesondheidsbevorderende gedrag in alle kulture moontlik soortgelyke vorme mag aanneem in die natuurlike verloop wat nuwer tradisies sal inkorporeer. Hier behoort daar egter oorweeg te word of gesondheidsbevorderende gedrag in Afrika toegelaat word om 'n natuurlike verloop te volg en of Afrikane hul kultuur toelaat om nuwer tradisies daarby te inkorporeer. Daar word vervolgens gelet op praktiese voorbeelde van *aktiwiteite* in die Afrika-kultuur ten einde laasgenoemde meer duidelik te maak.

3.8.1 Praktiese voorbeelde van gedrag/aktiwiteite in Afrika

Droë seks en die belang daarvan om baie kinders voort te bring is twee gebruike wat meer algemeen voorkom onder Afrikane in Suidelike-Afrika. Die navorser sal egter ook minder algemene gebruike soos poligamie en weduwee-oorerwing bespreek ten einde 'n spektrum van gebruike in te sluit as voorbeelde van aktiwiteite waardeur Afrika-vroue se MIV-risiko verhoog word. Die navorser vind dit van belang om hier te noem dat hoewel hierdie gebruike en praktyke reeds vir eeue bestaan en dus 'n spesifieke doel gedien het in die Afrika-kultuur, die verlies aan gepaardgaande streng morele kodes hierdie gebruike binne die hoë risiko kategorie mag plaas. Daar kan dus gesê word dat indien streng morele kodes steeds in Afrika gevolg word, MIV nie so vinnig sou versprei nie, en hierdie gebruike en praktyke dus nie onder die soeklig geplaas sou word nie. Die navorser is verder oortuig dat sekere gebruike in 'n hoë risiko kategorie gevind mag word bloot omdat dit geen funksie meer dien nie, en dus gevaarlik word in die konteks van MIV en VIGS.

In Tabel 1 word daar gelet op vier gebruike/praktyke in die Afrika-kultuur wat verduidelik word na aanleiding van waardes, norme, oortuigings, houdings, opinies en gedrag soos gevind word binne die Afrika-kultuur. Tabel 1 is aanduidend daarvan dat indien Afrikane getrou bly binne hul seksueleverhoudings, min van hierdie gebruike lewensgevaarlik sou wees, selfs waar gebruike soos droë seks steeds pynlik of ongemaklik mag wees. 'n Weduwee wat getrou was aan haar man en wie se man getrou was aan haar, sou dus deur haar man se MIV-negatiewe broer geërf kon word

sonder dat MIV oorgedra word. Laasgenoemde geld ook ingeval van poligamie, droë seks en die voortbring van baie kinders. Ontrouheid aan 'n seksmaat blyk dus hier die kern van verhoogde MIV-risiko te wees en kan ook teruggevoer word na *verteenwoordigings* in kultuur soos om byvoorbeeld poligamie aan te hang, maar nie die streng kulturele- en morele waardes en reëls wat daarmee gepaard gaan na te volg nie. Aangesien dit onmoontlik sou wees om streng morele kodes ten opsigte van seksuele-omgang op Afrika-samelewings af te dwing, kan daar verwag word dat beide ontroue en getroue seksmaats aan MIV en VIGS blootgestel sal word. Die vraag wat hier mag ontstaan is wanneer word die gevaar van sekere gedrag of aktiwiteite opsigtelik genoeg in Afrika-samelewings sodat dit vermy kan word? Die konsep van *oorlewing van die sterkstes* mag hier ter sprake kom. Orr en Patient (2004:13) verduidelik dat hierdie proses gefokus is op oorlewing van die groep en nie die individu nie. Mense sal dus kollektief doen wat hul nodig het om te oorleef na gelang van hul situasie en beskikbare hulpbronne.

Meer Afrika-vroue word deur MIV en VIGS geaffekteer as mans, maar dit blyk ook vir die navorser dat hierdie vroue minder hulpbronne tot hul beskikking het. Verder maak sekere gebruike en praktyke al vir eeue deel uit van Afrikane se kultuur en sou dit dus moeilik wees om hierdie gebruike en praktyke daadwerklik te verander. Soos reeds genoem het Afrika-lande erken dat kultuur 'n sentrale rol speel in die verspreiding van MIV en VIGS. Die navorser neem dus aan dat daar wel Afrikane is wie se waardes en norme in konflik verkeer met die tradisionelewaardes en norme van hul kultuur. Daar behoort dus ook gelet te word op die waarde van *kulturele integrasie*, wat deur Schaefer (1989:77) omskryf word as konflikterende waardes en norme van 'n kultuur wat uiteindelik saamgebring word om 'n samehangende geheel te vorm. In hierdie geval is daar duidelike konflikterende waardes en norme wat nie vereenselwig kan word nie, en sodoende Afrika-samelewings se voortbestaan in gevaar stel. Daar word deur die navorser aangeneem dat kulturele integrasie van die grootste belang mag wees vir die oorlewing van Afrika-populasies, en dat die groep dan kollektief moet optree ten einde te oorleef.

Tabel 1: Voorbeelde van kulturele-invloede in Afrika

Waardes	Norme	Oortuigings	Houdings	Opinies	Gedrag
Weduwee-oorerwing: 'n Man moet na sy broer se vrou omsien wanneer sy broer sterf.	Dit is 'n man se plig om sy broer se vrou as sy eie in te neem wanneer sy broer sterf.	Die vrou wat deur haar man se broer geërf word, word hierdie man se verantwoordelikheid en moet dus gehoorsaam wees aan hom.	Die vrou wat na afsterwe van haar man deur sy broer geërf word, se status is laer as hierdie man sin, soos wat haar status laer as haar afgestorwe man sin was, omdat sy 'n vrou is.	'n Vrou wie se man sterf kan nie op haar eie funksioneer nie en behoort dus deur die man se broer geërf te word.	'n Weduwee word gereinig na haar man se dood d.m.v. seksuele-omgang met haar man se broer of met 'n vreemdeling, afhange van watter stam sy aan behoort t.s.v. haar MIV-status of dat haar man moontlik a.g.v. VIGS gesterf het.
Poligamie: 'n Man behoort baie vroue (en dus baie kinders) te hê om die grond van sy voorvaders te bewerk.	'n Man behoort saam met sy baie vroue by te dra tot die groei van sy stam.	'n Man se baie vroue behoort onderdanig te wees aan hom en vir hom te werk.	Ten spyte daarvan dat 'n man baie vroue het, sal hy steeds seksuele-omgang met ander vroue hê aangesien hy sterk onkeerbare seksuelebehoefes het.	'n Man se baie vroue behoort te aanvaar dat hy ook seksuele-omgang buite die poligamiese huwelik sal hê, aangesien dit in sy natuur is.	'n Man wat seksuele-omgang met ander vroue buite sy eie vroue het, verhoog sy eie vroue se risiko op MIV en VIGS, selfs al is sy eie vroue getrou aan hom.
Droë seks: 'n Vrou behoort deur die uitdroging van haar vagina aan haar man plesier te bied en haar getrouheid te bewys.	'n Vrou behoort deur die uitdroging van haar vagina haar man se seksuele voorkeure te onderhou.	'n Vrou behoort haar onderdanigheid en getrouheid aan haar man te bewys deur die uitdroging van haar vagina.	'n Vrou sal eerder droë seks onderhou en MIV opdoen, as wat sy haar man verloor omdat sy nie haar vagina wil uitdroog nie.	Dit is 'n man se reg om te verwag dat sy vrou haar vagina uitdroog ter wille van die man se seksuele voorkeure.	Met droë seks kom skeuring van die wand van die vagina voor en word die vrou se risiko om MIV op te doen baie groter.
Die belang van kinders: 'n Man en vrou se status en rykdom word gemeet aan die hoeveelheid kinders wat hul het.	'n Man en vrou behoort nie van kondome gebruik te maak nie, aangesien dit swangerskap voorkom.	'n Vrou se status word bepaal deur haar vermoë om kinders te hê en dus deur haar vrugbaarheid.	'n Vrou behoort nooit van 'n voorbehoedmiddel gebruik te maak nie, aangesien sy moet bewys dat sy vrugbaar is voordat enige man 'n huweliksaanbod sal maak.	'n Vrou moet soveel moontlik kinders hê voordat MIV sy tol eis en die vrou sterf.	Mans en vroue maak nie gebruik van kondome nie en MIV versprei dus na groot getalle persone teen 'n vinnige spoed, terwyl kinders wat gebore word self ook MIV-positief mag wees.

(Gausset, 2001:512-514; Van Dyk, 2001:118-123)

Bestaande kulturelegebruike en -praktyke behoort egter versigtig benader te word deur die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan wat hulpverlening bied aan Afrika-vroue met MIV en VIGS, hetsy om verdere verspreiding van MIV te voorkom of om die lewenskwaliteit en -duur van Afrika-vroue met MIV en VIGS te verbeter. Gausset (2001:517) is van mening dat kulturelepraktyke in Afrika nie uitgeroei behoort te word nie, maar eerder veiliger gemaak behoort te word. Laasgenoemde houding behoort nie alleen om etiese redes aangeneem te word nie, maar ook op grond daarvan dat die blamering van kultuur vir die verspreiding van MIV en VIGS 'n denkbeeldige immuniteit mag skep vir mense wat nie deel het aan sulke praktyke nie. Van Dyk (2001:127) sluit hierby aan deur te waarsku dat gesondheidswerkers wat in Afrika werksaam is, versigtig behoort te wees om nie alle Afrika-oortuigings en -praktyke te stigmatiseer en af te maak as skadelik en bygelowig nie. Daar behoort eerder gekyk te word na oortuigings wat tot voordeel van VIGS-opvoeding gebruik kan word. Ten einde hulpverlening te bied sou dit van die maatskaplike werker vereis om nie alleen bewus te wees van wat spesifieke gebruike en praktyke in die Afrika-kultuur impliseer nie, maar ook om te let op die motivering daaragter. Die maatskaplike werker behoort haarself dus deeglik in te lig van die rol van verteenwoordigings en aktiwiteite in die Afrika-kultuur. Laasgenoemde impliseer deeglike insig van die konteks waarin hierdie gebruike en praktyke voorkom, die aard van geslag, seksualiteit en ongelyke magsverspreiding in die Afrika-kultuur, asook hoe integraal hierdie gebruike en praktyke verbind kan word met spesifieke geslagsgroepe en die samehangende geslagsrolle. Daar word vervolgens gelet op wyses waarop die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan gebruike en praktyke in die Afrika-kultuur kan benader gedurende hulpverlening.

3.9 Die PEN-model

Van Dyk (2001:127) verwys na die PEN-model van Airhihenbuwa (1989) wat voorstel dat daar na tradisioneel-kulturele gesondheidsoortuigings gekyk moet word in terme van die volgende kategorieë: **P** vir Positiewe, **E** vir Eksotiese en **N** vir Negatiewe. Hierdeur word 'n basis vir Westerse gesondheidswerkers geskep om tradisioneel-kulturele gesondheidsoortuigings te verstaan en te hanteer. Hierdie drie kategorieë sal vervolgens kortliks bespreek word.

3.9.1 Positiewe kulturele gedrag behoort aangemoedig en versterk te word.

Volgens die PEN-model behoort positiewe kulturele gedrag wat voordele inhou, aangemoedig en versterk te word. Voorbeelde van sulke gedrag is weerhouding van seksuele-omgang voor die huwelik, direk na geboorte, gedurende menstruasie en met weduwees, asook met vroue wat miskrame gehad het of aborties ondergaan het. Ander behulpsame oortuigings is om seks te vermy met 'n persoon wat seksueel oordraagbare infeksies het, asook die aanmoediging van *thigh sex* en ander vorme van nie-penetrerende seksuele-omgang wat veral voorkom onder die jeug, ongetroudes en tussen mans en vroue tydens menstruasie (Van Dyk, 2001:128). Die volgende voorbeelde kan ook volgens die navorser hieronder geplaas word:

- Poligamie voorsien 'n gesonde oplossing vir probleme wat inherent deel uitmaak van sekere kulturele gebruike. In sommige Afrika-kulture waar seksuele-omgang verbied word tydens of na swangerskap, help poligamie om te voorkom dat die man terloopse seks buite die huwelik gaan soek. Baie kan bereik word deur getrouheid van die man aan al sy vroue in 'n poligamiese gesin aan te moedig en seksuele-omgang buite hierdie gesin af te raai. Poligamie is dan ook veilig net solank as wat al die betrokke individue binne die poligamiese verhouding, MIV-negatief is. Westerse gesondheidswerkers kyk soms met afkeur na poligamie in Afrika, maar poligamie verminder dikwels ontrouheid, prostitusie, seksueel oordraagbare siektes en MIV. In moderne tye waar die Afrika-man werk gaan soek in ander gebiede kan hy een van sy vroue saamneem, terwyl die ander vroue agterbly en na die kinders en eiendom omsien (Van Dyk, 2001:120).
- In Oos-Uganda word maagdelikheid onder meisies hoog op die prys gestel. Ook jong mans word verbied om terloopse seksuele verhoudings te hê, en in Sebei in Oos-Uganda word maagdelikheid ook op mans afgedwing (Olowo-Freers, 1992:4). Aangesien dit moeilik mag wees om beheer uit te oefen oor maagdelikheid en seksuele behoeftes onder adolessente, mag die maatskaplike werker byvoorbeeld nie-penetrerende seksuele praktyke soos *thigh-sex* wat kultureel aanvaarbaar is voorstel, en ook gepaardgaande gesondheidsinligting deurgee.

3.9.2 Eksotiese kulturele gedrag behoort aanvaar en gerespekteer te word.

Eksotiese gedrag in tradisionele Afrika mag vreemd voorkom vir Westerlinge, maar is onskadelik ten opsigte van gesondheid. Hierdie eksotiese gedrag soos poligamiese huwelike, kulturele rituele en die gebruik van kruie behoort nie verander te word nie, maar eerder gerespekteer te word. Indien 'n gesondheidswerker vind dat 'n ritueel moontlik gevaarlik mag wees, behoort dit nie dadelik afgeraai te word nie, maar behoort daar eerder gekyk te word na wyses om dit veiliger te maak. Die aanbeveling dat skoon instrumente tydens rituele gebruik word ten einde MIV-oordraging te voorkom is 'n goeie voorbeeld hiervan (Van Dyk, 2001:128). Verdere voorbeelde sluit in:

- In Karamoja in Uganda word egbreuk steeds gestraf met die dood. Terloopse seksuele-omgang buite die huwelik is dus raar (Olowo-Freers, 1992:4). Die navorser is van mening dat die doodstraf eerder met 'n boete vervang kan word ten einde steeds soortgelyke resultate te hê. Dit sou egter blyk dat die doodstraf hier as ernstige afskrikmiddel dien.
- In sommige Afrika-kulture is dit nodig dat 'n bok geslag word om 'n vloek op 'n vrou te voorkom wanneer sy haar man kaal gesien het (Olowo-Freers, 1992:5). Hoewel hierdie ritueel duidelik met geslag asook seksualiteit verband hou, is dit nie tot nadeel van die betrokke persone nie. Die gesondheidswerker kan byvoorbeeld aanbeveel dat die slagting van die dier op 'n higiëniese wyse geskied soos om skoon instrumente te gebruik en te sorg dat die vleis eetbaar is indien dit gestoor word.

3.9.3 Negatiewe kulturele gedrag behoort verander te word.

Hoewel VIGS-opvoeders versigtig behoort te wees om nie met kulturele-oortuigings en gedrag in te meng nie, is sekere tradisionele gedrag wel skadelik vir die individu se gesondheid en behoort dit verander te word. Voorbeelde hiervan is meervoudige seksmaats, reinigingsrituele waar enige manlike familielid seksuele-omgang met 'n weduwee het, weduwee-oorerwing, seksuele-omgang met 'n steriele broer se vrou ten einde swangerskap mee te bring, seksuele-omgang met die gasheer se vrou of suster om 'n gas te verwelkom, en die skoonmaak van die ingewande van lyke met die hande. Waar hierdie gebruike verander wil word, is dit van belang om samewerking

vanaf die gemeenskapsleiers en tradisionele genesers te bekom. Suksesvolle intervensie op hierdie vlak kan gesien word aan die Ivoorkus waar vroulike besnyding en weduwee-oorerwing dramaties afgeneem het (Van Dyk, 2001:129).

In hierdie afdeling wil die navorser spesifiek let op droë seks, vroulike besnyding en ritualistiese seksuele-omgang as voorbeelde van negatiewe kulturele gedrag in die konteks van MIV en VIGS in Suidelike Afrika.

- In Zimbabwe asook Kenia word kruie afkomstig van die Mugugudhu boom dikwels deur vroue gebruik. Die stam en blare van hierdie boom word fyn gemaal, met 'n sandkleurige poeier en water gemeng, en in 'n sykous saamgebind wat dan vir 10-15 minute in die vagina geplaas word. Die kruie laat die sagte weefsel binne-in die vagina swel en laat dit warm en uitgedroog. Vroue noem dat hierdie proses pynlike seksuele-omgang veroorsaak, maar dat “ons Afrika-mans seksuele-omgang met 'n droë vagina meer geniet”. Hierdie gebruik is algemeen in Suidelike Afrika waar MIV en VIGS meer prominent is as in enige ander dele van die wêreld. Navorsers in Zimbabwe het dit selfs moeilik gevind om 'n kontrole groep te betrek vir 'n studie, wat nie deel het aan hierdie praktyk nie. Sommige vroue droog hul vaginas uit met 'n mengsel van grond en bobbejaan urine wat by tradisionele genesers gekoop kan word. Ander vroue maak gebruik van wasgoedseppoeier, blykmiddels, sout, katoen of geskeurde stukkies koerant papier om 'n soortgelyke resultaat te bekom. Afrika-mans verkies droë seks aangesien die geswolle weefsel die vagina kleiner maak en mans dus groter voel. Verder vind baie Afrika-mans vaginale-afskeiding, sowel as die geluide van “nat” seks afstootlik. 'n Vagina van normale grootte asook vaginale-afskeiding dui volgens Afrika-mans op ontrouheid by die vrou. Navorsing toon egter dat droë seks vaginale laserasies veroorsaak en die natuurlike bakterieë in die vagina vernietig. Beide laasgenoemde gevolge verhoog die vrou se kans om MIV op te doen. Gesondheidswerkers is ook oortuig dat droë seks veroorsaak dat wanneer kondome wel gebruik word dit makliker skeur. Sommige Afrika-vroue verkies selfs droë seks ten spyte van die pyn wat daarmee gepaard gaan. Hierdie vroue noem dat dit deel uitmaak van hul kultuur en dat hul ook hul seksmaats mag verloor indien hul nie dié praktyk onderhou nie. Vroue wat deur gesondheidswerkers gewaarsku word oor die gevare van droë seks en MIV,

antwoord dikwels dat dit “aanvaarbaar is wanneer ek MIV sal kry van my man, maar ten minste sal ek nog ’n man hê” (Schoofs, 1999:1-2).

- In sommige kulture word die Afrika-vrou se vagina verklein om dit stywer te maak deur dit toe te werk. Afrika-vroue se mees sensitiewe seksuele dele soos die klitoris word ook deur middel van besnyding verwyder. In hierdie kulture bestaan die konsep van vroulike seksualiteit nie, maar slegs die konsep van vrugbaarheid. Ironies genoeg lei hierdie onderdrukking van die vrou se aktiewe deelname aan seks daartoe dat MIV meer versprei. Afrika-mans kla dat hul vroue se passiwiteit gedurende seks hul eie plesier daarin vernietig, aangesien vroue slegs daar lê soos “boomstompe”. Afrika-mans noem dus dat seks met sekswerkers eerder geniet word, en dat hul vroue slegs daar is om huishoudelike take uit te voer. Omgang met sekswerkers lei weer daartoe dat meer as die helfte van alle getroude vroue in lande soos Zimbabwe seksueeloorraagbare infeksies vanaf hul mans kry, aangesien hierdie getroude mans dikwels weier om kondome te gebruik gedurende seks met hul eie vrouens. Gesondheidswerkers noem dus dat die huwelik in Afrika opsigself ’n risiko faktor geword het in die verspreiding van MIV. Om seksuelepraktyke te verander is egter baie moeilik in Afrika aangesien dit verband hou met fundamentele sake soos persoonlike-identiteit en seksuele rolle (Schoofs, 1999:3).
- In baie Afrika-kulture is daar sekere belangrike simboliese gebeure waar seksuele-omgang verpligtend is soos byvoorbeeld met die geboorte van ’n tweeling onder die Busoga of die behandeling van onvrugbaarheid onder die Acholi en Bagisu (Uganda). Wanneer ’n troue plaasvind mag seksuele aktiwiteit tussen alle gaste voorkom, hetsy hulle met iemand anders getroud of binne ’n verhouding is. In Buganda mag die tante ook seksuele-omgang hê met die bruidegom ten einde hom te instrueer oor hoe dit gedoen behoort te word, terwyl die man se vader onder die Ankole die eerste reg het tot seksuele-omgang met die bruid. In Buganda is geskeide ouers ook veronderstel om op hul kinders se huweliksluiting seksuele-omgang te hê ten einde die eenheid van die huwelik te simboliseer (Olowo-Freers, 1992:16).
- In verskeie dele in Afrika moet ’n weduwee sekere reinigingsrituele ondergaan deur seksuele-omgang met haar man se broer of ’n nabye familielid te hê. In ander kulture word daar weer onder dieselfde omstandighede van die weduwee verwag

om seksuele-omgang met 'n vreemdeling te hê ten einde haarself te reinig (Olowo-Freers, 1992:16). 'n Goeie voorbeeld hiervan word onder die Bugisu (Uganda) gevind waar daar geglo word dat wanneer 'n vrou se man sterf sy onrein is en 'n "skoonmaak" ritueel moet ondergaan. Daar word 'n tou om haar middel gebind wat "gebreek" moet word ten einde haar "skoon te maak". Die vrou sal dan na 'n nabygeleë mark gaan waar sy sal poog om 'n man te interesseer. Indien 'n man belangstel sal hy aanbied om vir haar bier te koop en sal sy daarna gewilliglik seksuele-omgang met hom hê. Nadat seksuele-omgang met 'n vreemdeling plaasgevind het, het die vrou die tou "gebreek" en is sy vry om deur een van haar man se broers geërf te word. Onder die Busoga kom soortgelyke gebruike voor, en mag die vrou na afsterwe van haar man nie saam met die res van die familie eet nie. Sy word dus uit die familie geskakel totdat een van haar man se broers bereid is om seksuele-omgang met haar te hê. Enige van die man se broers mag daarna die weduwee erf. In Kapchorwa word 'n vrou binne-in haar hut toegesluit na afsterwe van haar man totdat een van haar man se broers seksuele-omgang met haar het, wat so vroeg as die dag van die begrafnis kan wees (Olowo-Freers, 1992:3).

- Onder die Busoga word die susters van 'n man se vrou beskou as sy "vroue" en het die man die reg tot seksuele-omgang met hulle wanneer hul mekaar sou besoek. Indien 'n man se vrou sou sterf bied haar ouers ook een van haar susters in haar plek vir die man aan (Olowo-Freers, 1992:3).

Bogenoemde voorbeelde is aanduidend van vele negatiewe gebruike waardeur pogings tot MIV-voorkoming in die gesig gestaar word, veral waar slegs 'n enkele persoon betrokke in hierdie rituele en praktyke reeds MIV-positief is. Hoewel dit moeilik mag wees om negatiewe kulturelegebruike te verander, is die navorser van mening dat die PEN-model juis as gevolg van die eenvoudige benaderings wat daardeur gevolg word, maatskaplike werkers, MIV-beraders, gesondheidswerkers en ander lede van die multidissiplinêrespan kan bystaan om spesifieke gebruike en praktyke te kategoriseer as positief, eksoties of negatief. Ten einde hierdie model te benut sou dit egter vereis dat bogenoemde persone oor goeie kennis beskik van die spesifieke gebruike wat in sekere gebiede in Afrika mag voorkom. Dit sou dus van belang wees dat waar hulpverlening gebied word, die bogenoemde persone volledig ingelig word van gebruike wat in 'n spesifieke gebied onder 'n spesifieke groep mag voorkom, aangesien hierdie gebruike van gebied tot gebied, en selfs van een stam tot

'n volgende stam in dieselfde gebied mag verskil. Verder behoort daar ook in ag geneem te word dat hierdie gebruike nie aangespreek kan word voordat belangrike persone binne die gemeenskap nie gekontak word nie. Van Dyk (2001:130) is van mening dat daar byvoorbeeld gekyk kan word na die betrekking van tradisionele genesers, tradisionele leiers in stamme asook enige ander prominente persone of rol modelle, ten einde negatiewe gebruike aan te spreek. Die betrekking van ouer vroue wat seksuele-opvoeding aan jonger meisies bied mag byvoorbeeld van groot waarde wees waar die PEN-model binne 'n gemeenskap benut word.

3.10 Samevatting

Die kulturelekonteks van Afrika-vroue impliseer 'n verwysingsraamwerk wat die daaglikse lewens van hierdie vroue omvat waarin spesifieke houdings, waardes, oortuigings, opinies, gedrag en norme sal voorkom. Geslagsrolle word ook direk hiermee verbind aangesien die vorming van geslagsrolle op 'n baie spesifieke wyse binne die Afrika-kultuur plaasvind na aanleiding van sekere houdings, waardes, oortuigings, opinies, gedrag en norme. Die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan behoort dus duidelike insig te hê van wat die Afrika-kultuur behels, hoe geslagsrolle gevorm word, die verband tussen kultuur, geslagsrolle, seksualiteit en verhoogde MIV-risiko ten einde suksesvolle hulpverlening te bied aan vroue. Daar kan dus gesê word dat waar kultuur geïgnoreer word gedurende berading of behandeling, dit moontlik onsuksesvolle intervensie tot gevolg sal hê. Waar die nodige kennis en insig rondom bogenoemde egter gekombineer word met effektiewe modelle soos Airhihenbuwa se PEN-model, mag dit bydra tot meer suksesvolle hulpverlening, aangesien die maatskaplike werker en ander lede van die multidissiplinêrespan die spesifieke verwysingsraamwerk van die kliënt verstaan en in ag neem tydens hulpverlening. Hierdie model is eenvoudig en kan volgens die navorser suksesvol benut word deur beide beraders en ander lede van die multidissiplinêrespan. In die opvolgende hoofstuk sal die eerste van sewe geslagsrolle van die vrou bespreek word, naamlik die vrou as individuelewese.

HOOFSTUK 4

Die Afrika-vrou in haar rol as individuelewese

4.1 Inleiding

Wanneer daar van MIV-positiewe Afrika-vroue gepraat word, word daar dikwels verwys na 'n spesifieke geslagsgroep met min of geen fokus op die vrou as individuelewese met individuele verskille nie. Marcenko en Samost (1999:37) beskryf vroue met MIV en VIGS as 'n geïsoleerde, magtelose en deursigtige groep wat min ondersteuning ontvang, aangesien die meerderheid arm, nie-blanke vroue is. Wat hierdie vroue se selfkonsep aanbetref meen Eaton en Louw (2000:210) dat kultuur nie uit die oog verloor moet word, waar die ontwikkeling van die selfkonsep verweef is met die kultuur waarin 'n individu grootword nie. Laasgenoemde outeurs verduidelik dat Swart Suid-Afrikaanse vroue kollektiwisme toon op 'n vlak van individuele verhoudings, en hul selfkonsep dus sterk verband hou met hul verhoudings. Die navorser is van mening dat laasgenoemde verhoudings veral met vroue se geslagsrolle verbind kan word, en daar dus weer eens na vroue as geslagsgroep gekyk word. Wat gesondheid en gedrag aanbetref meen Gilbert en Walker (2002:1094) dat gesondheid gesien kan word as die resultaat van sosiale kragte hetsy dit in materiële (ekonomiese) of kulturele (normatiewe) vorm is. Die wyse waarop mense dink, voel en optree word grootliks beïnvloed deur hul posisie in die samelewing. Hoewel kulturele (gedrag) en materiële (strukturele) verduidelikings konseptueel onderskei kan word, kan dit nie geskei word nie. Dit is moontlik dat gedrag gegrond is in die omgewing en sosiale konteks, hoewel aspekte soos materiële deprivasie, tekort aan mag en voldoende leef- en werk toestande die vryheid van keuses in lewensstyl tot die omgewing mag beperk. Indien laasgenoemde dan op vroue as geslagsgroep van toepassing is, is dit nie verbasend dat MIV-positiewe vroue beskou word as 'n geïsoleerde, magtelose en deursigtige groep nie.

Ten einde die Afrika-vrou as individu beter te verstaan sou dit van belang wees om weer te let op individualisme en kollektiwisme. Die navorser het verskeie belangrike aspekte uit die literatuur geïdentifiseer wat laasgenoemde konsepte aanbetref. Hierdie aspekte sluit die vrou se selfkonsep en persoonlike-identiteit, psigologiese prosesse,

sosialiseringsprosesse, verhoudings en mag in. Hierdie aspekte word vervolgens kortliks bespreek.

4.2 Die vrou as individuelewese versus kollektiwisme

Del Prado, Church, Katigbak, Miramontes, Whitty, Curtis, De Jesús Vargas-Flores, Ibáñez-Reyes, Ortiz en Reyes (2007:1122) verduidelik dat kulturele sielkundiges dikwels individuele- en kulturele verskille rondom die inhoud van die selfkonsep toeskryf aan verskille in onafhanklike versus interafhanklike verduidelikings van die *self*. Die afhanklike-self, dit wil sê die konsep van die *self* as outonome en unieke entiteit kom meermale in individualistiese of Westerse kulture voor. Die interafhanklike-self, dit wil sê die konsep van die *self* as verbind tot in-groepe kom meer algemeen voor in kollektivistiese kulture soos Asië, Afrika en verskeie Suid-Europese lande. Soos reeds verduidelik, word die Afrika-kultuur as 'n kollektivistiese kultuur beskou (Eaton & Louw, 2000:210). Oyserman (2006:353) verduidelik egter dat beide individualisme en kollektiwisme tot 'n sekere mate in alle samelewings bestaan, en psigologiese prosesse wat na vore gebring word beïnvloed. Die navorser is van mening dat die individualisme en kollektiwisme beide in ag geneem behoort te word tydens hulpverlening aan MIV-positiewe vroue, aangesien beide 'n invloed mag uitoefen op psigologiese prosesse wat na vore gebring word waar MIV en VIGS onder vroue in Suid-Afrika voorkom. Del Prado *et al.* (2007:1121) is van mening dat hoewel daar erken word dat beide die individuele en kollektiewe-self belangrike komponente van 'n persoon se selfkonsep is, blyk dit dat empiriese- en teoretiese oorwegings neig na die individuele of persoonlike-self as primêre-self. Die hipotese rondom individuele-self as primêre-self is ooreenstemmend met evolusie-teorieë wat daarin berus dat natuurlike seleksie fokus op die individue van elke spesie eerder as die groep. Vanuit hierdie perspektief word die individuele-self gesien as 'n aanpasbare menslike eienskap wat ontwikkel het in respons tot ekologiese en sosiale druk wat deur die menslike spesie ervaar is. Laasgenoemde is vir die navorser veral relevant wanneer daar gelet word op die druk wat deur MIV en VIGS op vroue en hul geslagsrolle in Suid-Afrika geplaas word, waar stigmatisering van persone met MIV en VIGS steeds voorkom, en stigmatisering dan veral onder vroue geslagsgebaseerde diskriminasie mag aanneem. Stigmatisering van vroue sal later in hierdie hoofstuk meer volledig bespreek word.

Die navorser is van mening dat bogenoemde druk en stigmatisering vroue met MIV en VIGS sal aanmoedig om meer staat te maak op hulself as individue, eerder as op die groep. Del Prado *et al.* (2007:1121) verduidelik dat mense sterker reageer op bedreigings of versterkings met die individuele-self as met die kollektiewe-self, wat dus die hipotese van individuele-self as primêre-self ondersteun bo die kollektiewe-self as primêre-self. Die navorser is verder oortuig dat MIV en VIGS Afrika-vroue ook mag forseer om met behulp van beskikbare inligting, gesondheidsbesluite te neem wat nie noodwendig ooreenstem met die groep se oortuigings nie. Daar behoort dus na die Afrika-vrou gekyk te word as individuelewese voordat enige ander geslagsrolle bespreek word.

Del Prado *et al.* (2007:1121) definieer die individu as 'n *self*, bestaande uit daardie eienskappe wat 'n persoon uniek uitbeeld in vergelyking met mede binne-groep lede. Colman (2003:361) verwys met individuele verskille veral na persoonlikheid en intelligensie. Colman (2003:547) beskryf persoonlikheid as die som totaal van die gedrag en verstandelike karakteristieke wat onderskeidend is van 'n individu. Del Prado *et al.* (2007:1121) het in 'n self-beskrywingstaak gevind dat mense meer aspekte van hul individuele-self gelys het as van hul kollektiewe-self, ten spyte van hul vlakke van individualisme of kollektiwisme. Daar is bevind dat individue uit beide individualistiese en kollektivistiese kulture, aspekte van persoonlike-identiteit as meer belangrik vir hul sin van *self* beskryf het, as aspekte van sosiale- en kollektiewe-identiteit. Laasgenoemde mag volgens die navorser aanduidend wees van die belang van self-beskrywing vir MIV-positiewe vroue tydens die aanvangsfase van berading, ten spyte daarvan dat Afrika-vroue se kultuur as kollektivisties beskou word. Hier behoort daar moontlik ook gelet te word op Oyserman (2006:354) se verwysing na kognisie waar individualisme impliseer dat oordeel, redenering en terloopse gevolgtrekking in die algemeen georiënteer is tot die persoon eerder as die situasie of sosiale konteks. Laasgenoemde mag volgens die navorser belangrike gevolge inhou van hoe die MIV-positiewe vrou mag reageer op dié siekte, maar moontlik ook hoe vroue hul geslagsrolle sal vervul in die konteks van MIV en VIGS.

Dit blyk verder dat Afrika-vroue se verhoudings op persoonlike vlak beleef word ten spyte van die kollektivistiese kultuur waarin vroue hulself bevind. Del Prado *et al.* (2007:1121) meen dat dit van belang is om onderskeid te tref tussen die kollektiewe-

self en die verhouding-self, wat die prominente aspekte in die selfkonsep van 'n individu se nabye verhoudings is. Dit blyk dat laasgenoemde verhouding-identiteit sterker geassosieer kan word met persoonlike-identiteit as met kollektiewe-identiteit, moontlik omdat die verhouding-identiteit 'n verbinding tussen aparte individue insluit en nie tussen die individu en 'n groep nie. Verder blyk dit dat die belang van die verhouding-self meer 'n funksie van geslag as van kultuur is. Die verhouding-identiteit mag dus nie noodwendig die verskille tussen individualistiese en kollektivistiese kulture vertoon soos wat dit verwag word vir individualistiese- en kollektivistiese-identiteite nie. Die verhouding-identiteite is dus van soortgelyke belang as persoonlike-identiteite in beide individualistiese en kollektivistiese kulture, en altyd van groter waarde as sosiale- en kollektiewe-identiteite. Wat die individue se verbinding tot groepe aanbetref blyk daar ook verskille te wees wat individualisme en kollektiwisme aanbetref. Oyserman (2006:354) verduidelik dat in terme van interpersoonlike- en intergroepverhoudings, individualisme tydelikheid impliseer. 'n Individu kan vervreem raak van familie, na 'n nuwe land immigrer, 'n nuwe godsdiens aanneem en kontak verloor met vriende. Kollektiwisme impliseer egter bestendigheid. 'n Persoon kan nooit regtig hierdie groepe verlaat nie. Groepe en grense is belangrike en vaste feite van lewe wat deur die groeplid geakkomodeer moet word. Indirekte kommunikasie en metodes is dus belangrike wyses waarop ontwinging van binne-groep harmonie vermy word. Laasgenoemde impliseer volgens die navorser dat individualisme en kollektiwisme 'n rol mag speel wat MIV-positiewe vroue se ondersteuningsnetwerk binne die gesin, gemeenskap en samelewing, veral waar die verhouding-self meer 'n funksie van geslag as van kultuur is, en dus veral vir vroue van belang mag wees.

Dit blyk dat sosialiseringprosesse ook 'n belangrike rol speel rondom die inhoud van die selfkonsep. Oyserman (2006:352) konstateer dat kulturele en kruis-kulturele navorsing staaf dat samelewings en sosiale strata binne samelewings verskil in hul sosialiseringprosesse en dus ook verskil rondom inhoud oor die selfkonsep, wat welstand behels, hoe individue en groepe verband hou met mekaar en hoe mense dink. Gespesifiseerde beskrywings van verskeie groepe en samelewings maak die meervoudige wyses waarop die menslike strewe om 'n *self* te wees, goed te voel en met ander en die wêreld om die mens te skakel, duidelik. Die selfkonsep word egter weer verbind met individualisme en kollektiwisme, en bogenoemde outeur verduidelik

met verwysing na die selfkonsep dat individualisme impliseer dat om 'n positiewe sin van die *self* te skep en te onderhou, 'n basiese menslike strewe is, wat insluit om goed te voel oor die *self* en die *self* te definieer in terme van differensieerbare houdings, kenmerke en opinies. Kollektiwisme aan die ander kant impliseer dat om in 'n groep te wees 'n basiese menslike strewe is. Die selfkonsep sluit groeplidmaatskap en self-definieerende kenmerke in en behoort die doelstellings vir kollektiwisme te reflekteer, byvoorbeeld opofferings tot die groep se voordeel en onderhouding van harmonieuse verhoudings met nabye ander. Laasgenoemde groeplidmaatskap mag volgens die navorser veral gekompliseer word in die aangesig van MIV en VIGS, wat 'n invloed mag uitoefen op die vrou se verhoudings met die groep en nabye ander, veral wanneer daar gelet word op stigmatisering van vroue met MIV en VIGS.

Oyserman (2006:353) verduidelik dat kulturele en kruis-kulturele navorsers nie navorsing rondom individualisme en kollektiwisme alleen as genoegsaam beskou om die belangrike kulturele verskille te modelleer nie. Die eerste kulturele faktor wat hier geïdentifiseer word is magsafstand. Hierdie konsep sluit die mate in waartoe samelewings die onafwendbare of funksionele menslike ongelykhede in mag, rykdom en aansien aanvaar en sien. Individualisme beklemtoon menslike verskille, insluitende die bewustheid van ongelyke verpreiding van waardevolle karakteristieke. Magsafstand beklemtoon die mate waartoe die individuele verskille direk verband hou met ander ongelykhede in mag, welstand en aansien asook die mate waartoe hierdie ongelykhede gesien word as wettig of onwettig. Deur die institusionalisering van sekere skakels tussen individuele- en groepkarakteristieke en ongelykhede in mag, word daar aangeneem dat magsafstand as 'n kultureleraamwerk wetlikheid en 'n gevoel van gelyke behandeling voorsien. Dit wil sê dat magsafstand te doen het met die persepsies en reaksies van mense wat hoë asook lae mag het binne 'n spesifieke sisteem. Die navorser is van mening dat die konsep van mag vir MIV-positiewe Afrika-vroue van belang is, veral wat ongelykhede in verhoudings, finansiële welstand en status van vroue in Afrika aanbetref.

Oyserman (2006:354) konstateer dat waar groepe verskil in terme van individualisme en kollektiwisme en Europese Amerikaners hoog is in individualisme, impliseer dit dat psigologiese modelle wat binne hierdie kultureleraamwerk ontwikkel is en verband hou met selfkonsep, funksionering, welstand en kenmerkende styl, nie universele

modelle is nie, maar slegs modelle is wat van toepassing is op 'n individualistiese sienswyse. Ander modelle behoort dus ontwikkel te word vir ander groepe. Hoewel daar nie in hierdie studie gepoog word om nuwe modelle te ontwikkel nie, is die navorser egter van mening dat kennis rondom individualisme en kollektivisme belangrike voordele kan inhou waar daar hulp verleen word aan MIV-positiewe Afrika-vroue.

4.3 Die Afrika-vrou en tradisionele definisies van geslagsrolle

Die navorser is van mening dat vroue in Afrika se selfkonsep, persoonlike-identiteit, verhoudings, psigologiese prosesse, sosialiseringprosesse en mag dikwels beïnvloed word deur negatiewe konnotasies aan vroue as geslagsgroep in die Afrika-kultuur. Hierdie aspekte mag moontlik 'n invloed uitoefen op die definiering van geslagsrolle vir vroue. Hierdie konnotasies ken vroue toe aan 'n spesifieke geslagsgroep wat die vrou se status bepaal, aanleiding mag gee tot stigmatisering en diskriminasie teen vroue, en vroue se geleenthede wat onderrig en werk aanbetref mag beïnvloed. Onder hierdie afdeling sal daar dan gelet word op negatiewe konnotasies in die konteks van MIV en VIGS, die vrou se status, diskriminasie en stigmatisering van vroue met MIV en VIGS en skoolopleiding vir vroue. Skoolopleiding is hier veral van belang vir die vrou as individuele wese waar navorsing soos die van Davis (2007:1025) daarop dui dat jong vroue met persoonlike vertroue in hulself meer geneig is om die moed te hê om weg te breek van die tradisionele definisies van geslagsrolle. Laasgenoemde outeur het verder bevind dat jong vroue se deelname aan die arbeidsmark aanleiding gee tot toenemende selfvertroue en finansiële onafhanklikheid, en addisionele rolmodelle voorsien vir beter onderhandelings- en werksrolle. Die navorser is van mening dat skoolopleiding dan duidelik ook verbind kan word met die vrou se rolle as broodwinner en enkelouer. Daar word vervolgens eerstens gelet op negatiewe konnotasies aan vroue as geslagsgroep.

4.3.1 Die Afrika-vrou en die besoedelingsideologie

Die eerste negatiewe konnotasie wat daar aan die Afrika-vrou in die Afrika-kultuur gemaak word, is dat die vrou gesien word as “vuil” of onrein. Mönnig (1983:66) verduidelik dat *ditšhila* in die Pedi-kultuur letterlik verwys na “vuilheid”, en dat

hierdie toestand van onreinheid onder sekere omstandighede onvermybaar is vir vroue. Die ongebore baba, die vrou wat geboorte skenk, sowel as die plasenta en die hut waarin sy geboorte geskenk het, word as “vuil” beskou. Verder word vroue wat ’n miskraam gehad het, vroue wat abortsies gehad het en vroue wat swanger raak na aanleiding van sekswerk, ook as “vuil” beskou. Die toestand van *ditšhila* word as gevaarlik beskou nie net vir die onrein persoon nie, maar ook vir enige iemand wat met daardie persoon in aanraking kom. Daar word geglo dat die toestand van *ditšhila* ander kan infekteer en siekte veroorsaak. Laasgenoemde kom veral voor wanneer ’n man seksuele-omgang het met ’n weduwee, ’n vrou wat menstrueer, ’n vrou wat ’n miskraam of abortsie gehad het of ’n swanger sekswerker. Siekte en die dood word veral as “vuil” gesien. Hierdie konsep van “vuilheid” wat ook volgens Leclerc-Madlala (2001:6) bekend staan as die besoedelingsideologie word verbind met biomediese konsepte van kieme. Daar word veral onder die Zoeloes geglo dat die vrou se “vuil” reprodktiewe anatomie en verbandhoudende afskeidings soos menstruelebloed, vaginale-afskedings en -lubrikasie ’n bron van MIV-“kieme” is.

Die navorser is van mening dat die voorkoms van tradisionele gebruike en praktyke soos byvoorbeeld droë seks veral met bogenoemde oortuigings verband mag hou in die aanwesigheid van MIV en VIGS. Waar daar aangeneem word dat die gebruik van droë seks as gevolg van verhoogde MIV-risiko sou afneem, is die navorser oortuig dat hierdie verskynsel juis as gevolg van die voorkoms van MIV en VIGS so ’n prominente verskynsel geword het in sekere dele van Suidelike Afrika. Die navorser is van mening dat Afrika-vroue droë seks praktiseer ten einde “skoon” en MIV-vry voor te kom, aangesien die Afrika-vrou se reprodktiewe anatomie en verbandhoudende afskeidings as bron van MIV-“kieme” beskou word. Droë seks sou dus meer as een voordeel inhou waar dit nie net die vrou se vagina verklein sodat die man groter voel nie, maar ook vroue “skoon” laat voorkom wanneer daar geen vaginale-afskeding of -lubrikasie is nie. Leclerc-Madlala (2001:6) verduidelik dat daar ook geglo word dat hierdie afskeidings van vroue die man se immuunsisteem verswak en hom vatbaar maak vir siektes. MIV-geïnfekteerde mans word dus gesien as passiewe slagoffers van “vuil” vroue, terwyl MIV-geïnfekteerde vroue uitgebeeld word as aktiewe deelnemers in die verspreiding van MIV. Die huidige MIV- en VIGS-epidemie word dus gebruik om die diep gewortelde opvattinge wat dien as rasionaal agter geslagsongelykheid, te hernu. Aangesien bogenoemde aspekte

verband hou met die daaglikse lewens van Afrika-vroue en dit aan Afrika-vroue as 'n geslagsgroep verbind word, is die navorser oortuig dat die Afrika-vrou se selfkonsep, persoonlike-identiteit, verhoudings, psigologiese prosesse, sosialiseringsprosesse en mag hierdeur beïnvloed kan word. Afrika-vroue mag dit moontlik moeilik vind om die besoedelingsideologie te vermy en dus bloot as gevolg van hul geslag, hulself nie hiervan te kan distansieer nie. Waar Afrika-mans hierdie oortuigings rondom vroue onderhou blyk dit dat vroue onafskeidbaar word van hul kultuur en die negatiewe konnotasies wat daar aan vroue as geslagsgroep gemaak word. MIV en VIGS en kulturele mites en onwaarhede wat met geslag verband hou, mag moontlik bydra tot diskriminasie en stigmatisering wat deur MIV-positiewe vroue beleef word.

Diskriminasie en stigmatisering kan veral aan die hand van Olowo-Freers (1992:5) se voorbeeld verduidelik word waar daar in Afrika die oortuiging bestaan dat alle goeie kwaliteite van 'n kind van die vader afkomstig is, terwyl alle slegte kwaliteite wat 'n kind mag hê as die moeder se skuld beskou word. Konsepte soos hekesery wat steeds in die Afrika-kultuur bestaan word volgens Mönnig (1983:72) ook op die vrou geblameer, en daar word onder Afrikane geglo dat die genetiese geneigdheid tot boosheid in die vrou se bloedlyn voorkom. Die navorser is dan oortuig dat die besoedelingsideologie die Afrika-vrou stigmatiseer, en dat die vrou se MIV-risiko verhoog word deurdat stigmatisering die vrou forseer om onveilige pratyke en gebruike te onderhou, waardeur die Afrika-man se oortuigings en behoeftes vervul of onderhou word.

4.3.2 Die Afrika-vrou se status in die Afrika-kultuur

Gupta (2000:2) verduidelik dat Afrika-vroue minder toegang het tot produktiewe hulpbronne soos inkomste, grondbesit, krediet en opleiding as mans. Die navorser is van mening dat hierdie verskynsel moontlik verband hou met die vrou se lae status as individu binne die Afrika-kultuur, en dat die tradisionele wyse waarop Afrika-vroue as onbelangrik, “vuil” en onrein gesien word, veral verband hou met die opvoeding van jong seuns en meisies aan wie hierdie kulturele-oortuigings oorgedra word. Esu-Williams (2000:126) konstateer dat die Afrika-vrou van jongs af geleer word dat sy verantwoordelik is vir die man se gemak en seksuele bevrediging en dat sy self andersins van geen waarde is nie. Afrika-vroue word ook nie toegelaat om seksuele-

omgang met hul mans te inisieer nie, behalwe as hul bereid is om die risiko te loop van mishandeling en geweld teen hulle.

Esu-Williams (2000:126) verduidelik dat daar binne die Afrika-vrou se kulturelekonteks geen wyses is waarop vroue wat deur MIV en VIGS geaffekteer word, die ontkenning van hul basiese regte kan aanspreek nie, insluitende die reg tot eiendom, tot hul kinders en die produsering van middele vir hul eie bestaan. Laasgenoemde blyk vir die navorser verband te hou met vroue se tekort aan mag. Vroue word moontlik nie binne hul kultuur voorsien van die nodige vaardighede om hierdie basiese behoeftes aan te spreek nie. Dit blyk dat vroue ook nie op formele opvoedkundige vlak van die nodige vaardighede voorsien word om hul status te verbeter nie, aangesien Afrika-vroue dikwels nie hul skoolopleiding voltooi nie. Austin (2002:159) se studie onder Swart MIV-positiewe vroue in Suid-Afrika het getoon dat 42% van hierdie vroue nie eens graad 10 voltooi het nie.

’n Kombinasie van onbevoegdheid, ’n tekort aan die nodige vaardighede en die gevolglike afhanklikheid wat deur Afrika-vroue beleef word, mag moontlik as kulturele struikelblokke gesien word wat hierdie vroue weerhou daarvan om enige veranderings in hul status aan te bring. Die navorser is dan van mening dat bogenoemde kombinasie van beperkings, outomaties aanleiding gee tot Afrika-vroue as draers van die skuld vir enige verskynsels waarvoor die Afrika-man aanskyflik nie beheer kan uitoefen nie, soos die verspreiding van MIV en VIGS. Esu-Williams (2000:125) noem dat vroue in Uganda die skuld dra vir die verspreiding van MIV, veral waar MIV-oordraging van moeder na kind voorkom. Hierdie vroue neem nie deel aan programme waar hul na aanleiding van MIV-toetsing van anti-retroviralemiddels voorsien kan word nie, as gevolg van die vrees dat hul seksmaats bewus word van hul status en hul dan verwerp, of dat hul gestigmatiseer word en ernstige psigologiese spanning sal ervaar. Temmerman en Marres (1995:63) noem dat die vrou in Oos-Afrika ook gesien word as verantwoordelik vir die verspreiding van die MI-virus en daar dan verwys word na MIV en VIGS as *die siekte van die vrou*. Olowo-Freers (1992:19) sluit hierby aan deur te noem dat blamering vir MIV en VIGS ook vanaf die vrou se kant kom, en tweeledig is waar vroue eerstens hul mans blameer omdat hul meervoudige seksmaats het, terwyl een vrou ook ’n ander vrou in ’n poligamiese huwelik mag blameer waar sy ontrou is. Die vrou word dus nie

alleen deur die teenoorgestelde geslag geblameer nie, maar sal ook deur haar eie geslag geblameer word waar sy dan buite tradisionele verwagtinge optree. Tog noem bogenoemde outeur dat Afrika-mans baie ligter hiervan afkom as vroue, aangesien promiskuiteit aanvaar word as deel van die Afrika-man se natuur.

Positiewe gedragsverandering sal volgens die navorser vereis dat negatiewe tradisionele en kulturele-oortuigings rondom Afrika-vroue verander word. Laasgenoemde sal tot voordeel van manlike- en vroulike seksmaats wees slegs waar beide geslagte op gelyke vlak verantwoordelikheid kan neem vir hul gesondheidsgedrag. Die uitgangspunt van individuele gedragsverandering wat veral benut word in die Weste, is dan ook aan die begin van die epidemie voorgestaan in die ontwikkeling van MIV-voorkomingsprogramme in Afrika. Gómez en Marín (1996:355) verduidelik dat daar in die eerste dekade van MIV en VIGS gefokus is op gedragsnavorsing waardeur verskeie belangrike faktore geïdentifiseer is in verband met die individu se vermoë om kondome te gebruik of die gebruik daarvan aan te vra. Daar is byvoorbeeld gelet op groepsnorme wat veiliger seks aanbetref, houdings ten opsigte van veiliger seks, die individu se waarneembare vermoë om veiliger seks te beoefen ten spyte van struikelblokke, asook die individu se persepsie van kwesbaarheid. Hoewel hierdie individuele faktore wel relevante komponente van suksesvolle seksuele gedragsverandering is, blyk dit volgens bogenoemde outeurs dat die kulturele en kontekstuele realiteite van seksuele-interaksie daardeur geïgnoreer is. Die navorser is van mening dat die Afrika-vrou nie as individu benader kan word deur middel van bogenoemde programme, terwyl die vrou se selfkonsep, persoonlike-identiteit, verhoudings, psigologiese prosesse, sosialiseringsprosesse en mag moontlik sterk beïnvloed word deur 'n kollektivistiese kultuur of 'n kombinaise van kollektivisme en individualisme nie. Gómez en Marín (1996:355) verduidelik dat daar gekyk is na die individu se waarneembare vermoë om veiliger seks te beoefen asook die individu se persepsie van kwesbaarheid, terwyl hierdie vermoëns en persesies glad nie ontwikkel is onder Afrika-vroue nie, aangesien die Afrika-man se seksuele plesier die fokus van opvoeding van jong Afrika-meisies is. Waar hierdie programme outomaties aangeneem het dat die Afrika-vrou as individu daardeur bereik kon word, is die realiteite waardeur Afrika-vroue talle beperkings beleef nie in ag geneem nie. Bogenoemde outeurs verduidelik dat vroue voor die bekendstelling van

die vroulike kondoom essensieel twee keuses in die voorkoming van MIV gehad het: om nie-penetrerende seks te beoefen of die manlike seksmaat te vra om van 'n kondoom gebruik te maak. Programme waardeur die gebruik van kondome aangemoedig is, het hoofsaaklik gefaal waar geslagsgebaseerde mag in die verhouding tussen mans en vroue nie in ag geneem is nie, en daar nie gelet is op hoe hierdie werklike of waarneembare magswanbalans die vrou se vermoë om aan te dring op kondoomgebruik, beïnvloed nie.

4.3.3 Geslagtelike stigma en MIV en VIGS in die Afrika-kultuur

Taegtmeyer, Kilonzo, Mung'ala, Morgan en Theobald (2006:310) wat hul studie in Kenia onderneem het, verwys na geslagtelike stigma veral waar dit met vrywillige MIV-berading en -toetsing geassosieer word. Laasgenoemde impliseer dat ten spyte van vroue se toenemende kwesbaarheid vir MIV en hoër vlakke van seropositiviteit onder vroue, hul nie klinieke waar vrywillige MIV-berading en -toetsing onderneem word, so gereeld soos mans besoek nie. In die 15-19 jaar ouderdomsgroep word sewe keer soveel vroue as mans in Kenia met MIV geïnfecteer. Vroue besoek nie klinieke so gereeld soos mans nie as gevolg van stigma en samelewingsnorme wat dikteer hoe “goeie meisies” of “getroude vroue” moet optree, terwyl 'n tekort aan onderhandelingsmag in verhoudings en huweliksverkragting ook as struikelbolke vir vroue beskou word, wat vrywillige MIV-berading en -toetsing aanbetref.

Soos reeds bespreek verwys Van Dyk (2001:90) na 'n eksterne lokus van beheer in die Afrika-kultuur wat aandui dat alle besluite, insluitende gesondheidsbesluite met die groep se wete en goedkeuring geneem word. Die navorser is van mening dat hierdie eksterne lokus van beheer in die Afrika-kultuur sal bepaal hoe “goeie meisies” of “getroude vroue” moet optree, waar die voorkoms van MIV en VIGS onder “goeie meisies” of “getroude vroue” nie die groep se goedkeuring sou wegdra nie. Die kern van stigmatisering van MIV-positiewe vroue mag juis hierin lê. Kultuur en geslagsrolle speel dan volgens die navorser moontlik die volgende rolle wat stigmatisering van MIV-positiewe vroue aanbetref:

- Kultuur verwys onder andere na 'n Afrika-perspektief waar Afrikane unieke wyses het waarop verskeie aspekte van hul daaglikse bestaan benader word. Stigmatisering in die konteks van MIV mag dus ook deur kultuur beïnvloed word.

- Tweedens kan die Afrika-kultuur direk verbind word met geslagsrolle en geslagsrolvorming en sou MIV-positiewe Afrika-vroue moontlik juis as gevolg van geslag meer ernstig blootgestel word aan geslagtelike stigma.

Wat die eerste punt aanbetref neem die navorser aan dat stigmatisering rondom MIV en VIGS in Afrika unieke vorme sal aanneem as gevolg van 'n Afrika-perspektief wat mag verskil van ander wêreld dele. Daar kan eerstens gekyk word na Afrika-regerings wat die erns van MIV en VIGS in hul eie lande ontken het nadat die Weste vele negatiewe konnotasies aan hierdie siekte gemaak het waaronder homoseksualisme, dwelmgebruik en ras deterministiese teorieë voorgekom het. Gausset (2001:511) is van mening dat waardevolle tyd waarin MIV-voorkomende strategieë in Afrika geïmplementeer kon word, verlore gegaan het. In die *UNAIDS* dokument, *Report on the Global AIDS Epidemic* (2004:3) blyk dit dat MIV nie alleen in die verlede ontken is deur Afrika-regerings nie, maar dat baie nasionale leiers tans steeds die impak van MIV en VIGS op hul populasies ontken. Waar hierdie ontkenning voorkom is die navorser van mening dat populasies nie toegelaat word om MIV en VIGS op enige wyse aan te spreek nie, en dat kultuur 'n sterk verwysingsraamwerk sal word, aangesien die populasie hiermee bekend is. Piot (2001:10) verwys na die dood van 'n Suid-Afrikaanse vrou, Gugu Dlamini wat gestenig is nadat sy haar MIV-positiewe status op Wêreld VIGS Dag bekend gemaak het. Sulke gebeure is vir die navorser 'n belangrike voorbeeld van gedrag en reaksies wat in Afrika-populasies gevind word wanneer Afrika-regerings en -leiers, populasies nie bemagtig met kennis en inligting ten opsigte van MIV en VIGS nie. Volgens die navorser sal Afrika-populasies dit dan maklik vind om 'n persoon met MIV en VIGS te benader soos wat hekse en towenaars in hul kultuur benader word.

Die tweede punt wat verband hou met geslagsrolle, sonder spesifiek die Afrika-vrou as geslagsgroep uit wanneer daar gekyk word na geslagtelike stigma in Afrika. Piot (2001:10) is van mening dat MIV-stigma 'n kragtige kombinasie van skaamte en vrees is, wat ook gesien kan word as intoleransie waar nuwe vrese gekoppel word aan ou vorme. Hierdie ou vorme van intoleransie sluit hoofsaaklik diskriminasie van rasse stereotipes, vroue en ander seksuele minderheidsgroepe in wat juis geaffekteer word na aanleiding van langtermyn patrone van ras-, geslag- en ekonomiese ongelykhede. Soos reeds genoem word Swart vroue in Afrika dikwels meer ernstig deur bestaande ongelykhede geaffekteer en sou dit dan nie verbasend wees dat dit ook die geval is

waar MIV-stigma voorkom nie. Daar kan hier weer eens gelet word op hoe daar in Oos-Afrika na MIV en VIGS verwys word as *die siekte van die vrou* (Temmerman & Marres, 1995:63). Laasgenoemde is 'n belangrike voorbeeld van geslagtelike stigma.

Daar bestaan definitiewe verskille rondom benaderings tot MIV en VIGS wanneer Afrika en die Weste vergelyk word. Die navorser is oortuig dat hierdie benaderings ook met MIV-stigma verbind kan word. Gaussett (2001:512) verduidelik dat die stryd teen MIV en VIGS binne die Afrika-konteks gesien word as 'n stryd teen “kulturele struikelblokke”, terwyl Europese of Westerse praktyke selde deel uitmaak hiervan. Daar word in die Weste byvoorbeeld nie van homoseksuele persone verwag om heteroseksueel te word nie, maar eerder om praktyke te beveilig. Wanneer daar na Afrika gekyk word is daar 'n tekort aan hierdie insig, en word kulturelepraktyke as struikelblokke gesien. Sekere praktyke in die Weste word as diverse voorkeure aanvaar en respekteer, maar in Afrika word kulturelepraktyke heeltemal gedekontekstualiseer en word die belang daarvan vir Afrikane se identiteit misgekyk. Die navorser is van mening dat waar kultuur en kulturelegebruike en -praktyke in Afrika gesien word as struikelblokke, dit aanleiding sal gee tot ontkenning rondom MIV en VIGS, en stigma onder hierdie populasies dus geïntensifiseer sal word waar MIV en VIGS wel voorkom. Laasgenoemde mag dan juis vrugbare grond skep vir diskriminasie van rasse stereotipes, vroue en ander seksueleminderheidsgroepe.

Met inagnome van die verwarring wat daar gedurende die aanvang van MIV en VIGS in Afrika moes voorkom, waar Afrikane eerstens moes poog om sonder die nodige inligting hierdie verskynsel te probeer verstaan en hul kultuur tweedens onder die aanval was, is dit dan nie verbasend dat ernstige stigmatisering van MIV en VIGS die wyse was waarop Afrikane gereageer het nie. Waar die Afrika-vrou meestal sosiaal, ekonomies en kultureel meer nadele beleef as mans, mag stigma rondom MIV en VIGS vroue ook meer ernstig affekteer as vir mans. Die navorser wil vervolgens let op wat stigma in Afrika behels deur dit te omskryf, te let op die funksie daarvan, te kyk na die wyses waarop dit voorkom en die gevolge hiervan vir vroue.

4.3.3.1 Die funksie van stigma in Afrika

Orr en Patient (2004:10) omskryf stigma in die konteks van MIV en VIGS as die ekstreme kant op die diskriminasie-kontinuum wat gekarakteriseer word aan openlike gedrag en maatreëls om persone met MIV en VIGS af te sonder van gemeenskaplike en ander hulpbronne. Wanneer daar gelet word op die belangrike geslagsrolle wat deur vroue vervul word soos die van seksmaat, moeder, versorger, enkelouer en broodwinner, mag geslagtelike stigma ernstige nadele inhou vir MIV-positiewe vroue. Daar behoort dus gelet te word op enige moontlike funksie wat stigma binne 'n samelewing het en waarom dit dan sal voorkom. Orr en Patient (2004:10) verduidelik dat waar die ontwikkelende wêreld in 'n noodsituasie verkeer wat steeds besig is om te verswak, dit 'n radikale hersiening van die aard en funksie van stigma vereis. Volgens hierdie outeurs is die funksie van stigma om die oorlewing van die groep te verseker ten koste van die individu. Die vrees en woede wat deur andersins rasonale mense uitgedruk word, dui daarop dat die wortels van stigma gevind kan word in die logika van basiese oorlewing, en nie in die logika van medelye nie. Die ware uitdaging van stigma is dus om die interne en sosiale besluitnemingsdinamika van een sisteem van logika te verander tot 'n ander sisteem, deur die ware realistiese kwessies van oorlewing te bevredig in 'n hulpbron-bepaalde situasie. Daar kan dus soos volg na hierdie situasie gekyk word:

MIV en VIGS is gelyk aan dood. 'n Persoon met MIV en VIGS gaan sterf. Hulpbronne is skaars. Hulpbronne en tyd kan dus nie bestee word aan die persoon met MIV en VIGS nie.

Volgens Orr en Patient (2004:10) staan bogenoemde bekend as die utilitaristiese benadering wat impliseer dat die grootste voordeel vir die groter getalle van mense soms vereis dat die minderheid opgeoffer word. Waar hulpbronne dus skaars of beperk is, maak leiers en groepe besluite gebaseer op hierdie benadering. Mense sal dan ook net medelye met siekes, agtergeblewenes, sterwendes en bejaardes hê solank as wat daar genoegsame hulpbronne is. In moeilike tye word hierdie mense uit 'n groepeerlewing perspektief as 'n las beskou en agtergelaat om na hulself om te sien. Laasgenoemde is soortgelyk aan die militêre strategieë van aanvaarbare verliese en *triage* waar die prioriteit lê by dié wat 'n groter kans het om te oorleef. Orr en Patient (2004:11) verduidelik dat daar drie onderliggende sleutelpersepsies aan hierdie radikale gedrag is:

- Hulpbronne– Voedsel, geld, werk en onderrig is beperk of skaars.
- Voorstellings deur die media en kenners– Almal met MIV en VIGS gaan sterf.
- Geen belegging– Die persoon met MIV gaan siek word wat impliseer dat skaars hulpbronne gebruik sal moet word, en daar is geen genesing of moontlikheid van herstel om die belegging van skaars hulpbronne in hierdie siek persoon te regverdig nie.

Hierdie Darwinistiese perspektief op stigma voorsien meer duidelikheid van waarom stigma in Afrika voorkom. Wat die belangrike funksie van vroue se geslagsrolle aanbetref, word spesifiek geslagtelike stigma egter onverstaanbaar, aangesien die vrou se rolle as heteroseksuele seksmaat vir die man, moeder en versorger byvoorbeeld slegs deur die vrou vervul kan word. Groot getalle sterftes onder vroue sou dus tot nadeel van populasies in geheel wees, en geslagtelike stigma sou dus 'n nadelige funksie hê. Die navorser is oortuig dat stigma hier moontlik terug gelei kan word na kultuur, status en die magswanbalans tussen Afrika-vroue en -mans. Indien 'n Afrika-vrou haarself in 'n kultuur bevind wat haar nie bemagtig of van 'n beter status voorsien nie, mag die vrou se waarde in haar geslagsrolle misken word. In geval van MIV en VIGS sal stigma dus gekoppel word aan persone met die laagste status en die minste mag binne 'n spesifieke kultuur, wat in hierdie geval die vrou sal wees.

4.3.3.2 Die verband tussen geslagtelike stigma en MIV en VIGS in die Afrika-kultuur

Na bestudering van verskeie bronne rondom stigma en MIV en VIGS in Afrika, het die navorser vier hoof temas geïdentifiseer wat deurentyd na vore tree in die literatuur. Hierdie hoof temas sluit seksuele taboes, kulturele-oortuigings en bygelowe, geloofsoortuigings en 'n kultuur van stilswye rondom seks en MIV en VIGS in. Wanneer daar gekyk word na seksuele taboes en stigma, is dit eerstens van belang om in ag te neem dat MIV 'n seksueel oordraagbare siekte is. Piot (2001:10) verduidelik dat MIV en VIGS as seksueel oordraagbare siekte omring word deur seksuele taboes en morele veroordeling. Esu-Williams (2000:125) konstateer ook dat MIV en VIGS steeds met seksuele wangedrag en promiskuiteit geassosieer word. Van Dyk (2001:296) is van mening dat seksueel oordraagbare infeksies selfingenome veroordeling by sekere individue mag meebring, en dat hierdie mense nie sal skroom om die siek persoon te veroordeel en te blameer vir die situasie waarin die siek

persoon verkeer nie. In sommige gemeenskappe is hierdie verskynsel so ekstreem van aard dat die persoon met MIV en VIGS beskou word as iemand wat 'n "misdaad" gepleeg het. Waar MIV-geïnfekteerde persone dan as skuldig gesien word, mag hul ook verantwoordelik gehou word vir die gevolge van MIV en VIGS. Algemene voorregte van sosiale lewe en simpatie van ander word hul dus ontnem, en sommige mense mag so ver gaan as om MIV-geïnfekteerde persone te wil straf. Uit bogenoemde blyk dit vir die navorser dat seksuele taboes verband hou met stigma waar daar oortuigings bestaan dat persone met MIV en VIGS 'n oortreding begaan het in terme van seksuele gedrag. Daar word dus geglo dat een of ander seksuele taboe deur die persoon met MIV en VIGS oortree is. Laasgenoemde mag volgens die navorser veral gesien word in terme van Taegtmeyer *et al.* (2006:310) se beskrywing van samelewingsnorme wat dikteer hoe "goeie meisies" of "getroude vroue" moet optree.

Wanneer daar gekyk word na kulturele-oortuigings of bygelowe en die voorkoms van stigma, word daar in Afrika veral gekyk na heksery-oortuigings. Mataure, Scalway, Ray en Foreman (2000:4) verduidelik dat siekte in die verlede in Afrika geassosieer is met heksery en dikwels gesien is as straf vir immorele gedrag en ontrouheid. Die impak van MIV en VIGS word ook vererger deur hierdie stigma te assosieer met siekte. Daar bestaan dus die persepsie dat persone met MIV en VIGS iets verkeerd gedoen het waarvoor hierdie persone en hul families skaam behoort te wees. Van Dyk (2001:291) verduidelik dat persone met MIV en VIGS dan ook die aanspreek van enige spirituele of geloofskwessies wat met die siekte verband hou, gedurende berading sal vermy. Laasgenoemde is ironies aangesien dit juis gedurende hierdie tyd is wanneer persone met MIV en VIGS meer spirituele vertroosting, bemoediging en insig van ander benodig as in enige ander tyd van hul lewens. Dit blyk dat persone wat spirituele berading benodig dikwels teleurgestel word waar veral lede van geestelike- of geloofsgroepe dit moeilik vind om berading te bied aan persone met MIV en VIGS. Hierdie behoeftes van die kliënt asook die bogenoemde tekortkominge is volgens die navorser weer eens aanduidend van die belang daarvan dat die MIV-berader oor die nodige kulturele kennis en insig moet beskik ten einde suksesvolle hulpverlening aan die kliënt met MIV en VIGS te bied. Dit blyk vir die navorser dat kulturele kennis en insig ook van groot waarde sal wees vir die lede van geestelike- of geloofsgroepe wat spirituele berading bied. Daar kan hier veral gelet

word op stilswe rondom die dood wat dikwels geassosieer word met die Afrika-kultuur. Stein (2004:16) verduidelik dat hierdie verskynsel in die meeste samelewings voorkom, maar dat dit soms in Afrika so sterk na vore tree dat iemand wat praat oor die dreigende of naderende dood, van heksery beskuldig kan word. Bogenoemde bespreking rondom spirituele berading sluit ook aan by die volgende tema rondom stigma naamlik geloofsoortuigings.

Van Dyk (2001:318) verduidelik dat wanneer daar na veral Christelike groepe (en tot 'n sekere mate ook ander geloofsoortuigings) gekyk word, lede van hierdie groepe persone met MIV en VIGS strenger oordeel vir seksuele-oortredings. Hierdie oordeel is dan dikwels gebaseer op dubbelstandaarde van selfingenomenheid en skynheiligheid en hou selde verband met die geloof opsigself, waarvan aanvaarding, bemoediging en vergifnis juis die belangrikste waardes is. Verder bestaan daar ook onder sekere Christene oortuigings dat God die mens straf met MIV en VIGS vir sy sondige en promiskue lewenstyl. Soos reeds bespreek glo tradisionele Afrikane nie dat God die mens met siekte straf nie, maar behoort daar in ag geneem te word dat baie Afrikane ook Christene is, en 'n kombinasie van kulturele en Christelike oortuigings ernstige verwarring en stigma mag meebring. Van Dyk (2001:319) is van mening dat daar hier weer eens na *skuldig* en *onskuldig* gekyk word, wat gebaseer is in die diep psigologiese behoefte om soveel moontlike afstand tussen die persoon en 'n dreigende siekte soos MIV en VIGS te plaas. Soortgelyke houdings het ook voorgekom met die Swart Dood gedurende die Middeleeue.

Daar word laastens onder die wyses waarop stigma voorkom gelet op stilswe en geheimhouding. Na aanleiding van bogenoemde bespreking is dit duidelik dat persone met MIV en VIGS blootgestel word aan verskeie vorme van afsondering, hetsy sosiaal, emosioneel of finansieel. Van Dyk (2001:296) verduidelik dat persone met MIV en VIGS by hul werk afgedank kan word, van toegang tot mediese skemas weerhou kan word en verskeie ander mates van uitsluiting wat beskou word as “redelike” pogings om ander te beskerm. Daar kom egter ekstreme vorme van stigmatisering in Suid-Afrika voor. Die navorser is deur MIV-beraders en tuisversorgers van Mamelodi en Atteridgeville in Gauteng ingelig van gesinne waar die gesinslid met MIV en VIGS heeltemal afgesonder is deur die gesin. Die MIV-

positiewe vrou is in 'n kamer toegesluit en het slegs ander gesinslede gesien wanneer haar kos vir haar op die vloer met 'n stok nader geskuif is. In hierdie geval is dit duidelik dat die gesin stigmatisering van hulself wou voorkom deur eerstens te sorg dat die gemeenskap nie uitvind dat die gesinslid MIV-positief is nie, deur haar in 'n kamer toe te sluit. Tweedens is die geïnfekteerde persoon weerhou van enige fisieke en sosiale kontak met ander gesinslede deurdat gesinslede nie naby die geïnfekteerde persoon gekom het nie. Stilswye en geheimhouding maak dus vir die navorser 'n integrale deel uit van die stigmatisering van MIV en VIGS, hetsy die geïnfekteerde persoon self besluit om nie haar positiewe serostatus aan haar gesin bekend te maak nie, en of die gesin weier dat die gemeenskap bekend word met die geïnfekteerde gesinslid se positiewe serostatus.

Stein (2004:15) is van mening dat stilswye en geheimhouding veral voorkom waar ouers MIV-positief is en weier om kinders hiervan in te lig. In 'n studie wat in Khayelitsha onderneem is, meen ouers dat hul kinders te jonk is om hiervan ingelig te word. Dit blyk egter dat hierdie ouers die impak van stigma op hul kinders vrees, veral waar bekendmaking van die ouer se MIV-status nie 'n publieke bekendmaking is nie, en die kind dan hierdie geheim moet dra. Indien ouers wel hul MIV-status aan die kind bekend maak, sou dit volgens die navorser ook impliseer dat die ouer met die kind sou moet praat oor seks en seksuele-omgang, aangesien die kind sekere vrae mag hê, en MIV 'n seksueeloordraagbare infeksie is. Dit blyk volgens Wilbraham (2002:7-8) dat ouers dit egter moeilik vind om met kinders oor seks te praat om die volgende redes:

- Ouers mag onkundig, verkeerdelik ingelig en onbekend wees met nuwe kennis in terme van opvoeding van kinders rondom seksuele norme en risiko's wat vandag bestaan.
- Ouers mag skaam wees om oor seks te praat as gevolg van hul eie onderdrukte seksuele sosialisering of onopgeloste kwessies.
- Ouers kan as gevolg van kulturele beperkings en taboes onwillig wees om met kinders oor seks te praat.

Daar word byvoorbeeld deur Wilbraham (2002:7-8) genoem dat die oortuiging bestaan dat *“to talk about sex is sexy talk”*. 'n Verdere oortuiging is dat gesprekke rondom seks tussen ouer en kind ook 'n indikasie is dat seks wel voorkom (dit wil sê

dat ouers seksueel-aktief is of was) en impliseer dat die andersins onskuldige kind nou hiervan bewus word. Dit blyk vir die navorser dat waar ouers nie bereid sou wees om met hul kinders oor seks te praat nie, die bekendmaking van hul MIV-status so te sê onmoontlik sou wees. Austin (2002:173) het in 'n studie onder Swart Suid-Afrikaanse vroue met MIV en VIGS gevind dat slegs 14% van hierdie vroue hul kinders inlig van hul positiewe serostatus. Laasgenoemde sluit kinders van alle ouderdomme in. Die proses van stilswee en geheimhouding uit vrees vir stigmatisering is dus 'n prominente verskynsel in Suid-Afrika.

4.3.3.3 Die gevolge van stigma in Afrika

Uit bogenoemde twee afdelings is daar reeds na sekere gevolge van stigma rondom MIV en VIGS verwys. Daar kan opsommend na die bogenoemde en ander gevolge gekyk word:

- Persone met MIV en VIGS word *weerhou van gemeenskaplike en ander hulpbronne* (Orr & Patient, 2004:10).
- Persone met MIV en VIGS word deur gemeenskappe of spesifieke groepe geblameer en verwerp en dus *van emosionele en psigologiese ondersteuning ontnem* (Mataure *et al.*, 2000:4; Van Dyk, 2001:296).
- Uitbeeldings van persone met MIV en VIGS en die siekte opsigself deur die media of sekere groepe/individue gee aanleiding tot *onsensitiwiteit teenoor die behoeftes van persone met MIV en VIGS en affekteer toegang tot belangrike dienste*. (Orr & Patient, 2004:11; Van Dyk, 2001:318).
- Ontkenning van die voorkoms van MIV en VIGS deur regerings, asook die ontkenning van die impak van die siekte op populasies gee aanleiding daartoe dat *waardevolle tyd verlore gaan waartydens mense se lewens gered kan word*. MIV-toetsing en -behandeling word dus nie onderneem nie, en *die gemeenskap bly oningelig van MIV en VIGS* (Esu-Williams, 2000:125; Gausset, 2001:511).
- Toegang tot dienste vir behandeling van MIV en VIGS, veral van MIV-positiewe swanger vroue word bemoeilik waar die siekte gestigmatiseer word, aangesien dienste waar dit wel bestaan, nie benut word nie uit vrees dat iemand sal uitvind dat 'n individu MIV-positief is. *MIV word dus aan babas oorgedra* (Esu-Williams, 2000:125).

- As gevolg van die stigmatisering van MIV en VIGS word daar nie oor die siekte en dus oor seks gepraat nie en mag die *verdere verspreiding van MIV na jonger generasies* moontlik een van die gevolge hiervan wees (Stein, 2004:15; Wilbraham, 2002:7-8).

Die navorser is van mening dat indien geslagtelike diskriminasie aanhou voorkom in Afrika, sterftes onder vroue op alle samelewingsvlakke waargeneem sal word juis as gevolg van die belangrike geslagsrolle wat deur vroue vervul word. Gemeenskappe en samelewings mag dan bewus word van die belang van MIV-berading en -toetsing ten einde vroue se gesondheid, lewenskwaliteit en -duur te verbeter. Orr en Patient (2004:14) is van mening dat bogenoemde bewuswording mag voorkom waar gemeenskappe aanhou om MIV-geïnfekteerde persone te stigmatiseer totdat daar nie meer sonder hierdie persone gefunksioneer kan word nie. Stigma sal dus voortduur totdat daar te veel MIV-geïnfekteerde of siek persone is. Wanneer hierdie realiteite so oorweldigend raak sal die samelewing 'n "*stigma burn-out*" ondergaan, wat 'n proses is waarin ontkenning opgegee word. Bogenoemde outeurs meen dat hierdie proses van sosiale verandering meestal gemotiveer word deur pyn, aangesien verandering sal voorkom wanneer pyn nie meer deur samelewings weggesteek kan word nie. Hierdie proses kan ook aangehelp word deur groter klem te plaas op MIV-toetsing en 'n publieke bewustheid van persone met MIV en VIGS, hetsy gesond of siek. Mense reageer dus nie op dit wat abstrak of statisties is nie, maar reageer eerder op die realiteit en dit wat hul direk affekteer. Orr en Patient (2004:14) is van mening dat wanneer daar 'n meer realistiese publieke perspektief op MIV en VIGS bekom word, daar dan ook geleentheid gebied moet word aan verskillende kulture om by hierdie realiteite aan te pas. Daar word laastens in hierdie hoofstuk gelet op die vrou as individuelewese en skoolopleiding vir Afrika-vroue.

4.4 Skoolopleiding vir Afrika-vroue

Soos reeds genoem het Davis (2007:1025) se studie getoon dat jong vroue met persoonlike vertroue in hulself meer geneig is om die moed te hê om weg te breek van die tradisionele definisies van geslagsrolle. Laasgenoemde outeur het verder bevind dat jong vroue se deelname aan die arbeidsmark aanleiding gee tot toenemende selfvertroue en finansiële onafhanklikheid, en addisionele rolmodelle voorsien vir

beter onderhandeling in gesins- en werksrolle. Die navorser is van mening dat vroue se deelname aan die arbeidsmark veral verband hou met geleenthede vir onderrig soos skoolopleiding. Aangesien die vrou se status as individuelewese hier ter sprake is, word skoolopleiding dan ook onder die vrou as individuelewese bespreek. As gevolg van die oorvleuelende aard van die vrou se geslagsrolle behoort skoolopleiding vir vroue ook gesien te word in terme van die vrou se rol as broodwinner, waar dit haar instaat mag stel om later na haarself en haar gesin om te sien.

Wanneer daar gekyk word na skoolopleiding vir Afrika-vroue, impliseer dit volgens die navorser die aanspreek van belangrike behoeftes wat meer as blote formele onderrig behels waardeur akademiese inligting oorgedra word. Skoolopleiding behoort Afrika-vroue op verskeie vlakke te bemagtig om na hulself en hul gesinne om te sien, met inagnome van die belangrike geslagsrolle wat deur vroue vervul word soos seksmaat, moeder, versorger, enkelouer en broodwinner. Verder mag gesondheidsbevorderende inligting as deel van skoolopleiding vir Afrika-vroue van groot waarde wees. 'n Formele onderrigstelsel waarvan geslagsdiskriminasie en -ongelykheid nie deel uitmaak nie, kan ook benut word om Afrika-vroue se status en gesag te verbeter met inagnome van Afrika-vroue se kulturele minderwaardigheid. Toegang tot skoolopleiding mag dus veral vir Afrika-vroue van groot waarde wees. Daar word dan in hierdie afdeling eerstens gelet op beperkte toegang tot skoolopleiding vir jong Afrika-vroue, en tweedens op jong Afrika-vroue wat wel skoolopleiding ontvang.

4.4.1 Beperkte toegang tot skoolopleiding vir Afrika-vroue

Toegang tot formele onderrig vir vroue in Afrika word reeds vir dekades ondersoek, aangesien dit as wyse beskou word waarop Afrika-vroue bemagtig kan word. Die getalle van vroue wat nie skoolopleiding voltooi of ondergaan is ook baie groot. Die Wêreld Bank rapporteer dat ongeletterdheid onder vroue Suid van die Sahara ongeveer 50% hoër is as onder mans (Schoofs, 1999:2). Nairne (2001:7) konstateer dat meisies die grootste groep uitmaak wat nie skoolgaan nie, terwyl vroue die grootste groep uitmaak wat ongeletterd is. Meer as 60% van die wêreld se 880 miljoen ongeletterde volwassenes, is vroue. Die verband tussen ongeletterdheid en MIV-voorkoming behoort veral in ag geneem te word. Olowo-Freers (1992:19)

verduidelik dat waar boodskappe vir voorkomingsprogramme ontwikkel word deur opgeleide persone, die meeste Afrikane mag voel dat hul buite die spesifieke groep val wat aangespreek word, aangesien die meeste van hierdie persone ongeletterd is, veral vroue in Afrika-lande. In Luo, Uganda word kondome byvoorbeeld *mupira* genoem wat enige iets kan beteken vanaf rubber, voetbal, buiteband tot elastiese tou. Geletterdheid en dus skoolopleiding vir Afrika-vroue is van groot belang en kan volgens die navorser direk verbind word met Afrika-vroue se vermoë om gesondheidsbevorderende inligting te bekom, te verstaan en toe te pas. Kofi Annan, voormalige direkteur-generaal van die Verenigde Nasies verduidelik dat onderrig die enkele belangrike element is om armoede teen te staan, vroue te bemagtig, kinders te beskerm teen uitbuitende arbeid en seksuele-uitbuiting, mense regte en demokrasie te bevorder, omgewings te beskerm en 'n invloed uit te oefen op populasiegroei. Daar is ook uitgewys dat die onderrig van meisies die volgende voordele inhou:

- Verhoogde gesinsinkomste.
- Latere huwelike en verlaagde geboortesyfers.
- Verlaagde kinders- en moeder sterftesyfers.
- Beter geleenthede en leefstylbesluite vir vroue.
- Beter kans op die vermyding van siekte.
- Verbeterde ekonomiese geleenthede (Nairne, 2001:7).

Gilbert en Walker (2002:1097) verduidelik egter dat die Afrika-vrou tans 'n marginale posisie in die Suid-Afrikaanse ekonomie het, wat histories gedeeltelik verband hou met beperkte toegang tot onderrig. Volgens Mill en Anarfi (2002:327) veroorsaak 'n tekort aan opleidingsgeleenthede in kombinasie met die gemarginaliseerde ekonomiese posisie van vroue, verdere kwesbaarheid vir MIV. Gilbert en Walker (2002:1097) verwys hier veral na huishoudings waar die vrou as hoof van die gesin optree wat meer armoedig is as huishoudings waar 'n man aan die hoof staan. In alle rasse-groepe in Suid-Afrika is werkloosheid ook baie hoër onder vroue as mans. Vroue met gelyke onderrig as mans verdien slegs 72-85% van die salaris wat mans verdien. Laasgenoemde is vir die navorser aanduidend dat geslagsongelykheid vroue in Afrika op alle vlakke affekteer. Geslagsongelykheid is ook een van die redes waarom meisies nie hul skoolopleiding voltooi nie, en hou volgens die navorser sterk verband met die spesifieke rolle wat daar deur die Afrika-kultuur aan Afrika-vroue

toegeken word. Schoofs (1999:2) verduidelik dat jong meisies in Afrika nie kan skoolgaan nie, aangesien huishoudelike take soos water aandra en vuurmaakhout soek, te veel van hul tyd opneem. Studies in Ghana en Tanzanië dui daarop dat plattelandse vroue vier keer meer dra-werk doen as mans, en soveel as 90% van alle grondbewerking wat plant en oes aanbetref, onderneem. Chikovore, Nystrom, Lindmark en Ahlberg (2003:54) verduidelik dat migrasie van mans ook veroorsaak dat die werklading vir Afrika-vroue al hoe groter word. Mill en Anarfi (2002:327) meen dat hierdie ongelyke status aanleiding gee daartoe dat minder vroue skoolopleiding voltooi, en wanneer ouers finansiële probleme beleef sal 'n dogter eerder van haar skoolopleiding ontsien word as 'n seun.

'n Volgende rede vir beperkte skoolopleiding van Afrika-vroue hou verband met swangerskap. Gilbert en Walker (2002:1097) het bevind dat 31% vroue in Suid-Afrika nie hul skoolopleiding voltooi het nie as gevolg van swangerskap. Ook in geval van swangerskap onder skoolgaande meisies kom geslagsdiskriminasie voor. 'n Studie wat deur die *Teacher's Centre* in Oos-London, Suid-Afrika onderneem is, het bevind dat 'n drie-kwart van skole in Suid-Afrika swanger meisies skors, terwyl slegs 'n kwart van alle skole in Suid-Afrika leerlinge skors wat die vaders van kinders is (Leclerc-Madlala, 2001:4). Verder blyk dit dat onderwysers dikwels die oorsaak van die voorkoms van swangerskap onder jong skoolgaande meisies is. Daar is egter ook 'n verdere verband tussen skoolopleiding en swangerskap getrek waar daar bevind is dat adolessente met geen skoolopleiding baie vroeër swanger raak as adolessente met skoolopleiding (Mill & Anarfi, 2002:327). Lauby, Semaan, O'Connell, Person en Vogel (2001:73) verduidelik dat veral in meer tradisionele etniesegroepe, vroue se onderhandelingsmag vir die gebruik van kondome sal verskil afhangende van die vrou se sosialestatus wat bepaal word deur ouderdom, opleiding en finansiële omstandighede. Dit blyk dat lae onderrigsvlakke by die vrou verband hou met lae selfdoeltreffendheid en die lae gebruik van kondome en ander vorme van geboortebepanking. 'n Ander Suid-Afrikaanse studie het soortgelyke bevindinge gehad, en dui op laer vlakke van seksuele aktiwiteite onder beter opgevoede jeugdige, veral jeugdige in stedelikegebiede (Nattrass, 2004:30). Dit blyk dan vir die navorser dat daar 'n sterk verband bestaan tussen skoolopleiding vir Afrika-vroue en positiewe gesondheidsgedrag.

’n Verdere rede vir beperkte toegang tot skoolopleiding is armoede opsigself. Mill en Anarfi (2002:334) het in ’n studie in Ghana gevind dat baie kinders nie basiese skoolopleiding ondergaan nie, aangesien ouers nie die nodige fooie kan betaal nie. Dit is dan ook meisies wat eerder van skoolopleiding ontsien word, en hoewel die Ghaniese regering skoolgelde afgeskaf het, betaal ouers steeds inskrywingsgelde, skoolklere en boeke. Laasgenoemde veroorsaak dat veral meisies steeds beperkte toegang tot skoolopleiding en later ’n goeie werk het, en vroue dan geforseer word om mansvriende vir ekonomiese gewin te hê. In Suid-Afrika het die Departement van Opvoedkunde verduidelik dat die skraping van skoolfooie onmoontlik is aangesien hierdie fooie ’n belangrike funksie dien (*Capping of school fees unlikely*, 2004:2). Verskeie organisasies soos die *Young Communist League* (YCL), die *Congress of SA Students* (Cosas) en *SA Students’ Congress* (Sasco) dring egter daarop aan dat die Staat en belastingbetalers totale verantwoordelikheid neem vir die betaal-om-te-leer onderrigmodel van Suid-Afrika, sodat opleiding teen geen koste ondergaan kan word. Hierdie organisasies fokus veral op die toegang tot onderrig wat bepaal word deur finansiële kapasiteit (Pretoria News: *They want free education for all*, 2004:3). Laasgenoemde is volgens die navorser ’n belangrike kwessie waar die betaal-om-te-leer onderrigmodel aanleiding kan gee daartoe dat armoedige kinders asook VIGS-wesies en kinders wat as hoof van die huishouding optree, van skoolopleiding weerhou kan word na aanleiding van hul finansiële status. Waar armoede dan die oorsaak sou wees vir beperkte toegang tot skoolopleiding, kan daar volgens die navorser ’n kringloop ontwikkel van armoede wat aanleiding gee tot verdere beperkte geleenthede vir adolessente en jong volwassenes, en dus armoede wat moontlik verder geïntensifiseer word. In hierdie geval mag armoede moontlik oorgedra word van een generasie tot ’n volgende generasie, en sou finansiële kapasiteit as bepaler van skoolopleiding aanleiding gee daartoe dat elke opvolgende geslag moontlik meer armoedig is as die vorige geslag. Intussen word daar in die Suid-Afrikaanse media melding gemaak van gevalle soos ’n meisie van Vosloorus wat probeer selfmoord pleeg het omdat sy nie ’n skool uniform kon bekostig nie (Pretoria News: *They want free education for all*, 2004:3).

Beperkte toegang tot skoolopleiding in Afrika hou ook sterk verband met die voorkoms van VIGS onder broodwinners in gesinne. Die *UNAIDS* dokument, *Report*

on the Global AIDS Epidemic (2004:8) konstateer dat gesondheidsorg vir persone met MIV en VIGS, gesinne forseer om hul spaargeld te gebruik, grond en vee te verkoop, geld te leen en ondersteuning van die uitgebreide familie te gaan soek. Gesinne moet ook hul uitgawes op voedsel en kleding verminder. Om hierdie situasie verder te kompliseer kan daar gelet word op gesinne waar die moeder as hoof van die huishouding optree. Waar gesinne dan so armoedig is dat uitgawes op voedsel en kleding verminder moet word, is dit nie vir die navorser verbasend dat skoolopleiding nie 'n belangrike prioriteit is nie. Lim (2003:12) konstateer dat veral vroue en weeskinders in Afrika die slagoffers van die ekonomiese gevolge van MIV en VIGS is, waar 'n huisgesin se inkomste met soveel as 80% kan val as gevolg van die voorkoms van MIV en VIGS. Epstein (2002:15) verduidelik dat wanneer broodwinners dan siek word of sterf, kinders geforseer word om skool te verlaat. In Kibera, Kenia blyk dit dat ongeveer die helfte van jeugdige nie skool bywoon nie, aangesien hul nie die fooie kan bekostig nie. Hierdie kinders se ouers is of siek of het reeds gesterf na aanleiding van MIV en VIGS.

4.4.2 Skoolopleiding vir jong vroue met toegang daartoe

Wanneer daar gekyk word na die omgewing van die formele onderrigstelsel vir jong Afrika-meisies wat toegang het daartoe, behoort daar melding gemaak te word dat dit nie 'n ideale omgewing is nie. Die aspek van tradisionele rolle en status kom veral na vore waar meisies wel skoolgaan. Nairne (2001:7) verduidelik dat daar van skoolgaande meisies verwag word om skoonmaak en onderhouddienste in skole te verrig, terwyl seuns en onderwysers dan genoegsame tyd het vir akademiese werk. Verder word daar verwag dat meisies agter in die klas sit, terwyl onderrigsmateriaal ook vroue en meisies uitbeeld as ondergeskik. Die navorser sien laasgenoemde in die konteks van die Afrika-kultuur waar Afrika-meisies geleer word dat hul minderwaardig is. Wanneer daar na die formele onderrigstelsel in Afrika gekyk word, blyk dit vir die navorser dat geslagsongelykheid aangemoedig en verder versterk word binne die skool opset.

Na aanleiding van bogenoemde is die navorser van mening dat daar ook gelet moet word op formele onderrig vir jong seuns en die invloed daarvan op seuns se tradisionele idees van manlikheid en dominansie teenoor vroue. In hierdie geval kan

daar veral gelet word op Eaton, Flisher en Aarø (2003:162) se studie rondom die man se eienaarskap van sy seksmaat. Die man voel dat hy die reg het om seksuele-omgang te hê binne enige romantiese verhouding en dat hy die vrou teen haar wil mag forseer ten einde seks te bekom. Gewelddadige seks word deur Afrikane beskou as 'n teken van passie, en 52% hoërskool seuns en 45% hoërskool meisies het in dié studie genoem dat verkragting en seksuelemishandeling gesien kan word as iets wat deur die seksmaat uit liefde gedoen word. Volgens die navorser word daar dan hier gekyk na 'n omgewing waarin beide seuns en meisies se tradisionele idees rondom manlikheid en manlike dominansie nie aangespreek word, en waarvan geslagsdiskriminasie steeds deel uitmaak. Patrone van negatiewe houdings word dus steeds onderhou wat moontlik mag aanleiding gee tot negatiewe gesondheidsgedrag. Indien formele skoolopleiding die verskille in vroue se lewens mag aanbring soos deur Kofi Annan (Nairne, 2001:7) omvat, kan dit 'n belangrike wapen in die stryd teen MIV en VIGS word. Die navorser is egter van mening dat skoolopleiding in Afrika slegs hierdie verskille sou kon meebring waar beide geslagte eenvormig opgevoed en behandel word, en geslagsongelykheid nie deel uitmaak van enige aspek van die formele onderrigstelsel nie. In Zimbabwe het 'n vrou egter minder regte as 'n adolessente seun en is toestemming vir alles wat sy doen nodig (Mama, 2001:69; Schoofs, 1999:2). Die navorser is van mening dat indien 'n vrou nie eens die regte van 'n adolessente seun het nie, haar kans op onderhandelings vir veilige seks baie klein sal wees.

Die omgewing waarin jong Afrikane in die formele onderrigstelsel hulself spesifiek in Suid-Afrika bevind, is problematies. Die voormalige provinsiale minister van Opvoedkunde in Kwa-Zulu Natal, minister Gabriel Ndabandaba verduidelik dat leerlinge messe en vuurwapens skool toe neem en dat messtekery, skietery en verkragting in skole ongestraf voorkom (Bisetty, 2003:7). Nairne (2001:7) verduidelik dat meisies hoofsaaklik die slagoffers van fisieke- en seksuele-aanranding by skole is. Meisies word verkrag, seksueel aangerand, mishandel en seksueel geteister deur seuns en onderwysers. Ndabandaba noem dat alle pogings om mense in te lig van die gevare van onveilige seksuele-omgang ook op dowe ore val, en dat daar 'n gees van uittarting en *nonchalance* onder die jeug van Suid-Afrika bestaan. Dit blyk dat die jeug deelneem aan immorele seksueleverhoudings asof hulle ontbyt eet (Bisetty, 2003:7). Die aanspreek van bogenoemde gedrag kan duidelik nie as die

alleen-verantwoordelikheid van die formele onderrigstelsel in Suid-Afrika beskou word nie, hoewel die formele onderrigstelsel belangrike gesondheidsbevorderende inligting kan oordra. Daar behoort dus samevattend onder hierdie afdeling gelet te word op ander aspekte wat skoolgaande jeugdige se gesondheidsgedrag beïnvloed. Eaton *et al.* (2003:151-160) konstateer dat persoonlike en interpersoonlike faktore, asook die fisiese en organisatoriese omgewing waarin jeugdige hulself bevind 'n belangrike rol speel in die voorkoms van onveilige seksuele gedrag. Verskeie van hierdie aspekte word vervolgens kortliks bespreek ten einde 'n meer omvattende beeld te vorm van tendense onder die Suid-Afrikaanse jeug.

Persoonlike faktore:

- Kennis en oortuigings– Dit blyk dat die Suid-Afrikaanse jeug ernstige gapings in VIGS-kennis het, hoewel basiese aspekte van MIV en VIGS deur die meeste jeugdige verstaan word. Daar bestaan ook onsekerheid onder jeugdige oor die korrekte gebruik van kondome, en hoewel jeugdige bewus is dat kondoomgebruik MIV-oordraging kan voorkom, maak hulle steeds nie gebruik van kondome nie. Daar bestaan verskeie miskonsepsies onder jeugdige soos dat ander vorme van voorbehoedmiddelgebruik soos hormonale en intrauterêre voorbehoedmiddels ook MIV-oordraging kan voorkom. Verder word daar geglo dat kondome meer as een maal gebruik kan word, en dat kondome in die vrou kan agterbly na seksuele-omgang, en ernstige beserings kan veroorsaak.
- Persepsies van lae persoonlike risiko– Die persepsie van lae persoonlike kwesbaarheid veroorsaak groot risiko onder jeugdige aangesien dit die motivering om die nodige voorsorgmaatreëls te tref, verminder. Suid-Afrikaanse navorsing dui aan dat daar wel 'n ooreenkoms tussen persoonlike kwesbaarheid en voorsorgmaatreëls bestaan, maar dat die Suid-Afrikaanse jeug hul risiko om MIV op te doen, onderskat. Daar is bevind dat minder as 20% van die Suid-Afrikaanse jeug hulself onder hoë risiko vir MIV beskou. Een van die faktore wat die persepsie van MIV-risiko verlaag is dat die voorkoms van MIV in gemeenskappe ontken word, veral in plattelandse gemeenskappe waar MIV steeds gestigmatiseer word. Daar is ook bevind dat die ontkenning van risiko meer onder mans as vroue voorkom.

- Waarneembare voor- en nadele– Die positiewe- en negatiewe aspekte wat verband hou met voorkomende gedrag word deur die individu opgeweeg, en beïnvloed dan ook gedrag. Baie jong mans glo dat weerhouding van seksuele-omgang hul gesondheid negatief sal beïnvloed. Verder word die individu wat van kondome gebruik maak, weerhou daarvan om aan ander te bewys dat hy/sy wel vrugbaar is en dus kinders kan hê. ’n Studie het getoon dat 45% jong mans glo dat kondome “sperm mors” en dit blyk verder dat kondome nie as ’n effektiewe voorbehoedmiddel beskou word om swangerskap te voorkom nie. Die grootste nadeel van kondome is die klaarblyklike verlies aan seksueleplezier, en die meeste Afrikane verkies “*skin-to-skin*” seksuele-omgang. Verder voel Afrikane dat te veel kondome nodig sal wees waar ’n kondoom slegs een maal gebruik kan word, en laasgenoemde gaan ook gepaard met jeugdige se skaamte om kondome te gaan koop en die vrees dat kondome sal skeur.
- Intensies– Intensies kan gesien word as ’n belangrike bepalende faktor in gesondheidsverbandhoudende gedrag. In Suid-Afrika word die intensie om seksuele-omgang te vermy voor die huwelik deur slegs ’n klein persentasie individue onderhou, en is dit gewoonlik konserwatiewe vroue met ’n Christelike agtergrond. Hierdie intensie word selde by jong mans gevind. Die intensie om monogamies te leef word ook deur baie vroue genoem, terwyl jong mans monogamie sien as nog ’n vorm van weerhouding van seks. Monogamie word egter makliker aanvaar as die gebruik van kondome, en die meerderheid Afrikane noem dat hul eerder ’n intensie het om monogamies te leef as om van kondome gebruik te maak.
- Selfbeeld– Suid-Afrikaanse navorsing dui aan dat lae selfbeeld verband hou met vroeë seksuele aktiwiteite en meervoudige maats. Laasgenoemde mag dui op die individu met ’n swak seksuele selfbeeld se behoefte om deur ander erken te word. ’n Individu met ’n swak selfbeeld sal meer geneig wees om te dink dat kondoomgebruik ’n seksmaat sal afsit, of dat die seksmaat sal dink dat die persoon “vuil” is. Die individu met ’n swak selfbeeld sal dus negatiewe houdings hê teenoor kondoomgebruik, weerhouding van seksuele-omgang en monogamie.

Interpersoonlike faktore/Die onmiddellike konteks:

- **Onderhandeling vir kondoomgebruik**– Onderhandeling vir kondoomgebruik mag vreemd en beperk wees waar dit wel sou voorkom. Die gebruik van ’n kondoom tydens seksuele-omgang word gesien as ’n breking van die intimiteit en romanse van die oomblik. Kondome word ook deur beide mans en vroue geassosieer met promiskuiteit, seksueeloordraagbare siektes en VIGS, asook ’n erkenning dat een van die seksmaats ’n seksueeloordraagbare siekte het, of die ander seksmaat wantrou. Binne ’n vertrouensverhouding simboliseer die verwerping van kondoomgebruik ’n nuwe vlak van verbondenheid. Daar bestaan ook die persepsie dat langtermyn- en liefdesverhoudings minder risiko behels, ten spyte daarvan dat die seksmaats se MIV-status vir mekaar onbekend is.
- **Gedwonge manlik-gedomineerde seksueleverhoudings**– ’n Tekort aan onderhandeling hetsy vir kondoomgebruik, getrouheid of gereeldheid van seksuele-omgang, skort in baie verhoudings tussen jong Suid-Afrikaners. Suid-Afrikaanse navorsing dui daarop dat gedwonge seksuele-omgang en geweld teen vroue baie algemeen is. Jong mans voel dat ’n romantiese verhouding outomaties penetrerende seksuele-omgang insluit, en dat die man deur middel van geweld, seks sal bekom waar en wanneer hy so voel. In verhoudings tussen Suid-Afrikaanse jeugdiges word seksuele aktiwiteite hoofsaaklik deur die man bepaal en word vroue deur middel van geweld of verwerping weerhou van kondoomgebruik. Terwyl jong vroue baie ernstig gestraf sal word vir ontrouheid in ’n verhouding, glo jong Suid-Afrikaanse mans dat dit hul reg is om meervoudige seksmaats te hê. In hierdie tipe verhoudings is dit dus vir vroue baie moeilik om veilige seks te beoefen.
- **Groepsdruk**– Suid-Afrikaanse studies toon dat jong Afrika-seuns en -meisies ernstige druk van hul eie geslagte ervaar om seksueel-aktief te raak. Vir seuns hou hierdie druk verband met die bewys van hul manlikheid en meervoudige seksmaats, wat die seun se status verhoog. Dit blyk ook dat jong seuns makliker onder groepsdruk swig as meisies.
- **Interaksie met volwassenes**– Suid-Afrikaanse jeugdiges rapporteer swak kommunikasie met hul ouers oor seksuele sake. Ouers weier om met kinders te praat, gee slegs vae inligting en straf selfs kinders wanneer sekere vrae gevra word. Dit blyk verder dat ’n tekort aan supervisie bydra tot onveilige seksuele-

omgang. Ouers verbied kinders om van voorbehoedmiddels gebruik te maak in 'n poging om seksuele-omgang te voorkom, wat aanleiding gee tot nog minder kondoomgebruik onder jeugdiges. Die teenoorgestelde gebeur ook in veral plattelandsegebiede waar ouers wel hul dogters toelaat om 'n voorbehoedinspuiting te kry en sodoende die moontlikheid van swangerskap te verminder, maar kondoomgebruik dan verder verlaag. Jeugdiges maak ook nie ten volle gebruik van mediesedienste wat by klinieke gelewer word nie, en skryf dit toe aan 'n tekort aan privaatheid en konfidensialiteit.

Die fisiese en organisatoriese omgewing:

- Tekort aan toegang tot kondome– Toegang tot kondome blyk nie 'n groot probleem te wees nie, aangesien jeugdige verskeie bronne het waardeur kondome bekom kan word. Toegang tot kondome kan wel beïnvloed word deur negatiewe houdings van personeel by klinieke of wanneer voorraad by klinieke opraak. Die tekort aan beplanning blyk egter 'n groter probleem te wees, aangesien jeugdige nie altyd kondome beskikbaar het wanneer dit benodig word nie, maar selde hierdeur afgeskrik word.
- Toegang tot die media– 'n Onlangse studie toon dat jeugdige met voldoende toegang tot die media, beter kennis dra van MIV en VIGS. Jong mense in plattelandse of armoedige gebiede het duidelik 'n alternatiewe bron van inligting nodig.
- Tekort aan ontspanningsfasiliteite– Jong persone uit areas met konstante werkloosheid en 'n tekort aan ontspanningsfasiliteite noem dat seksuele-omgang gebruik word as vorm van vermaak, aangesien daar niks anders is om te doen nie.

Dit is duidelik dat selfs in Suid-Afrika wat 'n beter infrastruktuur en ekonomie as die meeste ander Afrika-lande het, daar groot tekortkominge bestaan waardeur die jeug geaffekteer word. Dit blyk vir die navorser dat skoolopleiding nie alleen verband hou met die oordra van akademiese inligting en dus beter kanse om 'n werk te bekom en finansiëel onafhanklik te wees nie, maar veral vir jong Afrika-vroue tot groot voordeel kan wees in die stryd teen MIV en VIGS. Laasgenoemde sou egter slegs geskied waar sekere aspekte van onderrig gerig is op die oordra van relevante gesondheidsinligting en die ontwikkeling van belangrike lewensvaardighede waardeur

jong Afrika-vroue se gesag en status verbeter kan word. Soos reeds genoem sou geslagsdiskriminasie en -ongelykheid binne die formele onderrigstelsel hierdie voordele teenwerk, en is dit van groot belang om te poog dat jong Afrika-seuns en meisies gelykmatig opgevoed word. Daar kan ook gelet word op MIV-voorkomingsprogramme in skole wat beide geslagte en belangrike teikengroepe betrek.

4.5 Samevatting

Om die vrou as individuelewese te beskryf vereis 'n komplekse bespreking waar daar nie alleen gelet word op individualisme en kollektiwisme asook aspekte van die *self* soos die selfkonsep, persoonlike-identiteit, verhoudings, psigologiese prosesse, sosiale prosesse en mag nie. Daar moet ook gelet word op aspekte soos tradisionele geslagsrolle wat aan vroue toegeken word, en dikwels tot nadeel van vroue mag wees. Laasgenoemde beïnvloed die vrou se status en mag, wat in kombinasie met sekere kulturele struikelblokke weer aanleiding gee daartoe dat die vrou meer kwesbaar is vir MIV en VIGS. Die vrou word dan beskou as die “vuil” of onrein draer van MIV en VIGS. Hieruit spruit geslagtelike stigma waar vroue op verskeie vlakke benadeel word. Skoolopleiding is een van die wyses waarop vroue hul gesinsinkomste kan verhoog, later in die huwelik tree, geboortesifers kan verlaag, beter leefstylbesluite kan neem, siekte kan vermy en verbeterde ekonomiese geleenthede sal hê. Die vrou kan dus deur middel van skoolopleiding haar status as individuelewese in geheel verbeter. Daar bestaan egter talle probleme wat skoolopleiding aanbetref. Beperkte toegang tot skoolopleiding as gevolg van armoede waar meisies dikwels tuiswerk moet verrig en eerder van hul skoolopleiding ontsien sal word as seuns, veral waar die broodwinner in die gesin MIV-positief is, is een van hierdie probleme. Waar meisies wel toegang het tot skoolopleiding word geslagsongelykheid dikwels in skole vir beide seuns en meisies versterk, en word meisies blootgestel aan 'n omgewing van messtekery, skietery en seksuele mishandeling en -teistering. Verder blyk dit dat immorele seksuele verhoudings algemeen is in Suid-Afrikaanse skole. Hierdie aspekte word geïntensifiseer wanneer daar ook gelet word op persoonlike en interpersoonlik faktore en die fisiese en organisatoriese omgewing van jeugdige en die verband daarvan met MIV en VIGS. In die opvolgende hoofstuk word daar gelet op die vrou in haar rolle as seksuelewese en huweliksmaat.

HOOFSTUK 5

Die Afrika-vrou in haar rolle as seksuelewese en huweliksmat

5.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk word daar gelet op die vrou in haar rolle as seksuelewese en huweliksmat. Beide hierdie rolle word direk geassosieer met verhoogde MIV-risiko vir vroue, juis as gevolg van die aard van hierdie rolle. Onder die vrou as seksuelewese sal daar gelet word op die betekenis van seksualiteit in Afrika, seksuele-opvoeding en gepaardgaande kulturelegebruike en -praktyke. Hierdie aspekte hou veral verband met geslags- en magsverhoudings. Daar sal onder die vrou as huweliksmat gelet word op die huwelik in Afrika en getrouheid tussen seksmaats binne die huwelik. Albei rolle van die vrou wat in hierdie hoofstuk bespreek word, sal ook fokus op geweld teen vroue, aangesien beide hierdie rolle dikwels met geweld teen vroue geassosieer word. Geweld teen vroue, in watter vorm ookal, word weer geassosieer met verhoogde MIV-risiko vir vroue wat daaraan blootgestel word. Daar word vervolgens gelet op die vrou in haar rol as seksuelewese.

5.2 Die Afrika-vrou as seksuelewese

Die vrou se rol as seksuelewese omvat meer as blote seksuele-interaksie of -omgang. Lear (1995:1314) verduidelik dat binne heteroseksualiteit, seksuele-omgang sosiaal gevind word in geslags- en magsverhoudings. Daar sal dan onder die vrou as seksuelewese ook gelet word op geslags- en magsverhoudings in die konteks van MIV en VIGS en die Afrika-kultuur. Laasgenoemde is veral relevant vir die vrou as seksuelewese waar Lear (1995:1314) verduidelik dat seksuelekontak gesien kan word as liggings van worsteling tussen die uitoefening en aanvaarding van manlike mag en manlike definisies van seksualiteit, en vroue se ambivalensie en teenstand.

5.2.1 Die betekenis van seksualiteit in Afrika

Temmerman en Marres (1995:62) verduidelik dat die Weste met ongeloof en verbystering toekyk na die tragedie van MIV en VIGS in Afrika, en ondanks die duidelike impak van MIV en VIGS asook die implimentering van voorkomingsprogramme, Afrikane steeds volhard in risiko-gedrag. Een verklaring is

volgens hierdie outeurs deels te vinde in kulturele faktore. Van Dyk (2001:122) verduidelik dat Afrikane byvoorbeeld glo dat die dood deur middel van seksuele-omgang (voortplanting) oorwin kan word en dus onsterflikheid simboliseer. In tradisionele Afrika word daar ook geglo dat die vloeistowwe wat met seksuele-omgang gepaard gaan die uitruiling van die “gawe van die self” is, en van groot belang is in verhoudings. Indien hierdie vloeistowwe geblokkeer word, voorkom dit vrugbaarheid en kan die betrokke individu(e) ook siek word. Die navorser wil verwys na ’n vorige bespreking rondom die besoedelingsideologie waar die vrou se “vuil” reprodutiewe anatomie en verbandhoudende afskeidings soos menstruele bloed, vaginale-afskedings en -lubrikasie as bron van MIV-“kieme” beskou word (Leclerc-Madlala, 2001:6). Laasgenoemde behoort dan vergelyk te word met positiewe oortuigings rondom die man se semen. Van Dyk (2001:123) verduidelik dat daar onder die Zoeloes in Suid-Afrika geglo word dat herhaalde bydraes van semen benodig word om die ongebore fetus te vorm en te laat “ryp” word. Aspekte wat met seksuelekontak verband hou blyk dan positief te wees vir mans, maar negatief vir vroue. Die betekenis van seksualiteit in Afrika mag dus veral verband hou met kulturele-oortuigings, en ’n aanduiding wees van die aard van geslagsverhoudings tussen mans en vroue.

Temmerman en Marres (1995:65) sluit aan by bogenoemde deur te noem dat die wyse waarop mense omgaan met seksualiteit en die betekenis wat daaraan toegeken word sterk verband hou met kultuur. Afrikane het die aspek van seksualiteit nooit in die kern van hul morele- en sosialesistiem geplaas nie. Wanneer die Afrika-man in die huwelik tree het hy alreeds ’n vervulde seksuelelewe gehad, aangesien die bruidskat so hoog is dat dit hom jare mag neem voordat hy ’n bruid kan bekostig. Seks word dus in Afrika beskou as een van die mees natuurlike dinge soos eet en drink. Dit is ook dikwels een van die maklikste wyses vir getroude vroue om ’n inkomste onafhanklik van hul eggenote te hê. Ten einde nie as sekswerkers geëtiketteer te word nie, sal vroue hulself uithuur aan mans, wat dan as vergoeding byvoorbeeld hul kinders se skoolgelde sal betaal (Jewkes, 2004:17). Temmerman en Marres (1995:65) is van mening dat seksualiteit in Afrika nie sinoniem is met kuisheid nie, en die betekenis wat daaraan geheg word moontlik een van die redes is vir die verspreiding van MIV en VIGS in Afrika. Die vraag wat hieruit by die navorser ontstaan is hoe Afrikane

seksuele-omgang so natuurlik as eet en drink kan beskou, wanneer daar 'n sigbare kultureleverband getrek kan word tussen seksuele-omgang, siekte en die dood? Dit blyk vir die navorser dat seksuele-omgang vir Afrikane so natuurlik as eet en drink sou wees solank dit nie gekompliseer word met die voorkoms van MIV en VIGS, wat 'n verduideliking vereis wat nie deur hul kultureleraamwerk voorsien kan word nie. Die voorkoms van MIV en VIGS mag moontlik ook dan die aard van geslagsverhoudings verder kompliseer vir Afrika-vroue wat as geslagsgroep reeds vele negatiewe konnotasies beleef.

5.2.2 Seksuele-opvoeding van jong meisies in Afrika

Sanderson (1991:34) konstateer dat kultuur onder andere beskou kan word as die aangeleerde lewenswyse van 'n samelewing. Volgens die navorser sou die ondersoek na die aangeleerde lewenswyse van jong meisies dan veral relevant wees wanneer daar na die Afrika-vrou as seksuelewese gekyk word binne haar kultuur. Aangesien daar dan gefokus word op die vrou as seksuelewese, sou die ondersoek na haar seksuele-opvoeding hier veral van belang wees. Schoofs (1999:3) konstateer dat die vrou se seksuele-onderdanigheid aan die man in meeste Afrika-kulture lank voor volwassenheid reeds voorkom. Shona meisies word van kleins af geleer om die labia te trek sodat dit baie langer is wanneer hul eendag volwasse is. Laasgenoemde is sodat die man gedurende voorspel daarmee mag speel, terwyl die vrou nie eens toegelaat word om aan die man se penis te raak nie. In die meeste Afrika-kulture is seksuele-onderdanigheid meer subtiel van aard en word jong meisies geleer om seksuelebesluitneming aan die man oor te laat, en is die bespreking van kondoomgebruik so te sê onmoontlik. Gysels *et al.* (2002:182) het soortegelyke bevindings gehad in Uganda waar jong meisies tradisioneel deur 'n ouer vrou of *senga* groot gemaak word, wat hul ook voorberei op die huwelik. Hierdie voorbereiding sluit in om meisies te leer hoe om hul labia te verleng, hoe om 'n goeie vrou te wees, hoe om die toekomstige man met respek te behandel en sy seksuelebehoefte te bevredig, ten einde te voorkom dat hy te veel buite-egtelike verhoudings het. Die doel van die *senga* is dus om meisies te leer hoe om 'n onderdanige monogame rol aan te neem. Die algemene aanname is dat mans van nature promisku is en dat dit kultureel geregverdig is vir hul om buite-egtelike verhoudings te hê. Daar word van 'n vrou verwag om getrou te wees aan haar man en ook sy buite-egtelike verhoudings te

aanvaar. Indien die vrou ongelukkig is met haar man se buite-egtelik verhoudings, kan sy poog om dit te voorkom deur haar man seksueel gelukkig te hou. Die klem val op seksuele bevrediging van die man, en hoewel die verlenging van die labia veronderstel is om ook die vrou se seksueleplezier te verhoog, is dit hoofsaaklik om die man seksueel aan te wakker. Gómez en Marín (1996:360) verduidelik dat vroue aanvaar dat die man sterk, onbeheerbare seksuelebehoefte het, en dat dit die vrou se plek is om hierdie behoeftes te vervul. Indien die vrou na sluiting van die huwelik nie haar seksuele aantreklikheid behou nie, is dit die man se reg om sy seksuelebehoefte elders as tuis te vervul. Laasgenoemde outeurs verduidelik verder dat Afrika-vroue dit moeilik vind om te onderhandel vir veiliger seks as gevolg van die magswanbalans tussen mans en vroue, veral wanneer daar seksuelebesluite geneem word. Die voorkoms van seksuele geweld in heteroseksuele verhoudings is ook algemeen, en die vrou sal dus eerder toegee aan die man as om veiliger seks voor te stel. Bogenoemde dui op die tekort in die aanleer van enige relevante vaardighede waardeur jong Afrika-vroue hulself teen MIV en VIGS kan beskerm. Hierdie opvoeding van vroue beperk verder enige moontlike onderhandelingsmag vir vroue.

'n Belangrike voorbeeld van bogenoemde tekort aan onderhandelingsmag vir vroue is 'n Zimbabwese vrou wat deur haar man met MIV geïnfecteer is. Sy verduidelik dat selfs nadat haar man oop sere aan sy penis ontwikkel het as gevolg van herpes, hy steeds geweier het om van kondome gebruik te maak nadat sy hom daarvoor gevra het. Haar man het haar daarvan beskuldig dat haar aanvraag op kondoomgebruik daarop dui dat sy in ander mans belangstel (Schoofs, 1999:3). Dit blyk hier dat kulturele-oortuigings rondom ontrouheid en kondoomgebruik in die Afrika-kultuur, vir die Afrika-man veel groter waarde aanneem as die belang van sy vrou se gesondheid. Hierdie oortuigings word dan ook deur die wanbalans in mag tussen mans en vroue, instand gehou. Uit bogenoemde blyk dit vir die navorser dat die Afrika-vrou se onderhandelingsvermoë rondom seksuelekwessies (en dus as seksuelewese) sterk verband hou met haar tradisionele opvoeding, en dat hierdie opvoeding direk spruit uit dit wat as toelaatbaar en as ontoelaatbaar beskou word binne die Afrika-kultuur, en dus ook die aard van seksuele interkassie bepaal. Gómez en Marín (1996:360) konstateer dat kulture met tradisionele geslagsrolnorme, gewoonlik oor die kleinste vermoë beskik om vroue te voorsien van vaardighede en houdings wat hul sou benodig om effektief te onderhandel vir veiliger seks.

Ten spyte van die dominerende en patriargalesistiem waarin die Afrika-vrou haarself bevind, behoort daar ook in ag geneem te word dat nie net jong meisies in Afrika kultureel opgevoed word om sekere waardes, norme, houdings, oortuigings, opinies en gedrag te onderhou nie, maar dat jong seuns in Afrika ook blootgestel word aan hierdie tipe van kulturele-opvoeding. Gupta (2000:12) konstateer dat gebruike en praktyke wat die vrou onderdruk en mans vasvang in skadelike seksuelegedrag, gebaseer is op bevooroordeelde interpretasies van kultuur wat baie noue belange dien. Gebruike en praktyke word geassosieer met manlike- en vroulikerolle, en in baie samelewings vandag word die regte en vryheid van individue tenagekom in terme van seksualiteit, en moedig dit die siklus van siekte en sterfte aan. Campbell (1995:198) verduidelik dat hoewel daar baie aandag geskenk word aan vroue se risiko vir MIV en VIGS, die ewigdurende tradisionele oortuigings rondom geslagsrolle gedien het om mans te bevry van enige verantwoordelikheid vir hul eie gesondheid en dié van hul vroulike seksmaats. Daar word op die onderhandelingsvermoë van vroue staatgemaak om met mans te kommunikeer vir veiliger seksuelegebruike, maar hierdie fokus is misplaas waar daar te veel staatgemaak word op individuele beheer sonder om sosio-kulturele beperkings in ag te neem. Campbell (1995:197) is dan oortuig dat werklike sukses behaal sal word in MIV- en VIGS-voorkoming wanneer daar gedragsverandering by manlike seksmaats voorkom. MIV en VIGS het dus die seksuelegedrag van mans en vroue ontbloom soos nooit voorheen nie. Die realiteit is dat mans optree soos wat hul geleer is, daar van hul verwag word en hul toegelaat word om op te tree. Daar is dus tradisies wat nie die betrokkenheid en vennootskap van mans in die stryd teen MIV ondersteun nie. Die navorser neem aan dat jong seuns dan die voorbeelde van ouer mans volg, maar dit blyk ook dat seuns in Afrika deur hul moeders opgevoed word om sekere houdings en gedrag te onderhou. Bogenoemde outeur verduidelik dat 'n Swart moeder wie se seun slegs een vrou gehad het waaraan hy getrou was, aan haar seun gevra of hy nie sterk genoeg is om meer vroue te hê nie, en waar sy as moeder verkeerd gegaan het met sy opvoeding.

Vroue in Afrika verkeer in omstandighede waar versteurde geslags- en magsverhoudings hul risiko vir MIV en VIGS verhoog, en hulle van min of geen vaardighede en houdings voorsien word om laasgenoemde aan te spreek nie. Scorgie (2002:59) konstateer dat die VIGS-epidemie in Suid-Afrika asook sosiale- en politiese onstabieleit, Afrikane terug lei om ondersoek in te stel na pragmatiese praktyke wat in

die verlede gebruik is, en nou op aandrang teruggebring word. Die navorser is van mening dat waar alle vorme van beskerming teen MIV en VIGS, seksueeloordraagbare infeksies en onbeplande swangerskappe gefaal het, vroue hul wend tot kultuur ten einde hulself te bemagtig. Daar word dan vervolgens gelet op die norm van maagdelikheid in die Afrika-kultuur as deel van vroue se seksuele-opvoeding. Hoewel maagdelikheidtoetsing in Suid-Afrika verban is, word die norm van maagdelikheid nie teengestaan nie.

5.2.2.1 Maagdelikheid

Scorgie (2002:61) verduidelik dat gedurende die negentiende en vroeë twintigste eeu, maagdelikheidtoetsing onder die Zoeloe- en Xhosa-sprekende populasies, gesinne in staat gestel het om 'n bietjie meer bruidskat te vereis waar die bruid steeds 'n maagd was. Maagdelikheidtoetsing het egter oor meer as net 'n bruidskat gegaan, en ook aangedui dat 'n meisie moreel suiwer was en gebruike onderhou en respekteer het. Voorhuwelikse seksuelegedrag was van groot belang in Zoeloe-gemeenskappe in pre-koloniale tye, sodat kinders binne sekere grense van die vaderlike lyn gebore sou word. Daar het wel seksuelekontak tussen adolessente voorgekom en dit is ook deur ouer persone aangemoedig solank hierdie kontak nie aanleiding gegee het tot swangerskap nie. Deur middel van nie-penetrerende inter-afhanklike seks of *ukusoma* is daar 'n onderskeid getref tussen seksualiteit en vrugbaarheid. Scorgie (2002:64) konstateer verder dat die assosiasie tussen maagdelikheid, trots en waardigheid ook vandag van groot belang is in die maagdelikheidtoetsingbewegings. Die vermyding van seksuele-omgang hou verband met die onderhouding van “*embodied integrity*”. Seksueleweerhouding opsigself omvat dus baie meer as net voorkoming van swangerskap, seksueeloordraagbare infeksies en MIV. Daar word gemeen dat 'n meisie wat van jongs af seksueel-aktief is, oud word voor haar tyd. Jong meisies word dus aanbeveel om hulself te bewaar. Duidelike onderskeid word ook getref ten opsigte van die gebruik van kondome, en daar word genoem dat kondome nie die verlies aan maagdelikheid sal voorkom nie, maar gebruik word om seksueel oordraagbare infeksies en MIV te voorkom. Die norm van maagdelikheid hou volgens die navorser belangrike voordele in vir jong vroue. Maagdelikheidtoetsing het egter 'n omstrede saak geword in Suid-Afrika oor die afgelope aantal jare.

Scorgie (2002:55) verduidelik dat gemeenskappe verdeel is in opinie oor of maagdelikheidstoetsing 'n wyse is waarop MIV beveg kan word en of dit 'n skending van die individu se privaatheid is. Maagdelikheidstoetsing word oor die afgelope aantal jare deur plaaslike gemeenskappe uitgebeeld as 'n wyse om MIV te voorkom, tog het die infeksiekoers onder jong Afrikane in hierdie tydperk meer toegeneem as ooit voorheen. Pro-maagdelikheidstoetsing ondersteuners in Suid-Afrika bestaan uit verskeie groepe wat hoofsaaklik goed opgeleide manlike “*African renaissance*” voorstanders is, insluitende ministers van die nasionale en provinsiale regering, amptenare in die Departemente van Opvoeding en Gesondheid, nie-regeringsorganisasies wat die herontdekking van Afrika-tradisies en kennis sisteme voorstaan, en direkteure van organisasies wat MIV-bewustheidsprojekte befonds. Maagdelikheidstoetsing word ook deur veral plattelandse Swart vroue, wat die mees gemarginaliseerde groep in Suid-Afrika is, aangehang (Leclerc-Madlala, 2001:4). Leclerc-Madlala (2001:3) verduidelik verder dat maagdelikheidstoetsing deur die bogenoemde groepe gesien word as die enigste wyse waardeur die verlore kulturele waarde van voorhuwelikse kuisheid weer ingestel kan word. Laasgenoemde word gesien as uitweg om tiener swangerskappe, seksueeloordraagbare infeksies en MIV en VIGS te voorkom.

Dit blyk dat veral ouer vroue voorstanders is van maagdelikheidstoetsing. Scorgie (2002:59) dui aan dat beide maagdelikheidstoetsers en jong meisies wat toetsing ondergaan, uit gesinne kom waar daar 'n vrou aan die hoof van die gesin staan. Hierdie gesinne bestaan hoofsaaklik uit jong ongetroude meisies met kinders van hul eie, en word gekenmerk aan die aantal generasies wat daar binne een gesin waargeneem kan word. Die klem wat daar deur ouer vroue op die belang van maagdelikheid geplaas word, hou dus grootliks verband met hul eie ekonomiese oorlewing binne hierdie gesinne. Daar word gepoog om beheer uit te oefen oor die aantal swangerskappe onder jong meisies, en terselfdetyd jong meisies te beskerm ten einde later 'n goeie status te hê wanneer daar 'n huweliksaanbod gemaak sal word. Dit blyk ook volgens Leclerc-Madlala (2001:3) dat die mate waartoe hierdie ekonomiesedruk strek, ernstige negatiewe implikasies inhou waar moeders en grootmoeders as enkelouers optree in hierdie gesinne, en verantwoordelik is vir die versorging van hul eie kinders asook hul kleinkinders. In baie gevalle het hierdie kinders se ouers reeds afgesterf as gevolg van MIV en VIGS en is die grootmoeder

verantwoordelik vir hul versorging, ten spyte van die klein maandelikse pensioen wat sy mag ontvang. Scorgie (2002:59) verduidelik dan ook dat die meeste vroue wat as maagdelikheidstoetsers by maagdelikheidstoetsing betrokke raak, noem dat hul keuse gebaseer is op jong meisies se kwesbaarheid vir MIV. Hierdie keuse hou egter ook verband met die verlies aan kultuur en 'n behoefte om ouer praktyke terug te bring, en meer ouerlike beheer uit te oefen oor die jeug. Baie vroue raak ook betrokke as maagdelikheidstoetsers as gevolg van groot getalle buite-egtelike kinders wat gebore word. Laasgenoemde gee aanleiding daartoe dat die versorging en ondersteuning van hierdie kinders nie by die jong moeders lê nie, maar soos reeds genoem oorgelaat word aan ouer vroue, veral die grootmoeder wat onder ernstige druk geplaas word as gevolg van hul dogters se “onverstandigheid”. Dit blyk vir die navorser dat vroue wat voorstaanders van maagdelikheid en maagdelikheidstoetsing is, dit moontlik beskou as die enigste wyse waarop hul jong vroue kan bemagtig en beskerm. Kultuur mag moontlik ook die enigste bekende wyse wees vir hierdie vroue om MIV en VIGS, seksueeloordraagbare infeksies en vroeë of onbeplande swangerskappe te voorkom. Die norm van maagdelikheid as deel van jong vroue se seksuele-opvoeding, voorsien ouer vroue, moeders en grootmoeders dus van 'n wyse om beheer uit te oefen oor bogenoemde.

Maagdelikheidstoetsers is van mening dat selfrespek en waardigheid aan gemeenskappe terug gegee kan word deur middel van maagdelikheidstoetsing. Ouers het sodoende ook beheer oor hul kinders om nie te jonk seksueel-aktief te raak nie. Die bewaring van seksuele onskuld word dus deur ouers beskou as 'n logiese wyse waardeur daar na kinders omsien kan word. Waar hierdie seksuele onskuld as sinoniem gesien kan word met die voorkoming van MIV en sterfte, neem dit selfs groter waarde aan in die oë van die ouer wat na haar kind omsien. VIGS-intervensie hou dus verband met seksuele verantwoordelikheid en is die rede vir die sterk herlewing van die maagdelikheidstoetsingbeweging (Scorgie, 2002:65). Die norm van maagdelikheid hou volgens die navorser belangrike voordele in vir jong vroue, maar maagdelikheidstoetsing opsigself word deur verskeie groepe beskou as negatief. Anti-maagdelikheidstoetsingsgroepe in Suid-Afrika is hoofsaaklik vroulike groepe wat onder andere lede van die Menseregte Kommissie asook die Kommissie vir Geslagsgelykheid insluit. Volgens hierdie groepe is maagdelikheidstoetsing niks minder as 'n nuwe vorm van oortreding en geweld teenoor vroue nie. Hierdie groepe

is van mening dat maagdelikheidstoetsing teen die individu se konstitusionele reg tot privaatheid en liggaamlike integriteit gaan, en gesien kan word as geslagsdiskriminasie (Leclerc-Madlala, 2001:4). Die navorser is van mening dat hierdie opinies veral verband hou met die wyses waarop maagdelikheidstoetsing onderneem word.

Scorgie (2002:58) verduidelik die prosedures wat gevolg word tydens maagdelikheidstoetsing:

- Meisies word eerstens gevra om in rye langs mekaar te staan en dan op strooi matjies te gaan lê.
- Daar word gevra dat die meisies hul bene oopmaak waarna die *umhloli* of maagdelikheidstoetsers vinnig na elke meisie se geslagsdele kyk en 'n uitspraak lewer. Soms sal die maagdelikheidstoetsers haar hande gebruik om die meisie se labia weg te trek.
- Die maagdelikheidstoetsers kyk na die *ihlo* of oog wat ook vertaal kan word as die maagdevlies, wat veronderstel is om by inspeksie deur die maagdelikheidstoetsers met 'n vlies bedek te wees. Hierdie vlies staan bekend as die *umhlumbi* en dui aan dat die meisie 'n maagd is.
- Die ondersoekte meisie word dan verklaar as *iyagcwele* of vol, wat dui daarop dat haar pa se beeskraal vol beeste sal wees as bruidskat omdat sy as maagd sal trou, en dus baie beeste werd sal wees. Met elke verklaring dat 'n meisie nog 'n maagd is sal die groep uitroep en die meisie geluk wens. Meisies wat die toets deurkom word van 'n sertifikaat voorsien en wit klei word op die voorkop gesmeer. Die sertifikate wat na afloop van maagdelikheidstoetsing aan maagde gegee word, sluit dan ook frases in soos “weg met VIGS” en “weg met tuisgeboortes”.
- Meisies wat die toets faal word deur die maagdelikheidstoetsers opsy geneem en ondervra. Hier poog die maagdelikheidstoetsers om uit te vind of die meisie gewilliglik seksuele-omgang gehad het, met wie die meisie omgang gehad het en of sy dalk seksueel aangerand is. Die maagdelikheidstoetsers lig die meisie dan verder in oor hoe om haarself in die toekoms van seksuele-omgang te weerhou. Hoewel maagdelikheidstoetsers van mening is dat daar so min moontlik aandag gevestig word op meisies wat nie die toets slaag nie, blyk dit dat die vermyding van stigmatisering van hierdie meisies moeilik is. Die maagdelikheidstoets fokus

dus aandag op aspekte wat voorheen onbekend was, en maak openbaar wat tot op daardie punt net aan die meisie bekend was. Meisies wat die toets faal kan nie aandag ontsnap nie. Die uitdeel van sertifikate en merk van die voorkop skep dus 'n herkenbare sosiale en konseptuelekategorie van maagde.

- In geval van verkragting meen die maagdelikheidtoetsers dat hul kan sien of die meisie slegs 'n enkele keer aan seksuele-omgang blootgestel is. Maagdelikheid, of eerder die verlies daarvan word nie beskou as 'n oomblik van geen terugkeer nie. Meisies kan hulself “vrykoop”. 'n Meisie wat voorheen seksueel-aktief was kan 'n sekondêre maagd word deur haarself van seksuele-omgang te weerhou. Die intensie aan die kant van die meisie is dus van groot belang wanneer haar status as maagd geëvalueer word. Die meisie se aktiewe begeerte omskep maagdelikheidtoetsing dus in meer as net die voorkoms van 'n maagdevlies. Die kriteria om die maagdelikheidtoets te slaag of te faal is dus nie onbetwisbaar nie (Scorgie, 2002:69).

Waar die norm van maagdelikheid volgens die navorser belangrike voordele inhou vir jong vroue, kan die reg op persoonlike waardigheid van die individu nie uit die oog verloor word wat maagdelikheidtoetsing aanbetref nie. Scorgie (2002:68) verduidelik dat die praktyk van maagdelikheidtoetsing ook klem plaas daarop dat die meisie alleen verantwoordelik is daarvoor om haar maagdelikheid te behou, aangesien daar 'n aanname gemaak word dat dit altyd die seun is wat seksuelevoorstelle maak en nooit die meisie nie. Meisies staan egter nie altyd ongeneë teenoor hierdie seksuelevoorstelle nie en mag dit moontlik self inisieer, wat 'n aspek is wat glad nie deur maagdelikheidtoetsers in ag geneem word nie. Die pro-maagdelikheidtoetsingsbeweging funksioneer dus uitsluitlik op die aanname dat meisies geteiken behoort te word ten einde patrone van seksuelegedrag te verander, en staan paradoksaal teenoor meisies se “totale onkunde” oor seksuelekwessies. Daar word dus geglo dat seuns slegs bereik kan word in die bekamping van MIV deur middel van meisies se weiering om seksuele-omgang te hê. Dit is moeilik om die versterking van dubbelstandaarde wat deur maagdelikheidtoetsing na vore gebring word, te ignoreer. In hierdie konteks van blamering en die onderhouding van sekere aannames oor jong meisies, is dit duidelik dat jong meisies wat veronderstel is om verantwoordelik te wees vir die voorkoming van swangerskap, seksueleoordraagbare

infeksies en MIV, dan ook geblameer sal word vir die verspreiding van MIV. Die navorser is van mening dat laasgenoemde daarop dui dat selfs waar Afrika-vroue deur middel van kulturelenorme soos maagdelikheid, poog om seksueeloordraagbare infeksies en MIV te beveg, die wanbalans in geslags- en magsverhoudings tussen mans en vroue weer na vore tree. Scorgie (2002:68) konstateer dat jong seuns totaal geïgnoreer word in die maagdelikheidtoetsingbeweging en alle verantwoordelikhede by die meisie lê. Hierdie meisies sal later wel trou, en die huwelik opsigself kan slegs vir 'n kort tydperk veilige seksuele-omgang bied, met inagnome dat egpare dikwels apart leef en mekaar vir lang tydperke nie sien nie. Hoewel maagde nie van kondome gebruik mag maak nie, aangesien hul volgens maagdelikheidtoetsers maagde is, word daar wel genoem dat getroude vroue soms kondome mag gebruik.

Die titel van maagd opsigself hou ook vir meisies groot gevaar in. Leclerc-Madlala (2001:6) noem dat Suid-Afrika van die wêreld se hoogste verkrachtingsyfers het, en dat die klem en verantwoordelikheid wat maagdelikheidtoetsers dan op meisies plaas om hul maagdelikheid te behou, die fokus mag wegskuif vanaf die werklike kragte wat die MIV-epidemie in Suid-Afrika aandryf, naamlik die ander helfte van die heteroseksuele populasie. Armstrong (2001:6) het bevind dat die meerderheid Swart vroue in Suid-Afrika hul maagdelikheid na aanleiding van verkrachting verloor. Daar word dan vervolgens gelet op die vrou as seksuelewese en verkrachting, terwyl daar ook spesifiek gelet sal word op die verkrachting van maagde.

5.2.3 Die vrou as seksuelewese en verkrachting

Volgens Armstrong (2001:6) kan verkrachting gesien word as die sterkste demonstrasie van vroue se magteloosheid en tekort aan beheer oor hul eie seksualiteit. Hierdie magteloosheid word verder gesien as een van die grootste dryfvere agter die VIGS-pandemie. Die navorser is van mening dat kwessies rondom die vrou se magteloosheid en seksualiteit veral verband hou met die vrou se rol as seksuelewese en dus onder hierdie rol bespreek behoort te word. Verkrachting hou egter nie alleenlik verband met vroue se risiko vir MIV nie, maar kan ook meer ernstige gevolge vir vroue inhou. In 'n koerant artikel *A time to Reflect on Women's Safety in SA* (Ellis, 2004:13) word die volgende genoem:

...remember the murder of Nompumelelo Lorraine Ngxiki, who was assaulted in May 1998 by unknown attackers. Her leg was broken and her jaw was fractured. She had bleeding head wounds. She was naked. It was raining and she was lying outside in the cold. Nompumelelo was found by two men in Gugulethu near Cape Town. They took her home, washed the blood and sand from her body and then they raped her. When the first man started raping her, she started crying. He beat her and closed her mouth with his hand. While the second attacker was busy raping her, she died. They dragged her body out of the house and left her on the pavement. Then they went drinking. She was only a woman, they said.

Wanneer daar gekyk word na die syfers van verkragting in Suid-Afrika, blyk dit volgens ouer studies soos die van Armstrong (2001:6), dat ongeveer 370 000 vroue per jaar verkrag word— dit wil sê elke een en 'n half minuut word daar 'n vrou in Suid-Afrika verkrag. Navorsers het bepaal dat 'n gesonde vrou se kans om met MIV geïnfekteer te word deur 'n man gedurende 'n enkele daad van vaginale omgang, tussen 1 uit 250 tot 1 uit 500 is. Verkragting maak egter hierdie kans om MIV op te doen baie groter, aangesien daar geen lubrikasie is nie en wrywing wat aanleiding gee tot bloeding, die risiko op infeksie verhoog. Dié risiko verhoog ook wanneer anale-omgang voorkom, aangesien skeuring van weefsel makliker voorkom, of waar een van die partye alreeds 'n seksueel oordraagbare infeksie het. Seksueel oordraagbare infeksies skep vrugbare omstandighede vir die oordraging van MIV, en die kans om MIV op te doen word tussen 3-20 keer hoër (Armstrong, 2001:8). Daar behoort verder in ag geneem te word dat die verkragter se kans om self MIV-positief te wees redelik hoog is, en dat daar ook 'n kans bestaan dat 'n vrou meer as een keer verkrag kan word. Armstrong (2001:8) verduidelik dat baie vroue blootgestel word aan bende verkragting oor dae en selfs maande, en in geval van huweliksverkragting word vroue vir jare herhaaldelik blootgestel aan infeksie. Wat die MIV-status van die verkragter aanbetref verduidelik Armstrong (2001:8) dat veral in gemeenskappe wat alreeds swaar geteister word deur MIV en waar verkragting algemeen voorkom, verkragting beskou word as roete vir MIV-oordraging. Priscilla Alexander van die *High Risk Behaviour Unit* van die *World Health Organisation* meen dat die kans vir 'n man of 'n vrou om deur iemand verkrag te word wat alreeds MIV-positief is, relatief groot is. Dr. Bomvana van die Chris Hani Baragwanath Hospitaal in Soweto noem dat die grootste vrees onder sy pasiënte is dat hul MIV sal opdoen. Hy meen verder dat die kans vir 'n vrou om meer as een keer 'n verkragtingslagoffer te wees, baie werklik is. Dr. Esu-Williams van die *Society of Women and AIDS in Africa* (SWAA) is van mening dat geforseerde seksuele-omgang nog nie voldoende aangespreek is

nie, en indien daar enige data beskikbaar sou wees, dit aanduidend sou wees van 'n belangrike roete van MIV-oordraging (Norman, Studd & Johnson, 2001:2).

Ten einde verkragting in Suid-Afrika beter te verstaan kan daar na die definisie van verkragting gekyk word. Jewkes (2004:4) verduidelik dat verkragting volgens die Suid-Afrikaanse Wet die volgende insluit:

- Seksuele-omgang is onwettig wanneer daar “*nie vrylik toestemming gegee word nie*” wat byvoorbeeld dwang, dreigemente, mishandeling, misbruik van gesag, die gebruik van dwelms ensovoorts insluit. Verder sluit dit ook valse voorwendsel en seksuele-omgang met 'n persoon wat nie die daad kan begryp nie, in.
- Bogenoemde is geslagneutraal en sluit dus ook die verkragting van mans in.
- Penetrasie van geslagsorgane, die mond of anus word hierby ingesluit.

Die motivering vir verkragting mag veral vir die vrou as seksuelewese van belang wees, ten einde haar kwesbaarheid in hierdie rol beter te verstaan. Daar word vervolgens kortliks gelet op die motivering agter verkragting. Waar verkragting verband hou met **seksuele bevrediging** kan die volgende genoem word:

- Uit 'n evolusie perspektief word verkragting deur die man gebruik as 'n aanpassende paringstrategie om te kompenseer vir die tekort aan geleenthede tot seksuele-omgang waar toestemming verleen word (Thornhill en Palmer in Chiroro, Bohner, Viki & Jarvis, 2004:429).
- Uit 'n koste-voordeel benadering word verkragting deur die verkragter toegepas as wyse waarop seksuele bevrediging teen lae koste bekom kan word (Medea en Thompson in Chiroro *et al.*, 2004:429).

Waar verkragting verband hou met **mag** kan die volgende genoem word:

- Uit 'n feministiese oogpunt lê die motivering vir verkragting by die konsep van mag, waar verkragting as een van verskeie wyses deur mans gebruik word ten einde hul status-hiërargie te onderhou en af te forseer tot hul eie voordeel en tot die nadeel van vroue (Chiroro *et al.*, 2004:429).
- Jewkes (2000:9) verduidelik dat die probleem rondom verkragting gewortel is in die bestaande magswanbalans tussen geslagte, waar mans die idee onderhou dat hul beheer moet uitoefen oor vroue en geregtig is tot seksueletoegang tot vroue.

Waar verkragting verband hou met **dwelm- en alkoholgebruik** kan die volgende genoem word:

- Hewige alkohol en dwelmgebruik word direk verbind met die voorkoms van verkragting (Jewkes, 2000:9). Studies dui verder op 'n definitiewe verband tussen alkoholgebruik en toenemende vlakke van MIV in Suid-Afrika (Campbell, 2003:147).
- Baie verkragtingsgevalle is spesifiek dwelm-verbandhoudend waar veral dagga gemeng met verpoeierde *mandrax*, gebruik word. Laasgenoemde wat gedurende die 1980's aanvang geneem het, en vandag 'n groot probleem in Suid-Afrika se *ghettos* is, maak die gebruiker baie aggressief. Jong verslaafdes verduidelik dat dit hul moet gee om te doen wat hul moet doen, naamlik roof en verkrag (Norman *et al.*, 2001:2).

Waar verkragting verband hou met **subkulture** kan die volgende genoem word:

- Verkragting word gesien as grootliks beïnvloed deur 'n kultuur van geweld wat voorkom in die Suid-Afrikaanse samelewing (Jewkes, 2000:9).
- In Suid-Afrika se *townships* het mense hul algemene waardes verloor. Die rolmodelle vir jong seuns is jong mans met masjiengewere wat bekom wat hul benodig deur dwang (Norman *et al.*, 2001:2).
- Verkragters in Suid-Afrika word beskryf as promisku, en verkragters self sien verkragting as 'n lewenswyse wat hul volg (Norman *et al.*, 2001:2).
- Jong *jack rollers* (die naam wat gegee word aan bendes bestaande uit jong mans wat meisies ontvoer en verkrag) in Soweto meen dat vroue wat alleen na kroëë gaan “*want it rough and ready and know where to get it*” (Norman *et al.*, 2001:2).
- 'n Klimaat van verdraagsaamheid teenoor verkragting bestaan in Suid-Afrika en word weerspieël deur die onsimpatieke hantering hiervan deur die polisie, ligte vonnisse aan verkragters, druk wat deur families op vroue geplaas word om nie 'n klag teen die oortreder te lê nie, en in ekstreme gevalle die tekort aan gemeenskapsanksies teen mans wat vroue tot seks forseer (Jewkes, 2000:9).
- Jong seuns dink dat verkragting 'n speletjie is en verklaar hulself openlik ten gunste van geweld (*Departement van Maatskaplike Ontwikkeling*, 2001:56).

Waar verkragting verband hou met die **Afrika-kultuur** kan die volgende genoem word:

- Verkragting van jong meisies kom voor waar daar onder Afrikane geglo word dat seksueeloordraagbare infeksies soos MIV en VIGS daardeur genees kan word. Laasgenoemde spruit onder andere uit kultureledruk (Esu-Williams, 2000:124; Gupta, 2000:5; Kott, 2002:22).
- Daar bestaan in die Afrika-kultuur 'n tendens onder mans om te glo dat vroue wat “nee” sê wel “ja” bedoel. Laasgenoemde staan ook bekend as *scripted refusal* (Lear, 1995:1315). Hierdie tendens word vervolgens kortliks bespreek.

Lear (1995:1315) konstateer dat ten spyte van meer seksueelvryheid vandag, voel vroue steeds verplig om aan 'n nuwe seksmaat te sê dat hul nie seksuele-omgang wil hê nie, terwyl hulle wel wil. Mans leer dus om 'n weiering vir seks nie as definitief te aanvaar nie. Onder vroue in hierdie studie wat *scripted refusal* voorgehou het en daarna wel seksuele-omgang gehad het, het die meerderheid negatief gevoel, terwyl hul van opinie was dat hul seksmaats aansienlik meer positief gevoel het as wanneer seksuele-omgang nie sou voorkom nie. Die enigste faktor wat *scripted refusal* kan voorspel is vroue se persepsie van hul seksmaats se aanvaarding van dié dubbelstandaard. Mans dra meer by tot hierdie dubbelstandaard as vroue, en vroue is oortuig dat mans hierdie dubbelstandaard selfs meer as vroue aanvaar. Indien vroue “nee” sê maar “ja” bedoel en dan seksuele-omgang toelaat word dit vir mans onmoontlik om tussen *scripted refusal* en verkragting te onderskei.

Die navorser is van mening dat *scripted refusal* direk terug gelei kan word na sekere kulturelegebruike in die Afrika-kultuur. Die volgende voorbeeld word hiervoor aangevoer:

Jonger meisies in tradisionele kulture soos die Zoeloe-kultuur word deur ouer meisies verbied om met seuns te praat, en selfs wanneer 'n seun 'n meisie hardhandig aan die arm sal neem sodat sy met hom moet praat, sal sy steeds weier. Hierdie kode van stilswye teenoor seuns word so streng onderhou dat 'n meisie nie eens vir 'n seun sal vra om haar uit te los nie, maar eerder doodstil sal bly. Na 'n tydperk word toestemming aan meisies verleen om met seuns te praat en die meeste meisies sal dan 'n seun antwoord deur te sê “los my uit, ek hou nie van jou nie”. Die meisie sal dus

maak of sy kwaad is en nie van die seun hou nie, maar dit slegs doen aangesien sy nog nie toestemming gekry het om 'n seunsvriend te kies nie, maar hom nou wel mag antwoord. Na nog 'n periode van ses maande tot 'n jaar mag die meisie 'n seunsvriend kies. Die wyse waarop sy 'n seun sal laat weet dat sy hom as haar seunsvriend gekies het is deur te sê “jy kan my nou alleen laat, wat meer wil jy hê moet ek sê?”. Die seun sal dan baie gelukkig wees en die meisie bedank. Wanneer die meisie rivier toe gaan sal sy 'n jonger meisie van nege of 10 saamneem wat dan beveel word om die seunsvriend 'n pak slae te gee wanneer hy verby stap. Laasgenoemde is 'n teken dat die seun definitief deur die meisie aanvaar is. Hierdie stappe kom egter nooit voor wanneer 'n meisie nie 'n seun aanvaar het nie. Om 'n seunsvriend of minnaar te aanvaar is 'n belangrike stap in die Zoeloe-kultuur, aangesien 'n meisie dit slegs eenmaal mag doen. Na afloop van ongeveer drie maande sal die seunsvriend die meisie nader en vra of hy eksterne seks met haar mag hê. Hierdie aanbieding word selde afgewys, want hoewel dit nie eintlik mag gebeur nie, sal selfs die ouers alles in hul vermoë doen om dit te bewerkstellig. Dit is egter slegs toelaatbaar waar die seun en die meisie as voldoende verloof beskou word. Indien 'n meisie sou swanger raak sou haar ouers poog om so gou as moontlik iemand te vind om met haar te trou. Maagdelikheid gedurende hierdie tyd van 'n meisie se lewe is van groot belang, en indien iemand na 'n meisie verwys as *isiGalagala* of *isiHobo* word dit beskou as die grootste moontlike belediging aangesien dit beteken “'n meisie wat oormatige seksuele-omgang gehad het”. Indien 'n meisie nie 'n seun as haar seunsvriend of verloofde wil aanvaar nie, maar die seun gedetermineerd is om met haar te trou, sal hy 'n groep vriende beplan om die meisie te ontvoer. Nadat die meisie ontvoer is sal sy die drag van 'n getroude vrou aantrek en seksueel geforseer word deur die seun (Krige, 1988:104-105).

Bogenoemde is vir die navorser aanduidend van 'n kulturele geskiedenis van dubbelsinnige boodskappe en seksuele forsering in die Afrika-kultuur. Hoewel bogenoemde situasie nie noodwendig meer vandag so streng voorkom nie, mag hierdie dubbelsinnige boodskappe moontlik oor generasies deurgesyfer het en vandag steeds deur Afrika-mans onderhou word, selfs al is dit buite die streng tradisionele konteks waarin dit voorheen bestaan het. Die navorser is dan van mening dat daar 'n definitiewe verband bestaan tussen jong meisies se seksuele-opvoeding en die

voorkoms van verkragting. Chiroro *et al.* (2004:439) verduidelik dat Afrikane ook meer tradisionele sienings het van verhoudings tussen mans en vroue, as Europeërs. Hierdie verskille wat aspekte soos verkragtingsneigings, verkragting-miteaanvaarding (*rape myth acceptance* of RMA), verwagte seksueleopwekking en die plesier van seksuele dominansie insluit, hou verband met kulturele verskille waar norme aanleiding gee tot die negatiewe houdings teenoor vroue. Chiroro *et al.* (2004:430) maak dit egter duidelik dat verkragtingsmites slegs as regverdiging en rasionalisering vir verkragters dien, en dat die werklike motief eerder die begeerte is om vroue te domineer. Dugan en Apel (2003:973) verduidelik dat dit van belang is om rasse en etniese kultuurverskille in ag te neem wanneer daar gekyk word na teorieë van algemene geweld teen vroue. Dit blyk dat verskille in kulturelekonteks ook verskillende vroue meer kwesbaar maak vir verskillende tipes geweld. Ras word dan gesien as 'n proksie vir die verskille in kulturelekwesbaarheid.

Tradisioneel is daar in die verlede streng standpunte ingeneem teenoor verkragting. Daar kan byvoorbeeld gekyk word na verkragting wat tradisioneel onder die Zoeloes gestraf is met 'n boete en selfs die dood (Krige, 1988:228). Onder die Tswana is verkragting ook tradisioneel met die dood gestraf en later deur die oplê van 'n boete en lyfstraf aan die verkragter (Schapera, 1970:260). Die Pedi glo dat verkragting nie sommer sal voorkom sonder dat die verkragter deur 'n vrou uitgelok of aangemoedig was nie. Waar verkragting wel voorgekom het moes die vrou daadwerklik haar vader of voog daarvan inlig, andersins is sy gesien as 'n gewillige deelnemer (Mönnig, 1983:326). Laasgenoemde houding teenoor die vrou se aandeel in verkragting word tans steeds in Suid-Afrika onder sekere Afrikane gevind. Politici soos Musa Myeni van die Inkatha Vryheid Party het byvoorbeeld genoem dat vroue hulself blootstel tot gevaar deur snags laat rond te gaan, en dat die onbetaamlik ontbloting van hulself 'n bydraende faktor tot verkragting mag wees (Norman *et al.*, 2001:2). Die skuld vir geweldsmisdade word dus na vroue verskuif, sonder om in ag te neem dat daar sekere wetlike- en morele regte bestaan waardeur vroue beskerm behoort te word. Die vrou in haar rol as seksuelewese word dan duidelik meer kwesbaar vir MIV en VIGS.

5.2.3.1 Die verkragting van maagde en kinders/babas

Jewkes (2000:9) konstateer dat die verkragting van kinders oor die afgelope aantal jare verdubbel het. Galloway (2002:4) verduidelik dat kinder- en babaverkragting geassosieer word met 'n hoë risiko vir MIV-oordraging, veral waar uitgebreide beserings voorkom. Verkragting van jong meisies kom voor waar daar onder Afrikane geglo word dat seksueeloordraagbare infeksies soos MIV en VIGS daardeur genees kan word (Esu-Williams, 2000:124; Gupta, 2000:5; Kott, 2002:22). Wanneer daar gekyk word na die verkragting van maagde hou dit nie alleen verband met mites rondom MIV-genesing nie, maar blyk dit volgens Armstrong (2001:8) dat die meerderheid verkragtingslagoffers adolessente is, as gevolg van seksoortreders se oortuiging dat jonger vroue se kanse om self MIV en VIGS te hê, baie kleiner is. Liebenberg (2005:6) verduidelik egter dat ander mites rondom seks met jong meisies aanvang geneem het in Suid-Afrika, waar daar geglo word dat dit welvaart en rykdom sal meebring. Hierdie mite het in so mate pos gevat dat die polisie van die Kwa-Zulu-Natalse Noordkus die populasie moes waarsku daarteen, en ouers aangeraai is om hul kinders touwys te maak oor hoe om verkragting te probeer vermy. Norman *et al.* (2001:2) konstateer dat ongeveer die helfte van Soweto se verkragtingslagoffers onder die ouderdom van 15 jaar is en 40% verkragtingslagoffers baie jong kinders is, wat ook kleuters insluit. Armstrong (2001:8) verduidelik dat dit juis die slagoffer se ouderdom is wat haar meer kwesbaar maak vir MIV waar die oortreder reeds MIV-positief is. Adolessente meisies se risiko vir seksueeloordraagbare infeksies soos MIV is groter as enige ander vroulike ouderdomsgroep se risiko. Oppervlakselle van die onvolwasse genitalieë van die adolessent is 'n minder effektiewe versperring teen MIV, as die van 'n volwasse vrou. Verder produseer adolessente ook minder slym wat die genitalieë kan smeer en beskerm.

Galloway (2002:4) is van mening dat die verkragting van kinders en babas nie verband hou met die oortuiging dat die verkragting van 'n maagd MIV en VIGS kan genees nie, aangesien slegs een oortreder in dié outeur se studie genoem het dat hy in die mite glo. Die navorser stem egter nie saam met bogenoemde outeur se opinie wat gebaseer is op die enkele oortreder wat in hierdie mite glo nie. Meer omvattende studies soos die van Chiroro *et al.* (2004:439) dui daarop dat verkragters geneig is om 'n meer sosiaal aanvaarbare antwoord te gee wanneer daar gevra word waarom verkragting voorgekom het. Die navorser is dus oortuig dat die meerderheid

verkragters nie sal noem dat die verkragting van 'n kind of baba voorgekom het ten einde MIV en VIGS te genees nie, om die volgende redes:

- Aangesien die verkragter bewus mag wees dat hierdie antwoord sosiaal onaanvaarbaar is.
- Aangesien die verkragter bewus mag wees dat hy negatiewe mites van sy eie kultuur daardeur erken.
- Aangesien Afrikane geneig is om MIV en VIGS ernstig te stigmatiseer, en die verkragter moontlik nie 'n positiewe serostatus so openlik bekend sal maak as motivering vir verkragting nie.

Die navorser is van mening dat daar onder die verkragting van maagde, kinders en babas veral gelet behoort te word op ouerlike toesig. Liebenberg (2005:6) verduidelik dat in omstandighede waar verkragting voorkom as gevolg van mites, die polisie ouers vra om ten alle tye ingelig te wees van waar hul kinders is. Volgens die navorser kan hierdie aspek weer verbind word met die vrou se rolle as broodwinner en enkelouer waar ouers geforseer word om hul kinders in ander se toesig te laat waar ouers 'n inkomste moet verdien, en moontlik nie die nodige dagsorg kan bekostig nie. Daar kan byvoorbeeld gelet word op die geval van die verkragting van 'n twee maande oue baba gedurende 2002 in Port Shepstone. Green (2002:2) verduidelik dat die moeder haar baba in die sorg van een van die vroue in die area gelaat het, waarop die baba deur twee mans verkrag is. Daar word ook genoem dat alkoholgebruik by al drie partye voorgekom het gedurende hierdie misdaad. Daar word vervolgens gelet op die verkragting van skoolgaande meisies deur onderwysers en bendes.

5.2.3.2 Verkragting van skoolgaande meisies deur onderwysers en bendes

Galloway (2002:4) verduidelik dat skole 'n plek van terreur geword het vir jong meisies. Hierdie is egter nie 'n verskynsel wat slegs in Suid-Afrika gevind word nie, maar ook in ander Afrika-lande soos Kenia. Armstrong (2001:6) beskryf die gebeure gedurende 1991 in Meru, Kenia waar 70 meisies deur hul manlike klasmaats verkrag is, en 19 meisies in dié aanval dood agtergelaat is. Hoewel daar nie van sulke gevalle in Suid-Afrikaanse skole melding gemaak word nie, is die risiko vir verkragting van skoolgaande adolessente meisies steeds groot. Daar word vervolgens eerstens gelet op die verkragting van skoolgaande meisies deur onderwysers.

Die nasionaal verteenwoordigende *South African Demographic and Health Survey* het bevind dat die verkragting van een derde van alle meisies onder 15 jaar, deur onderwysers gepleeg word (Jewkes, 2000:9). Die Mediese Navorsingsraad se Geslag en Gesondheid Groep noem ook dat hul bevindings aandui dat die verkragting van veral skoolgaande meisies 'n substansiële publieke gesondheidsprobleem in Suid-Afrika is (Galloway, 2002:4). Galloway (2000:6) het soorgelyke bevindings as die van Jewkes (2000:9) gehad en dui aan dat 90% vroue wat by die studie betrek is voor die ouderdom van 15 jaar verkrag is. In 33% gevalle was die verkragter 'n onderwyser. Soos reeds verduidelik is 'n adolessente meisie se kans om MIV op te doen baie hoog, maar behoort daar ook na ander samehangende gevolge van verkragting gekyk te word. Galloway (2002:4) verduidelik dat dit nie alleen die adolessente meisie se liggaam is wat geskend word nie, maar ook haar reg tot onderrig. Onderrig mag direk onderbreek word waar die adolessent swanger raak of siek word, wat langtermyn gevolge inhou vir haar sosiale- en ekonomiese ontwikkeling. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:56) verduidelik dat hoewel swanger adolessente deur die Wet toegelaat word om hul skoolopleiding te voltooi, daar gevalle is waar gemeenskapsbeheer oor skole veroorsaak dat hierdie reg van meisies ontnem word. Ander gevolge van die verkragting van jeugdige is die tendens tot onveilige seksuelegebruik in hul later jare.

Laasgenoemde tendens hou volgens die navorser veral verband met selfbeeld en Galloway (2002:4) verduidelik dat dit praktyke soos meervoudige seksmaats, deelname aan kommersiële sekswerk en toenemende risiko vir verkragting as volwassene insluit. Hierdie verraaiing van vertroue en die bestaande ongelyke magverhoudings is 'n groot kommer in gevalle waar onderwysers skoolgaande meisies verkrag. Die navorser sien die verkragting van skoolgaande meisies deur onderwysers as 'n situasie wat dubbel versterk word om hierdie adolessente meer kwesbaar te maak vir MIV en VIGS. Eerstens is daar 'n reeds bestaande magswanbalans tussen Afrika-mans en -vroue, en dus ook tussen die onderwyser en die adolessente meisie. Tweedens staan die onderwyser as gevolg van sy rol as opvoeder in 'n posisie van outoriteit, terwyl daar van die leerling verwag word om gehoorsaam te wees. Chikovore *et al.* (2003:56) verwys ook na onderwysers wat hoër punte aan meisies belowe vir seksuelegunste. Die navorser is van mening dat jong

meisies in die Afrika-kultuur se seksuele-opvoeding veral hier ter sprake is, waar jong meisies geleer word om seksueel onderdanig te wees, seksuelebesluitneming aan die man oor te laat en die man se seksuelebehoefte te bevredig. Hierdie opvoeding bied geen vaardighede of wyses aan adolessente meisies om hulself teen mans of ander gesagsfigure te beskerm nie.

In geval van verkragting van skoolgaande meisies deur bendes, blyk dit dat gewapende jeugbendes of *jack rollers* by skole inbars en hul slagoffers voor die onderwyser kom selekteer in gebiede soos Soweto. Die jong meisie kan selfs vir maande lank deur so bende aangehou word vir seksueledoelindes. Onderwysers in Afrika erken dat verkragting in skole algemeen voorkom en 'n probleem is wat deur skoolpersoneel aanvaar word (Armstrong, 2001:6). Dit blyk vir die navorser dat geweldsmisdade soos verkragting genormaliseer word waar dit gereeld voorkom, soos in Suid-Afrika. Skole in Suid-Afrika is dus nie 'n veilige plek van onderrig vir jong Afrika-meisies nie. Indien 'n meisie nie deur 'n onderwyser, 'n klasmaat of bende verkrag word nie, bestaan die kanse steeds dat sy deur 'n vreemdeling verkrag mag word as gevolg van mites rondom die genesing van MIV en VIGS. Vroue is dus kwesbaar vir MIV en VIGS, seksueeloordraagbare infeksies en ongewenste swangerskap, waar hul seksuele-opvoeding hul nie van die nodige vaardighede voorsien om hulself te beskerm nie, en die rol as seksuelewese opsigself vroue 'n teiken maak vir geweldsmisdade soos verkragting.

5.3 Die Afrika-vrou as huweliksmaat

Onder die vrou as huweliksmaat sal daar gelet word op die aard van die huwelik in Afrika asook getrouheid tussen huweliksmaats in die huwelik. Daar sal verder gelet word op die verband tussen geweld deur 'n intieme maat en die vrou se toenemende risiko vir MIV en VIGS.

5.3.1 Die huwelik in Afrika

Gysels *et al.* (2002:182) verwys na 'n ononderbroke kontinuum wat strek vanaf offisiële huwelike tot saamblyverhoudings en ook gereelde of terloopse verhoudings onder Afrikane insluit. Hierdie praktyke is moeilik om te onderskei en kan selde in kategorieë geplaas word waarmee almal saamstem. Die huwelik in Afrika is 'n

relatiewe konsep waar verskeie tipes verhoudings beskou word as 'n huwelik tussen 'n man en vrou. Afrikane beskou die volgende tipes verhoudings of verbintenisse as 'n huwelik:

- Eerstens is daar die religieuse huwelik (Christen of Moslem) waar 'n religieuse seremonie gehou word.
- Tweedens is daar die wetlike huwelik wat by 'n magistraat voltrek word, hoewel hierdie tipe huwelike selde voorkom.
- Derdens is daar die tradisionele huwelik waar die man na die vrou se vader gaan, homself voorstel, die bruidskat bespreek en bepaal wanneer die huwelik sal plaasvind. Die huwelik is slegs officieel wanneer die man die bruidskat aan die vrou se vader afbetaal het, hoewel pare vir jare sal saamleef voordat die werklike bruidskat finaal afbetaal kan word. Daar is baie pare wat saamleef en steeds spaar vir die bruidskat of nog beplan om die man aan die vrou se familie te gaan voorstel, wat na hulself verwys as tradisioneel getroud. Kim en Motsei (2002:1247) verduidelik *lobola* in die Afrika-kultuur as 'n bruidskat waar die bruidegom se familie 'n groot betaling aan die bruid se familie moet maak—tradisioneel gewoonlik beeste, hoewel daar meer van geld gebruik gemaak word in moderne tye.
- Laastens is daar pare wat saamwoon sonder enige intensie om ooit formeel in die huwelik te tree, maar steeds na hulself as getroud verwys (Gysels *et al.* 2002:182).

Wight, Plummer, Mshana, Wamoyi, Shigongo en Ross (2006:991) kostateer dat die hoof kriterium vir 'n vrou se verkiesbaarheid vir die huwelik in byvoorbeeld Tanzanië haar seksuele-agtingswaardigheid is. Laasgenoemde word onderhou deur nie seksuelekontak te openlik te inisieer nie, nie te vinnig in te stem tot seks nie, of nie bekend te maak dat 'n vrou verskeie seksmaats het nie. Vroue mag egter seksuele onderhandeling op 'n diskrete wyse onderneem. Ander aspekte wat vroue se agtingswaardigheid in gevaar stel is om 'n lae prys vir seks te aanvaar, onbetaamlike kleredrag, die bywoon van filmvertonings, om 'n seksueeloordraagbare siekte te hê, om aborsies te ondergaan, alleen te woon of voorheen in 'n groot dorp woonagtig was. Daar word nie van vroue verwag om maagde te bly tot daar in die huwelik getree word nie, en soos reeds bespreek kan die huwelik ook verskeie vorme aanneem.

Daar bestaan vier kategorieë rondom die seksuele-agtingswaardigheid of -respektabelheid van vroue in die volgende orde:

- Monogame getroude vroue.
- Jong vroue wat by hul ouers woon, enkellopend is met geen kinders en wat beskou word as nie seksueel-aktief nie.
- Ongetroude, geskeide vroue of weduwees wat hoofsaaklik onafhanklik van 'n man leef.
- Vroue wat gesien word as promisku.

Bogenoemde is 'n belangrike aanduiding van die invloed wat kultuur mag uitoefen op die vrou se verkiesbaarheid as huweliksmaat in spesifieke tradisionele samelewings.

Wat gereelde en teloope verhoudings aanbetref noem Gysels *et al.* (2002:182) dat die aard en duur van die verhouding asook die mate van finansiële bystand, die onderskeid sal bepaal tussen die tipe seksmaats. 'n Gereelde verhouding kan beskou word as 'n verhouding waar die vrou elke dag vir jare seksuele-omgang met een seksmaat het, of slegs twee tot drie keer seksuele-omgang met dieselfde seksmaat gehad het. 'n Verhouding word hoofsaaklik gedefinieer as “gereeld” wanneer die man gereelde materiële ondersteuning bied in ruil vir die vrou se seksuele dienste en uitvoer van huislike take. Hierdie verhoudings kan oor 'n uitgestrekte periode duur en die vrou kan staatmaak op die man se gereelde ondersteuning wanneer sy dit mag benodig. Uit 'n Westerse oogpunt kan hierdie verhoudings wat as gereeld of terloops geklassifiseer word, en dikwels as “huwelike” beskou word deur Afrikane, moontlik gesien word as prostitusie. Dit blyk egter dat Afrika-vroue dit nie so beskou nie. Temmerman en Marres (1995:68) konstateer dat vroue hulself uithuur aan mans, maar ten einde nie as prostitute geëtiketteer te word nie, ander vorme van vergoeding sal aanvaar as geld. Daar bestaan dus 'n komplekse stel reëls wat op verskeie vlakke van toepassing is op bogenoemde verhoudings en “huwelike”. Gysels *et al.* (2002:182) verduidelik dat 'n terloopse verhouding weer voorkom wanneer die man eenmalig seksuele-omgang met 'n vrou het en haar direk daarna vergoed sonder enige toekomstige verantwoordelikhede teenoor die vrou. Kondoomgebruik word ook aanvaar binne die terloopse verhouding, maar is ontoelaatbaar binne 'n gereelde verhouding, behalwe soms vir gesinsbeplanning. Dit blyk ook volgens UNAIDS (*HIV/AIDS and Fertility in Sub-Saharan Africa*, 2002:11) dat die gebruik van

kondome baie laag is onder Afrikane in stabiele en minder stabiele seksueleverhoudings, selfs waar dit aanbeveel word vir die voorkoming van seksueeloordraagbare infeksies en swangerskap.

Dit blyk vir die navorser dat die seksuele-agtingswaardigheid van die vrou asook spesifieke verbindings wat as 'n huwelik in Afrika beskou word, 'n komplekse sisteem vorm waarvolgens vroue geoordeel word as waardige huweliksmaat. Daar word egter geen melding gemaak van enige seksuele-agtingswaardigheid vir die man as waardige huweliksmaat nie. Verder blyk dit dat verhoudings of huwelike ook bepaal word na gelang van die tipe finansiële steun wat deur die man gebied word in ruil vir seksuelegunste en huislike take vanaf die vrou. Die navorser is van mening dat die eensydige beoordeling van die vrou as waardige huweliksmaat verbind kan word met die magswanbalans tussen Afrika-mans en -vroue. Gysels *et al.* (2002:182) verwys na 'n studie wat in Uganda onderneem is waar alle vroue betrokke in hierdie studie, genoem het dat hulle vasgekeer is in onderdrukkende verhoudings wat gepaard gaan met hul mans se ontrou, dronkenskap en geweld. Die navorser is van mening dat dit juis 'n tekort aan die beoordeling van mans se agtingswaardigheid as huweliksmaats is wat probleme soos ontrou, dronkenskap en geweld meebring in hierdie verhoudings. Daar sal dan vervolgens onder die vrou as huweliksmaat gelet word op getrouheid in die huwelik, asook geweld deur 'n intieme maat.

5.3.2 Getrouheid in die huwelik

Die aard van die huwelik in Afrika, asook terloopse en gereelde verhoudings blyk nie noodwendig getrouheid aan 'n seksmaat te verseker nie. Schoofs (1999:2) verduidelik dat Afrika vandag verwyder is van die tradisioneel sterk saamgebinde gemeenskappe waar die man beperk was tot getrouheid aan sy vrou. Afrika verskil ook van die Weste waar vroue 'n aansienlike hoeveelheid mag kan uitoefen. Baie dele van hedendaagse Afrika hang in limbus tussen die slegste van twee wêreldes wat deur MIV geëksploiteer word. Afrika-mans dring byvoorbeeld steeds aan op poligamie, maar hou nie by die samehangende reëls van sulke tradisionele huwelike nie, aangesien kommersiële seks en *sugar daddy*-verhoudings ook deel uitmaak van hul seksuele bedrywighede. 'n Belangrike voorbeeld hiervan is Suid-Afrikaanse President, Jacob Zuma wat ten spyte van sy poligamiese huwelik, steeds 'n kind verwek het by 'n vrou

met wie hy nie getroud is nie (Mbanjwa, 2010:1) Wight *et al.* (2006:991) noem dat selfs waar Afrikane wel wetlik of deur middel van *lobola* tradisioneel in die huwelik tree, sou dit ook nie impliseer dat die man getrou is aan sy vrou nie. Gysels *et al.* (2002:182) konstateer dat seksuele dubbelstandaarde soos in die res van Sub-Sahara Afrika, ook in Suid-Afrika voorkom. Waar dit as normaal beskou word vir die man om verskeie sekmaats te hê, word daar van die getroude vrou verwag om getrou te wees aan haar man. Vroue het egter ook buite-egtelik verhoudings, maar dit kom meer versteek voor as by mans. Wight *et al.* (2006:991) konstateer dat vroue 'n mate van materiële uitruiling vir seks buite die huwelik ook as 'n essensiële merk van respek beskou.

Schoofs (1999:3) is van mening dat waar 'n tradisionele huwelik voorkom soos in die meeste kulture in Sub-Sahara Afrika en die man vir sy vrou betaal, hierdie betaling ook deur die man beskou word as 'n lisensie om die verhouding te domineer. Die konsep van huweliksverkragting bestaan dan nie in Afrika nie, en tradisionele huweliksberaders en ouer vroulike familielede verduidelik aan jong meisies dat hul nie hul mans seks kan weier nie. Wanneer 'n man *lobola* betaal het, is dit onmoontlik om sy vrou tot seks te forseer, aangesien dit in elk geval die man se reg is om seks te hê met sy vrou. Die konsep van forsering bestaan dus nie. Dit blyk vir die navorser dat die huwelik opsigself 'n gesondheidsrisiko word vir vroue wie se mans ander sekmaats het, terwyl vroue nie hul mans seksuele-omgang kan weier nie. In 'n studie wat in Zambië onderneem is, is vroue gevra hoe dit moontlik sou wees om MIV te vermy. Hierdie vroue was oortuig dat seksuele-omgang tuis, dit wil sê met 'n eggenoot vermy moet word (Schoofs, 1999:3; UNAIDS:*HIV/AIDS and Fertility in Sub-Saharan Africa*, 2002:9). Die UNAIDS (*HIV/AIDS and Fertility in Sub-Saharan Africa*, 2002:8) het dan bevind dat daar 'n tendens onder veral jong volwassenes in Suid-Afrika bestaan om die huwelik as instansie te verwerp na aanleiding van MIV en VIGS en ekonomiesedruk. Hierdie tendens is egter nog nie deeglik nagevors nie en daar bestaan 'n tekort aan empiriese navorsing om die voorkoms van hierdie kulturele transformasie te bevestig.

In teenstelling met bogenoemde is daar andersins gevind dat die MIV- en VIGS-pandemie druk op Afrika-vroue plaas om wel op 'n baie vroeë ouderdom in die

huwelik tree, wat weer 'n opwaartse druk op geboortesyfers plaas. Die volgende drie redes word aangevoer:

- Behoefte aan die vrou se kant om so gou as moontlik 'n langtermynverhouding te bewerkstellig met die vermindering van voorhuwelikse seksmaats as onopsetlike of onbeplande gevolg.
- Die poging van mans om die kans te verminder dat 'n seksmaat MIV-positief is deur 'n baie jonger meisie te kies om mee te trou, en dus met 'n vrou met minder seksuele-ervaring in die huwelik te tree.
- Vroulike weeskinders se behoefte aan finansiële ondersteuning wat deur 'n stabiele huwelik meegebring kan word (UNAIDS: *HIV/AIDS and Fertility in Sub-Saharan Africa*, 2002:8).

Afrika-vroue mag dus bewus wees van die bedreigende MIV-risiko binne die huwelik, maar sal byvoorbeeld ter wille van finansiële oorlewing steeds bereid wees om die riskante rol as huweliksmaat aan te neem. Schoofs (1999:2) is egter van mening dat MIV en VIGS die Afrika-kultuur forseer om te verander. Waar MIV hoofsaaklik deur heteroseksuele-omgang versprei word, lê die epidemie se grootste sosiale transformasie juis in die verhoudings tussen mans en vroue. Vroue mag moontlik uit die epidemie stap met meer mag as voorheen, en daar is sterk druk van alle kante dat laasgenoemde mag gebeur. Daar mag egter 'n terugslag wees waar daar beperkings op vroue geplaas sou word ten einde tradisionele Afrika-kulture te versterk om MIV teen te werk.

Indien beperkings op vroue geplaas word deur streng morele kodes terug te bring om MIV en VIGS in Afrika teen te werk, behoort dit egter nie as 'n totale terugslag beskou te word nie. Studies toon dat die vrou se rol in sterk tradisionele samelewings soos wat in die verlede in Afrika gevind is, meer voordele vir die vrou ingehou het. Chikovore *et al.* (2003:54) verduidelik dat in pre-koloniale tye in lande soos Zimbabwe, getroude vroue ondersteuning vanaf familie ontvang het, en ouer persone toegesien het dat verhoudings tussen jong getroudes gereguleer word ten einde enige moontlikheid van geweld of mishandeling binne die gesin te voorkom. Daar is ook spesifieke take aan beide die man en vrou binne die huwelik toegeken waardeur die versorging en ondersteuning van die gesin op alle vlakke moontlik gemaak is.

Verdere voordele wat tradisionele samelewings met streng morele kodes vir die Afrika-vrou in Suid-Afrikaanse etniesegroepe ingehou het, sluit die volgende in:

- Onder die Pedi mag 'n getroude vrou nie deur haar man mishandel word onder enige omstandighede nie, en die vrou se familie het die reg om haar teen enige wangedrag van haar man of sy familie te beskerm. Die Tswana het ook 'n gesegde wat hiermee verband hou naamlik “*Here is my child, you can take her, take her living, and if you return her, return her while she is still alive.*” Dit is dus 'n Tswana-man se plig om sy vrou te beskerm, haar met goedheid te behandel en belangrike seksuele taboes te onderhou wat verband hou met geboortes pasiëring en veilige seksuele gebruike. Wanneer 'n Pedi-man sy vrou ook uitermatig straf, selfs nadat hy gewaarsku is deur die stam, mag sy vrou na aanleiding hiervan op eerbare gronde van hom skei en sal die kinders en alle gemeenskaplike besittings aan die vrou gegee word.
- 'n Pedi-man wat getroud is mag nie seksuele verhoudings met enige ander vrou buiten sy eie vrou hê nie, veral nie wanneer sy swanger is nie, aangesien dit 'n negatiewe uitwerking op haar mag hê. Ook in poligamiese huwelike word elke Pedi-vrou gelykmatig behandel deur die man, en die man se tyd asook enige ekonomiese voordele word gelyk opgedeel tussen alle vroue in hierdie huwelik.
- Onder die Tswana het beide die man en vrou aktiewe deelname aan die ekonomiese lewe van die gesin, en is albei dus verantwoordelik vir die versorging van kinders deur die verdeling van take na gelang van tradisionele geslagsrolle.
- Daar word verwag dat 'n Tswana-man en -vrou mekaar met respek sal behandel deur mekaar te raadpleeg rondom enige huislike kwessies, en kommunikasie is dus van belang.
- 'n Getroude Pedi-vrou is geregtig op haar eie grond waardeur sy die gesin kan onderhou.
- Selfs na afsterwe van 'n huweklikesmaat word 'n Zoeloe-vrou steeds beskerm deurdat sy vir een jaar lank verbied word om enige seksuele omgang te hê (Krige, 1988:169; Mönnig, 1983:99-334; Schapera, 1970:131-152).

Die neiging tot die herinstelling van sekere tradisionele waardes mag 'n belangrike verskil maak aan die lewenskwaliteit van Afrika-vroue en hul gesinne. Daar behoort volgens die navorser gelet te word op wyses waardeur die Afrika-vrou binne haar

tradisionele rolle bemagtig kan word deur meer klem te plaas op positiewe kulturele waardes en -norme wat ook van toepassing is op die man. Hierdeur sou die vrou as huweliksmaat byvoorbeeld teen mishandeling en ander vorme van geweld deur 'n intieme maat beskerm kon word. Daar word dan vervolgens gelet op geweld teen die vrou as huweliksmaat.

5.3.3 Die Suid-Afrikaanse konteks en geweld teen die vrou as huweliksmaat

Kim en Motsei (2002:1243) noem dat die nuwe Suid-Afrikaanse regering plegtig belowe het om te verseker dat vroue volle en gelyke rolle in alle aspekte van die ekonomie en samelewing sal handhaaf, tog staar Suid-Afrikaanse vroue steeds uitsonderlike hoë vlakke van geweld in die gesig. Dit blyk vir die navorser dat die politici in Suid-Afrika ook min of geen empatie het waar vroue aan geweld blootgestel word nie. Selfs die voormalige President van Suid-Afrika, President Thabo Mbeki het 'n opmerking gemaak oor hoe hy sy suster “met 'n sweep sal bykom” (De Lange, 2004:1; Wyngaard, 2004:7). Sizakele Nkosi van die *African National Congress* (ANC) in Suid-Afrika verduidelik dat manlike partylede van die ANC geweld teenoor vroue as 'n onbelangrike saak beskou, en wanneer hierdie kwessies deur die ANC-leiers aangespreek word, daar na hulle verwys word as radikale feministe deur ander lede van die party (Norman *et al.*, 2001:2).

Indien houdings soos bogenoem deur die politici in Suid-Afrika onderhou word, behoort daar dan gelet te word op die voorkoms van sulke houdings in die Suid-Afrikaanse populasie, en veral in verhoudings of huwelike, en die gevolge wat dit vir vroue in terme van MIV-verspreiding mag inhou. In 'n studie deur die Mediese Navorsingsraad onder leiding van Dr. Rachelle Jewkes, word daar genoem dat die voorkoming van geweld teen vroue ook gepaard moet gaan met die voorkoming van MIV en VIGS (Pienaar, 2004:12). Daar bestaan dus 'n definitiewe verband tussen geweld teen vroue en die voorkoms van MIV en VIGS. Verder blyk dit volgens Simpson in Dinan *et al.* (2004:737) dat Suid-Afrika wel 'n endosserende kultuur van geweld onderhou, wat 'n samelewing impliseer waarin geweld goedgekeur en aanvaar word as regmatige wyse waarop probleme opgelos word, of sekere doelstellings bereik kan word. Kim en Motsei (2002:1244) sluit hierby aan deur te verduidelik dat

sels die bestaande syfers van geweld teen vroue in Suid-Afrika onder-beraam word, aangesien fisieke- en seksuele geweld teen vroue “genormaliseer” word. Hierdie normalisering van geweld deur die Suid-Afrikaanse populasie mag volgens die navorser een van die belangrikste bestaande struikelblokke in MIV-voorkoming wees. Kim en Motsei (2002:1243) verduidelik dan ook dat geweld teen vroue, soos in baie ander lande deur middel van kulturele waardes en -norme die mishandelende praktyke teen vroue toelaat en versterk. Jewkes (2004:2) verwys dan na geslagsgebaseerde geweld, wat soos volg gedefinieer word:

Any act of verbal or physical force, coercion, or life-threatening deprivation, directed at an individual woman or girl, that causes physical or psychological harm, humiliation or arbitrary deprivation of liberty and perpetuates female subordination.

Bogenoemde definisie is egter baie omvattend wanneer daar spesifiek gelet wil word op die vrou as huweliksmaat se MIV-risiko waar geweld deur ’n seksmaat gepleeg word. Daar behoort dan eerder na geweld deur ’n intieme maat of *intimate partner violence* gekyk te word. Volgens Jewkes (2004:2) kom geweld deur ’n intieme maat in verskillende vorme voor, wat emosionele- en finansiële mishandeling, fisieke geweld en seksuele mishandeling insluit. Pienaar (2004:12) verduidelik dat studies in Suid-Afrika toon dat intieme maats van dominerende en gewelddadige mans ’n groter kans staan om MIV op te doen. Dit blyk ook dat dit juis hierdie vroue is wat minder geneig is om geweld teen hulle by die polisie aan te meld. Verder is daar bevind dat mans wat vroue mishandel, meer geneig is om MIV-positief te wees en riskante seksuele gedrag op hul seksmaats af te dwing. Fisieke- en seksuele mishandeling deur ’n intieme maat mag dus belangrike roetes vir die verspreiding van MIV en VIGS wees en word vervolgens bespreek.

5.3.3.1 Fisieke geweld deur ’n intieme maat

Brown-Peterside, Ren, Chiasson en Koblin (2002:53) konstateer dat die mees wyd bestudeerde voorbeeld van geweld teenoor vroue, fisieke geweld deur ’n manlike seksmaat/intieme maat is. Volgens Jewkes (2004:2) dui fisieke geweld deur ’n intieme maat op die volgende:

- Klap, slaan, skop, stamp of met ’n objek gooi.

- Verwurg of met opset brand.
- Dreig of beseer met 'n wapen.

Gorde, Helfrich en Finlayson (2004:692) verwys na die gevolge wat geassosieer word met fisieke geweld teen die vrou:

- Depressie.
- Angstigheid.
- Distansiëring.
- Persoonlikheidsversteurings.
- Psigoseksuele disfunksie.
- Obsessiewe-kompulsiewe versteuring.
- Substansmisbruik.
- Somatisasie.
- Post-traumatiese stresversteuring.

Die vraag wat eerstens rondom MIV en VIGS en die voorkoms van fisieke geweld ontstaan, is hoe fisieke geweld verantwoordelik is vir die verspreiding van MIV tussen intieme maats. Brown-Peterside *et al.* (2002:53) verduidelik dat fisieke geweld teenoor vroue geassosieer word met toenemende risiko vir MIV as gevolg van die tekort aan kondoomgebruik. Dit blyk dus vir die navorser dat vroue se vrees 'n belangrike rol speel in die onderhandeling vir veilige seksuele-omgang. Gupta (2000:4) konstateer dat fisieke geweld, afdreiging met geweld en vrees vir verlating, belangrike struikelblokke is in onderhandeling vir kondoomgebruik, die bespreking van getrouheid van 'n maat of die beëindiging van 'n verhouding wat as risiko gesien word. Studies in lande soos Tanzanië dui aan dat die voorkoms van geweld 'n sterk voorspeller is van MIV vir vroue. Felson, Messner, Hoskin en Deane (2002:617) het gevind dat hoe nader die verhouding tussen twee partye is, hoe kleiner is die kans dat die vrou fisieke geweld by die polisie sal aanmeld. In die Afrika-kultuur word daar byvoorbeeld aan die bruid gesê dat sy eendag moet sterf by haar man se huis en hom nie moet verlaat nie, selfs nie wanneer sy mishandel word nie (Kim & Motsei, 2002:1245). Die Afrika-vrou wat mishandel word, word dan moontlik deur haar kultuur verhoed om na hulpverlening te soek en daardeur enige vaardighede te ontwikkel om haarself teen MIV en VIGS te beskerm. Positiewe kulturelewaardes

waardeer beskerming teen mishandeling aan Afrika-vroue gebied is, het dus verlore gegaan.

Daar bestaan spesifieke houdings onder Afrikane rondom die fisieke mishandeling van vroue in die Afrika-kultuur. Kim en Motsei (2002:1245) het in hul studie onder Swart gesondheidswerkers in Suid-Afrika gevind dat manlike gesondheidswerkers fisieke geweld beskryf as “disipline” of “straf”. Mans verduidelik dat ’n vrou geslaan word wanneer “sy nie wil luister nie” of “wanneer sy vir haar regte opstaan”. Daar word ook genoem dat vroue se tekortkominge in die onderneming van huishoudelike take en die versorging van kinders, grondige redes is vir geweld. Daar word in die Afrika-kultuur dikwels van mans gepraat wat “weet hoe om hul vroue te dissiplineer” en “orde in die huis te hou”, wat aanduidend is dat geweld in Suid-Afrika tot ’n groot mate genormaliseer word. Mans meen dat daar ook spesifieke snellerfaktore is wat ’n vrou onder verhoogde risiko vir geweld kan plaas, byvoorbeeld waar die man alkohol gebruik, wanneer ’n vrou ’n disrespekvolle houding teenoor haar man inneem, of wanneer ’n vrou ontrou is aan haar man. Beide mans en vroue noem dat die man se ontrouheid aan sy vrou sosiaal aanvaarbaar is en selfs aangemoedig word. Dit word algemeen aanvaar dat dit die man se reg is om buite-egtelik verhoudings te hê, en indien sy vrou nie samewerking bied nie, dit ook tot fisieke mishandeling kan lei. ’n Vroulike gesondheidswerker in hierdie studie het genoem dat sy oortuig is dat wanneer ’n vrou ontrou is aan haar man, dit die man se reg is om sy vrou te slaan. Fisieke geweld teen vroue kan volgens die navorser in die Afrika-kultuur ook in verband gebring word met die vrou se lae status. Verskeie outeurs (Campbell, 2003:149; Mama, 2001:69) stem saam dat daar tradisioneel in Afrika geglo word dat vroue in so mate ondergeskik is aan mans, dat daar na hulle verwys word as kinders. Die Afrika-vrou as huweliksmaat word dus nie as volwassene benader of respekteer nie, maar eerder gesien as onderdanige kind wat “gedisiplineer” en “gestraf” moet word.

In die Afrika-kultuur hou fisieke geweld ook verband met liefde en vergifnis. Kim en Motsei (2002:1245) verduidelik dat Afrika-mans mishandeling sien as ’n uitdrukking van vergifnis aan die vrou. Die uitgangspunt wat deur Afrikane gevolg word is dat indien die man nie sy vrou slaan nie, hy haar nooit sal vergewe nie, en indien hy haar wel slaan, dit tel as ’n vorm van vergifnis. ’n Algemene uitdrukking onder Afrika-

mans is dan “*women enjoy punishment*”. Mans noem dat wanneer ’n man sy vrou slaan dit gewoonlik beteken dat hy nog liefde het vir haar. Indien hy haar met ’n *sjambok* slaan beteken dit dat hy haar definitief steeds lief het. Vroue in bogenoemde outeurs se studie het hiermee saamgestem, en ook genoem dat sommige vroue wat nie deur hul mans geslaan word nie, voel dat die man hul nie meer lief het nie. Vroue noem ook dat laasgenoemde kultureel gebonde mag wees. Die navorser is van mening dat hierdie kultureel gebonde houdings, aanduidend is van sekere aspekte van die Afrika-kultuur wat in stand gehou word tot voordeel van Afrika-mans en tot nadeel van Afrika-vroue. Soos in vorige hoofstukke bespreek, noem Orr en Patient (2004:13) dat daar in ag geneem behoort te word dat elke bestaande tradisie, een groep meer dien as vir ’n ander, en dat hierdie tradisies beskerm sal word deur die groep wat daardeur gedien word. In geval van fisieke geweld in Suid-Afrika, kan fisieke mishandeling nie beskou word as tradisionele “straf” of “dissipline” wanneer daar gekyk word na die voorkoms en erns van mishandeling van vroue nie. Verder behoort daar gelet te word op die tipe man wat sy seksmaat mishandel, wat ook aanduidend mag wees daarvan dat hierdie mans geen respekvolle en positiewe tradisionele riglyne volg nie, terwyl die kultuur van “straf” en “dissipline” dan steeds gehandhaaf word as verskoning vir die mishandeling van Afrika-vroue.

In studies wat deur Gupta (2000:4) in Indië onderneem is, is daar gevind dat mans wat buite-egtelike verhoudings gehad het, 6.2 keer meer geneig is om hul intieme maats te mishandel as mans wat nie buite-egtelike verhoudings gehad het nie. Mans wat seksueel oordraagbare infeksie simptome gehad het, was 2.4 keer meer geneig om ’n intieme maat te mishandel as mans wat nie hierdie simptome gehad het nie. Dit blyk dat die getalle mans in Suid-Afrika wat hul seksmaats fisiek mishandel, hoog is. Kim en Motsei (2002:1245) het in ’n Suid-Afrikaanse studie waarin mans gevra is of hul oor die afgelope 10 jaar ’n vroulike maat fisiek mishandel het, gevind dat 41% mans wel het. Dinan *et al.* (2004:737) verwys na ’n Suid-Afrikaanse studie in die Lavender Hill/Vrygrond area waar die getalle van interpersoonlike geweld so hoog was dat geweld gesien word as ’n norm, eerder as ’n uitsondering in hierdie gemeenskap.

Dit blyk dat die tradisionele gebruik van *lobola* ook ’n belangrike rol mag speel in fisieke geweld. Kim en Motsei (2002:1245) se studie dui daarop dat sommige vroue *lobola* as voordelig beskou, aangesien dit die verhouding sosiaal wettig maak en dit

die vrou beskerm teen mishandeling waar die man vir haar betaal het, en haar dus moet oppas. Soos reeds deur die navorser verduidelik, word sekere tradisionele gebruike selektief benut tot voordeel van die man, en het samehangende positiewe kulturele waardes waardeur die vrou beskerm word, verlore gegaan. Die navorser beskou *lobola* dus nie as 'n kriteria vir die respekvolle behandeling van die vrou deur haar intieme maat nie. Kim en Motsei (2002:1245) verduidelik dan dat *lobola* ook deur vroue gesien word as 'n troos in terme van mishandeling, aangesien die man die vrou se ouers betaal het, en die vrou ten minste nie voel dat sy verniet geslaan word nie. Waar *lobola* nog nie aan die vrou se ouers betaal is nie, sou die vrou dan voel dat daar nie eens 'n betaling was om haar mishandeling te regverdig nie. Vroue noem dat dit beter is dat hul ouers ten minste iets ontvang in ruil vir hul dogter se mishandeling.

Wat hulpverlening aan mishandelde vroue in Suid-Afrika aanbetref, is dit duidelik dat Swart gesondheidswerkers self sterk tradisionele benaderings onderhou. Kim en Motsei (2002:1246) het in hulle studie die volgende gevind:

Swart manlike verpleegkundiges:

- Sal nie 'n mishandelde vrou na die polisie of gereg verwys nie, aangesien dit as 'n privaatsaak beskou word.
- Sal 'n mishandelde vrou slegs na die gereg verwys wanneer die vrou se lewe duidelik in gevaar verkeer.
- Is van mening dat vroue baie gehard is, en telkemale terug sal keer na hul mans.
- Noem dat hul mishandelde vroue, selfs al was dit hul eie susters, direk sal terug stuur na hul mans.
- Is van mening dat die vrou geblameer moet word vir die mishandeling, en neem outomaties aan dat die vrou skuldig is.

Swart vroulike verpleegkundiges:

- Noem dat hul nie die mishandelde vrou sal aanraai om met ander daaroor te praat nie, en haar eerder sal leer hoe om nie haar man in die toekoms kwaad te maak nie.
- Meen dat mishandeling 'n saak is wat binne die gesin uitgesorteer moet word, en dat hul nie die mishandelde vrou na die gereg sal verwys nie.

- Verduidelik dat die erns van die mishandelde vrou se wonde bepaal of enige iemand buite die gesin of familie betrek sal word. Daar word genoem dat indien 'n vrou 'n steekwond opgedoen het, sy nie na die gereg verwys sal word nie, maar indien sy 'n laserasie wond opgedoen het, die polisie wel genader sal word.
- Is van mening dat indien dit hul eie suster was wat mishandel word, hul wel na haar kant van die saak sal luister, maar glo dat vroue meestal iets verkeerd gedoen het om die straf te verdien.

Bogenoemde is aanduidend van negatiewe kulturele waardes wat nie alleen deur Afrika-mans en -vroue onderhou word nie, maar ook deur professionele gesondheidswerkers. Daar bestaan dus verskeie behoeftes wat die fisieke mishandeling van vroue in die Suid-Afrika aanbetref, waarvan die magswanbalans tussen intieme maats, vroue se lae status sowel as houdings van die samelewing teenoor geweld, deel uitmaak. Hierdie tekortkominge mag volgens die navorser moontlik voortduur waar die Afrika-kultuur selektief benut word tot voordeel van 'n enkele groep.

5.3.3.2 Seksuelemishandeling deur 'n intieme maat

Dugan en Apel (2003:959) konstateer dat die mees algemene aanvalleur van vroue 'n bekende en dikwels 'n intieme maat is, terwyl mans meermale deur 'n vreemdeling geviktimizeer word. Die potensiaal vir die voorkoms van geweld binne 'n intieme opset ondermyn ook die vrou se "veilige ruimte" wat haar meer kwesbaar laat vir herhaaldelike geweld. Waar seksuelemishandeling en MIV-risiko verbind word, word daar ook daadwerklik gedink aan wyses waarop MIV direk oorgedra word binne hierdie tipe verhouding, naamlik geforseerde seksuele-omgang. Volgens Jewkes (2004:2) sluit seksuelemishandeling deur 'n intieme maat die volgende in:

- Fisiese geforseerde seks teen die vrou se wil.
- Geforseerde blootstelling aan pornografie.
- Geforseerde anale of orale seks.

Verskeie studies (Brown-Peterside *et al.*, 2002:61; Gupta, 2000:4; Jewkes, 2004:16) dui aan dat vroue wat aan seksuelemishandeling blootgestel word, ook meer seksmaats het, alkohol meer uitermatig misbruik, ouer seksmaats het, nie van kondome gebruik maak nie en deelneem aan die ruil van seks vir geld of dwelms.

Laasgenoemde sluit ook die gedrag van spesifiek Afrika-vroue in. Gómez en Marín (1996:355) het gevind dat vroue wat fisieke- en seksuele geweld binne verhoudings ervaar, alle seksuele besluitnemingsmag aan hul manlike seksmaats afstaan, en uit vrees vir die man se negatiewe reaksie, ook nie enige veilige seksuele gebruike sal voorstel nie.

Ten einde die erns van seksuele geweld deur 'n intieme maat teenoor die vrou te verstaan, behoort daar na die gesondheidsimpak hiervan op vroue gekyk te word. Jewkes (2004:14-15) verduidelik laasgenoemde in terme van fisieke- en psigologiese gevolge.

Fisieke gevolge:

- Besering wat kan lei tot gestremdheid of sterfte.
- Ginekologiese probleme.
- Ongewenste swangerskap.
- Voorkoms van onveilige swangerskap.
- Kroniese pynsindroom en ander mediese probleme.
- Riskante gesondheidsgedrag.
- Substansmisbruik.
- Seksueel oordraagbare infeksies en MIV en VIGS.

Psigologiese gevolge:

- Depressie.
- Angsversteurings insluitende post-traumatische stresversteuring.
- Verkragtingstrauma-sindroom wat simptome van hiper-versigtigheid, woede, swak konsentrasie, aggressie, nagmerries, terugflitse, sosiale onttrekking en emosionele afstomping insluit.
- Selfmoordneigings– Studies in drie Suid-Afrikaanse provinsies dui daarop dat 25% vroue wat aan geweld deur 'n intieme maat blootgestel is oor die afgelope jaar, selfmoord oorweeg het in die maand voor die onderneming van die studie.

Hierdie gevolge is nie alleen aanduidend van die mishandelde vrou se direkte risiko vir MIV nie, maar hou ook ernstige langtermyn gevolge vir die vrou in. Verder blyk dit dat hierdie vroue se MIV-risiko ook dramatiese verskil van ander vroue sin. Die Mediese Navorsingsraad het bevind dat vroue wat deur hul mans aangerand word, en

waar mans oormatige beheer oor verhoudings uitoefen, 50% meer geneig is om MIV-positief te wees as ander vroue (Pienaar, 2004:12).

Ten einde die vrou as huweliksmaat se MIV-risiko binne haar kulturelekonteks te verstaan, wil die navorser vervolgens spesifiek let op huweliksverkragting. Aangesien daar reeds verduidelik is dat die huwelik in Afrika verskeie vorme aanneem, en nie soos in die Weste vereenselwig word met die wetlike sluiting van 'n huwelik nie, sou dit onder Afrikane verskeie tipes verhoudings insluit wat as 'n huwelik beskou word. Daar word dus eerder gekyk na verkragting deur 'n intieme maat as na huweliksverkragting per sé. Kim en Motsei (2002:1246) wat 'n studie in Suid-Afrika onderneem het rondom houdings en oortuigings van Swart manlike- en vroulike gesondheidswerkers, het gevind dat mans en vroue se opinie van huweliksverkragting van mekaar verskil. Hierdie oortuigings en houdings van gesondheidswerkers is van groot belang, aangesien die gesondheidsdienssisteem 'n logiese toegangspunt is vir die identifisering van slagoffers van gesinsgeweld, wat dikwels geïsoleerd raak vanaf hul werk en ander sosiale situasies. Vroulike verpleegkundiges was van mening dat verkragting binne die huwelik moontlik is. Volgens manlike verpleegkundiges word slegs verkragting deur 'n vreemdeling as seksuele mishandeling beskou, en kan huweliksverkragting dus nie bestaan nie. Manlike verpleegkundiges was oortuig dat wanneer 'n man seks wil hê, sy vrou hom dit nie kan weier nie, en dat mans dikwels valslik van verkragting beskuldig word wanneer vrouens kwaad is na beëindiging van 'n verhouding, of wanneer 'n man nie sy finansiële pligte nakom nie. Uit hierdie studie is dit vir die navorser duidelik dat houdings en oortuigings wat binne die Afrika-kultuur gevind word, ook deur Afrikane oorgedra word na hul professionele werksituasie. Daar word aangeneem dat Afrikane wat professionele opleiding ondergaan, meer sensitiwiteit sou toon teenoor die slagoffers van seksuele mishandeling, tog blyk dit dat hul houdings en oortuigings grootliks gebaseer word op die kultuur van oorsprong. 'n Belangrike kulturele gebruik in Suid-Afrika wat mag bydra tot hierdie negatiewe houdings en oortuigings wat Afrika-mans rondom huweliksverkragting of verkragting deur 'n intieme maat onderhou, is *lobola*.

Manlike verpleegkundiges in bogenoemde studie was hoofsaaklik ten gunste van *lobola*, terwyl vroulike verpleegkundiges meer ambivalent daarteenoor staan.

Sommige vroulike verpleegkundiges voel dat hierdie tradisie slegs geweld teenoor vroue verhoog deur die konsep van die vrou as eiendom onder beheer en eienaarskap van haar man, te bevorder. Hulle is van mening dat hoewel die oorspronklike intensie van *lobola* goed was, dit mettertyd verander het. Schoofs (1999:3) konstateer dat *lobola* deur mans beskou word as 'n lisensie om die verhouding te domineer. Die konsep van huweliksverkragting bestaan dus nie in Afrika nie, en dit sou onmoontlik wees om 'n vrou tot seks te forseer waar dit in elk geval die man se reg is om seks te hê met sy vrou. Laasgenoemde oortuiging kan ook verder teruggevoer word waar jong Afrika-seuns, meisies onder druk plaas om onbeskermd seksuele-omgang te hê. Chikovore *et al.* (2003:62) verduidelik dat wanneer meisies dan onwillig sou wees, verkragting en geweld deur seuns gebruik word om meisies te forseer. Hierdie meisies sien die verhouding as 'n liefdesverhouding en sal nie die verkragting aanmeld nie uit vrees vir die seksmaat, of omdat hulle nie weet waar om dit aan te meld nie. Dit blyk dan dat Afrika-mans reeds op 'n jong ouderdom die idee onderhou dat 'n verhouding seksuele-omgang impliseer, en meisies geen ander keuse het as om aan jong seuns se vereistes te voldoen nie. *Lobola* sal dan later as 'n kultureel-geregverdigde konsep dien om hierdie oortuiging te ondersteun.

Hoewel seksuelemishandeling deur 'n intieme maat 'n verskynsel is wat regoor die wêreld voorkom, beskryf nie-regeringsorganisasies Suid-Afrikaanse vroue se situasie as 'n oorlog sone. Ellis (2004:1) omvat dit soos volg:

Today six women will be killed by their intimate partners. Thousands will be beaten, shot, burned and pushed around. They will be lucky not to die. Hundreds will stand in line to get domestic violence interdicts- they will have to return tomorrow. Thousands will be called stupid and worthless. Five battered women will wake up in prison waiting for President Mbeki to pardon them for killing their husbands.

Die navorser is van mening dat die Afrika-vrou se kulturelekonteks 'n groot bydra lewer tot die voorkoms van geweld teen vroue. In Suid-Afrika blyk dit dat die Afrika-vrou slegs sekere funksies het om te vervul, waarvan die man se seksuele bevrediging een van hierdie funksies is. Soos reeds bespreek, word Afrika-vroue van jongs af opgevoed om hierdie funksie te vervul. Superintendent Alma Wiese, hoof van Pretoria se Gesinsgeweld- en Kinderbeskermingseenheid sien slegs 'n langtermyn oplossing vir hierdie probleme. Sy is van mening dat die samelewing terug moet gaan

na die wortels waaruit hierdie probleme stam, en daar dus terug gegaan moet word na basiese opvoeding- en ontwikkeling om sekere standaarde daar te plaas. Indien iemand nooit geleer het dat sekere gedrag verkeerd is nie, sal hy/sy aanhou om hierdie gedrag te onderhou, veral waar dit as voorbeeld gestel word (*Emphasis on Morals Can Break Cycle of Abuse*, 2003:5). Die navorser is van mening dat kultuur 'n groot rol speel in opvoeding, veral waar positiewe tradisionele waardes verlore geraak het. Dit mag dus nodig wees om Suid-Afrikaanse kinders op te voed deur die herroeping van belangrike positiewe aspekte van die Afrika-kultuur, waarvan respek en waardigheid van groot belang was. Daar word laastens gelet op nie-gewelddadige trauma.

5.3.3.3 Nie-gewelddadige trauma

Die navorser wil laastens in hierdie hoofstuk let op die invloed van nie-gewelddadige trauma op die moontlike verspreiding van MIV en VIGS na die Afrika-vrou in haar rol as huweliksmaat. Jewkes (2004:2) verduidelik nie-gewelddadige trauma aan die hand van emosionele- en finansiële mishandeling, wat die volgende insluit:

- Waar die vrou se inkomste by haar weggeneem word.
- Verkleining en afbreking van die vrou voor ander.
- Spog met ander vroulike seksmaats wat huis toe gebring word.
- Waar die vrou uit die huis uit gesit word.

Hierdie definisie is volgens die navorser onvolledig waar verkleining en afbreking van die vrou nie noodwendig voor ander hoef plaas te vind nie, maar ook kan plaasvind wanneer daar niemand anders teenwoordig is as die vrou en haar intieme maat nie. Die navorser is dus van mening dat “verkleining en afbreking van die vrou” ook by bogenoemde geplaas behoort te word. Kim en Motsei (2002:1246) het in hul studies gevind dat anders as mans, vroue gewoonlik geslagsgebaseerde mishandeling in terme van psigologiese- en emosionele mishandeling beskryf, waar die man die vrou konstant beledig en ondermyn. Verder word psigologiese mishandeling ook deur vroue beskryf as 'n man se ongevoeligheid teenoor sy vrou se gevoelens, soos om haar te beperk om sosiaal rond te beweeg, terwyl hy sy vryheid geniet en sy ontrouheid nie eens wegsteek nie. Een vroulike respondēt in bogenoemde studie het genoem dat mans soms 'n ander seksmaat sal huis toe bring en in dieselfde kamer op dieselfde bed waar sy vrou slaap, seksuele-omgang sal hê met

die seksmaat. Die vrou word nie toegelaat om enige iets daarvoor te sê nie en voel gewoonlik minderwaardig.

Brown-Peterside *et al.* (2002:61) konstateer dat studies in die VSA aanduidend is van die verband tussen nie-gewelddadige trauma en MIV-risiko, veral by die gebruik van dwelms soos *crack* en waar seks as middel van ruilhandel gebruik word. Bogenoemde studie dui aan dat dit nie die dwelmgebruik opsigself is wat as wyse van MIV-oordraging gesien word nie, maar dat gedrag wat verband hou met dwelmgebruik, geassosieer word met risiko-faktore vir MIV. Van Dyk (2001:148) verduidelik dat Suid-Afrikaners bevoordeeld is waar daar nie so groot probleem met binne-aarse dwelmgebruik bestaan soos in ander lande nie. Laasgenoemde mag tot Suid-Afrikaners se voordeel wees, maar die navorser is oortuig dat die gebruik van dwelms wat gerook word soos *dagga*, asook alkoholisbruik in Suid-Afrika nie uit die oog verloor moet word wanneer daar gekyk word na die MIV-risiko van Afrika-vroue nie. Die navorser is verder oortuig dat Afrika-vroue selde in 'n finansiële posisie mag verkeer om dwelms te kan bekostig, maar dat sekere alkohol soorte in Suid-Afrika baie meer bekostigbaar mag wees, of self gebrou kan word. Austin (2002:215) het in haar studie onder Afrika-vroue met MIV en VIGS in Suid-Afrika gevind dat 22% van hierdie vroue alkohol misbruik. Lauby *et al.* (2001:74) verduidelik dat alkoholgebruik verbind word met toenemende vlakke van seksueeloorraagbare siektes, terwyl hewige alkohol- en dwelmgebruik verbind word met meer seksmaats per persoon en lae vlakke van kondoomgebruik. Studies in die VSA dui ook op die verband tussen nie-gewelddadige trauma soos byvoorbeeld die verwydering van kinders en spesifiek die moeder se gebruik van dwelms (Brown-Peterside *et al.*, 2002:61).

Finansiële weerhouding mag een van die belangrikste vorme van nie-gewelddadige trauma vir vroue wees. Hoewel daar in hierdie geval outomaties gedink word aan vroue met lae vlakke van onderrig en vaardighede, het Kim en Motsei (2002:1248) gevind dat ekonomiese mishandeling selfs onder Swart vroulike verpleegkundiges voorkom waar hul elke maand hul salarisse aan hul mans moet oorhandig, en hulle dus geen betekenisvolle beheer oor hul finansies kan uitoefen nie. Laasgenoemde word deur die man geregverdig waar hy vir die vrou betaal het om haar opleiding te onderneem en te voltooi. Baie vroulike verpleegkundiges voel ook dat hul

beroepstatus hul juis meer kwesbaar maak vir mishandeling, aangesien hul mans bedreig voel deur hul status, wat mag aanleiding gee tot spanning en dikwels ook geweld. Vroulike verpleegkundiges bevind hulself ook onder konstante dophouding, aangesien dit kultureel onaanvaarbaar is vir 'n getroude vrou om saam met enige ander man gesien te word as haar eie. Waar vroulike verpleegkundiges vriende maak met manlike kollegas, kom die suspisie van ontrouheid by hul mans voor, wat mag aanleiding gee tot geweld. Aangesien so baie medewerkers manlik is, vind vroulike verpleegkundiges dit moeilik om hul mans tevrede te hou.

Bogenoemde studie is aanduidend van die sterk invloed wat die Afrika-kultuur mag uitoefen op die voorkoms van beide gewelddadige en nie-gewelddadige trauma. Dit blyk ook dat die vlak van onderrig van die vrou min verander aan die algemene dominerende houding van Afrika-mans teenoor vroue. Gorde *et al.* (2004:691) se studie wat in die VSA onderneem is, toon dat vroue wat oor 'n langtermyn aan die emosionele- en psigologiese simptome van mishandeling blootgestel word, se vermoë om roetine take effektief uit te voer, geaffekteer word. As gevolg van traumatiese ervarings na aanleiding van mishandeling kom daar dikwels 'n onvermoë of tekort aan lewensvaardighede voor ten einde onafhanklik te funksioneer. Gorde *et al.* (2004:693) noem verder dat probleme veral ervaar word rondom basiese vaardighede soos begroting, ouersorg, bestuur van die huishouding, beheer van spanning en woede en ander aktiwiteite in die daaglikse lewe uitgevoer moet word. Hierdie tekorte gee aanleiding tot swak werkgeskiedenis, finansiële afhanklikheid van die vrou aan haar mishandelaar en 'n onvermoë om veilige bekostigbare behuisung te bekom. Bogenoemde probleme wat vroue mag ervaar na aanleiding van emosionele- en psigologiesemishandeling kan volgens die navorser aanleiding gee tot fisieke mishandeling van Afrika-vroue, aangesien dit kultureel geregverdig is vir 'n Afrika-man om sy vrou te mishandel wanneer sy nie huishoudelike take en kindersorg effektief onderneem nie. Die navorser is van mening dat MIV-risiko hier hoofsaaklik verbind kan word met die vrou wat aan nie-gewelddadige trauma blootgestel word se onderhandelingsmag. Lauby *et al.* (2001:73) verduidelik dat vroue se afhanklikheid van hul seksmaats, veral wat sosialestatus, finansiële ondersteuning, behuisung, beskerming, daaglikse benodigdhede, dwelms of emosionele behoeftes insluit, vroue met 'n kleiner geleentheid laat om te onderhandel vir veilige seksuele-omgang.

5.4 Samevatting

Die vrou as seksuelewese en die betekenis wat daar aan haar seksualiteit toegeken word hou sterk verband met haar kultuur. Negatiewe konnotasies word dikwels aan die vrou as geslagsgroep gemaak. Jong meisies se seksuele-opvoeding berei hul daarop voor om 'n onderdanige monogame rol in te neem, terwyl mans meer seksuele-vryheid het, en jong Afrika-seuns se opvoeding hul seksuele-vryheid verder aanmoedig. Kulturelegebruike soos maagdelikheid geniet tans weer aanhang as wyse vir moeders om beheer te neem van hul dogters se seksualiteit, en hul sodoende teen MIV en VIGS, vroeë of onbeplande swangerskappe en seksueeloorraagbare infeksies te beskerm. Maagdelikheid as kulturelegebruik hou egter ook sekere nadele in soos dat die meisie se reg op persoonlike waardigheid daardeur geskend mag word. Verder mag dit aanleiding gee tot verkragting waar daar geglo word dat MIV genees kan word deur middel van die verkragting van 'n maagd. Verkragting van vroue is egter 'n algemene verskynsel in Suid-Afrika en word beskou as moontlike roete vir MIV-oordraging. Verkragting in Suid-Afrika sluit die verkragting van maagde, kinders en babas in, sowel as verkragting van skoolgaande meisies deur onderwysers en bendes. Wat die vrou as huweliksmaat aanbetref is die definisie van die huwelik van belang waar daar gekyk word na 'n ononderbroke kontinuum van verhoudings wat as huwelike beskou word. Hierdie verhoudings of huwelike verseker egter nie getrouheid van seksmaats aan mekaar nie. As gevolg van die aard van die vrou se rol as huweliksmaat, staar die vrou veral geweld in die gesig. Vroue word blootgestel aan fisieke-, seksuele-, emosionele- en finansiële geweld deur 'n intieme maat. Hierdie vorme van geweld maak die vrou as huweliksmaat dan ook meer kwesbaar vir MIV en VIGS juis as gevolg van 'n tekort aan onderhandelingsvermoë vir veilige seksuele-omgang. Die opvolgende hoofstuk sal let op die vrou in haar rolle as moeder en versorger.

HOOFSTUK 6

Die Afrika-vrou in haar rolle as moeder en versorger

6.1 Inleiding

Die vrou se rolle as moeder en versorger sal in hierdie hoofstuk bespreek word. Hierdie rolle word tradisioneel vereenselwig met die voortbring en versorging van kinders sowel as die versorging van ander gesinslede. Esu-Williams (2000:123) noem dat wanneer daar na die Afrika-vrou se tradisionele rolle as moeder en versorger gekyk word, die Afrika-vrou steeds in 'n wêreld leef waar sy eerstens moet bewys dat sy dit werd is om mee te trou, kinders sal kan hê, en sal kan omsien na 'n gesin. In hierdie hoofstuk sal daar dan onder die vrou as moeder gelet word op vrugbaarheid en besluitneming rondom vrugbaarheid soos geboortesifers oor die afgelope dekades, geboortesifers en die gebruik van kondome en ander voorbehoedmiddels, die verband tussen geboortesifers en die huwelik, en die voorkoms van aborsie asook seksueleweërhouding onder vroue. Laasgenoemde sal dan ook bespreek word in die konteks van die Afrika-kultuur en MIV en VIGS. Aangesien verskeie aspekte rondom die vrou se tradisionele huishoudelik take reeds onder ander rolle van die vrou aangespreek is, sal daar in hierdie hoofstuk hoofsaaklik gelet word op die gevolge van die afsterwe van die vrou as versorger.

6.2 Die Afrika-vrou as moeder

Temmerman en Marres (1995:64) noem dat dit in Afrika ondenkbaar is dat 'n vrou nie kinders wil hê nie. Mill en Anarfi (2002:326) is van mening dat hierdie kulturele-oortuigings en -gebruike wat verband hou met vrugbaarheid, seksualiteit en geslag egter belangrike struikelblokke kan veroorsaak in die aanneem van MIV-voorkomende strategieë vir vroue. In die meeste Sub-Sahara Afrika-lande word 'n vrou se sosialestatus direk bepaal deur haar vermoë om kinders voort te bring. Temmerman en Marres (1995:64) verduidelik dat indien dit vir 'n vrou onmoontlik is om kinders te hê, sy haar toevlug tot tradisionele genesers sal neem, en selfs omgang met 'n verskeidenheid mans sal hê in die poging om swanger te raak. Mill en Anarfi (2002:326) is van mening dat laasgenoemde verband hou met die verskynsel waar vroue wat MIV-positief is, daarop aandring om steeds kinders te hê. Waar

onvrugbaarheid byvoorbeeld by getroude pare voorkom, word dit as die probleem van die vrou beskou, en sal sulke vroue dikwels deur die gemeenskap uitgelag word. Die belang van vrugbaarheid oefen dan 'n invloed uit op besluitneming onder MIV-positiewe vroue gedurende swangerskap, waar hierdie vroue mag besluit om 'n swangerskap voort te sit ten einde die sosiale verwagtinge rondom kinders hê, te vervul ten spyte van die risiko van MIV-oordraging van moeder na kind. Mill en Anarfi (2002:332) het verder in hul studies gevind dat die meeste Ghaniese mans ook ander seksmaats kry indien hul vrouens nie swanger raak nie, aangesien dit onaanvaarbaar is dat die man moontlik die oorsaak van onvrugbaarheid in die huwelik kan wees. Vroue wat op grond van laasgenoemde deur hul mans geskei word, is desperaat om hul eie vrugbaarheid te bewys en dus vrygespreek te word as oorsaak van onvrugbaarheid. Pick, Ross en Dada (2002:201) het ook gevind dat Afrika-vroue wat definitief onvrugbaar is, minder ekonomiese ondersteuning van 'n manlike seksmaat ontvang, en deur hul families en gemeenskappe verstoot word. Hierdie vroue sal dan ook meer gereeld werksaam wees met byvoorbeeld stalletjies op straat, ten einde hulself te onderhou.

Dit blyk uit bogenoemde dat pogings om kondoomgebruik te bevorder ten einde die verspreiding van MIV te voorkom, as direkte teenstand van 'n belangrike sosiale norm, naamlik swangerskap, en dus die voortbring van kinders beskou word deur Afrikane. Die kringloop van blamering en MIV mag weer eens hier na vore tree waar die Afrika-vrou eerstens blameer mag word wanneer sy onvrugbaar sou wees, of sou besluit om nie kinders te hê nie, en tweedens blameer mag word waar haar MIV-serostatus bekend word indien sy 'n kind het wat later MIV-positief sou wees. Temmerman en Marres (1995:64) konstateer dat die voorkoms van swangerskappe in Afrika dan baie hoog is, en die gebruik van voorbehoedmiddels baie laag is, en wat MIV en VIGS aanbetref die Afrika-vrou poog om soveel moontlik kinders te hê voordat die siekte sy tol eis. Aangesien die meeste van hierdie MIV-positiewe kinders sterf, is die pogings egter doelloos.

6.2.1 Kulturele verwagtinge rondom die vrou se rol as moeder

Die waarde wat daar geheg word aan moederskap in Sub-Sahara Afrika hou verband met praktiese sowel as dieperliggende kulturele-oortuigings. Mill en Anarfi (2002:326) verduidelik dat in die Akan stam in Ghana, kinders beskou word as die betekenis van 'n vrou se lewe. Indien 'n vrou nie kinders kan hê nie, word sy as onvolmaak en waardeloos beskou. Van Dyk (2001:118-123) sluit by laasgenoemde aan deur soortgelyke oortuigings in Suid-Afrika meer omvattend te verduidelik:

- Persoonlike onsterflikheid deur kinders– Deur middel van voortplanting glo tradisionele Afrikane dat hul onsterflik word solank as wat daar familieledede bestaan om hul te onthou. Sonder voortplanting word die individu se onsterflikheid haar ontnem. Om hierdie rede word daar geglo dat dit elke individu se plig is om te trou, en indien 'n man net dogters het, weer te trou sodat hy 'n seun kan hê, en persoonlike onsterflikheid bekom. Waar Afrika-vroue daarin faal om seuns te hê, het hul nie net die familielyn uitgewis nie, maar ook hul eie onsterflikheid ontbeer. So 'n persoon sal dood-eenvoudig “vergeet” word. Sy sal ook nie in die spirituele wêreld aanvaar word nie, maar die aarde na haar dood bewandel as 'n hartseer en dwalende gees.
- Die belang van kinders vir die dag-tot-dag funksionering– Vir tradisionele Afrikane is kinders van groot belang in die dag-tot-dag funksionering, aangesien daar geglo word dat vooruitgang slegs bereik kan word wanneer die man die grond van sy voorvaders saam met sy baie vroue en kinders bewerk. Daar is verskeie take soos kosmaak, hout en water aandra, na ander kinders en beeste omsien en grond bewerk. Hierdie take kan nie voldoende uitgevoer word wanneer die gesin te klein is nie, en die Afrika-man se rykdom hang dus af van die groei van sy gesin en stam. In 'n dokument van die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:42) word daar ook genoem dat geboortesyfers laer is in stedelikegebiede, maar groot gesinne steeds die norm is in armoedige plattelandsegebiede waar kinders nog as ekonomiese bate gesien word.

Die voortbring van kinders in die Afrika-kultuur hou dus nie alleen verband met sekere kulturele-oortuigings nie, maar is ook van praktiese belang. Die gebruik van kondome ten einde MIV-oordraging en seksueel oordraagbare infeksies te voorkom, of die gebruik van ander voorbehoedmiddels ten einde swangerskap te voorkom mag dus

problematies wees vir vroue in die Afrika-kultuur, juis as gevolg van die belang van vrugbaarheid en kinders. Na aanleiding van laasgenoemde word daar vervolgens gelet op geboortesyfers in Sub-Sahara Afrika en Suid-Afrika.

6.2.2 Geboortesyfers in Suid-Afrika en Sub-Sahara Afrika

Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:40) konstateer dat geboortes onder alle hoof groepe in Suid-Afrika afgeneem het gedurende die apartheidsera. Hierdie verskynsel het gepaard gegaan met armoede onder miljoene mense, veral Swart vroue, asook streng ongelykhede en vroue se minderheidstatus. Hoewel Suid-Afrika dramatiese politiese veranderinge ondergaan het oor die afgelope dekade, duur armoede en ongelykhede steeds voort. 'n Verskynsel wat egter in Suid-Afrika gevind word, maar wat nie in ander Sub-Sahara Afrika-lande voorkom nie, is dat armoede toeneem terwyl geboortes afneem. Gewoonlik gaan 'n toename in armoede in Afrika gepaard met 'n toename in geboortes. Die teorie van demografiese transisie verduidelik dat geboortesyfers aanvanklik hoog is na aanleiding van kulturele invloede en waar die kind as produksie-eenheid van ekonomiese waarde gesien word. Soos wat die oorlewingsyfer van babas daal, begin ouers hoop dat kinders wat gebore word, sal oorleef. Waar lewenstandaard toeneem, ontwikkel ouers aspirasies om hul kinders op te voed en die ekonomiese waarde van kinders as produksie-eenhede vir die gesin, verminder dan. Geboortesyfers sal stadig begin daal na aanleiding van verstedeliking en industrialisering. Afnames in geboortesyfers geskied volgens hierdie model steeds stadiger as die aantal sterftes, wat weer aanleiding gee tot 'n jeugdige populasie. Die navorser is van mening dat dit hier eerstens van belang is om te let op hoe geboortesyfers in Suid-Afrika oor die afgelope dekades gelyk het en om tweedens te kyk na waarom geboortesyfers in Suid-Afrika laer is as in die res van Sub-Sahara en Afrika.

6.2.2.1 Geboortetendense in Suid-Afrika

'n Vergelyking in geboortesyfers tussen Suid-Afrika en Sub-Sahara Afrika toon dat Suid-Afrika se geboortesyfers aansienlik laer is as dié van ander Afrika-lande. Suid-Afrika beleef dus die mees gevorderde vrugbaarheidstransisie van alle Sub-Sahara Afrika-lande. Suid-Afrika toon demografiesetendense wat ooreenstem met beide ontwikkelende en ontwikkelde lande, en hierdie tendense hou verband met sosio-

ekonomiese onderskeid volgens ras en stedelike/plattelandse faktore. Waar die gemiddelde aantal kinders per vrou gedurende 1950-1970 in Suid-Afrika ongeveer 6-7 kinders was het dit gedaal na 4-5 kinders tussen 1980-1995. Dit gemiddelde aantal kinders per vrou (alle rasse-groepe ingesluit) is tans 2,9. Witter in Suid-Afrika het vanaf die begin van die negentiende eeu 'n afname in geboortesifery beleef totdat dit in 1989 na 'n onder-vervangbare geboortesifer van 1,9 aantal kinders per vrou gedaal het. Hoewel geboortesifery onder Afrikane gedaal het vanaf 6,8 na 3,9 kinders per vrou vanaf 1950-1990 is geboortesifery onder Afrikane steeds aansielik hoër as onder enige ander rasse-groep in Suid-Afrika (*Departement van Maatskaplike Ontwikkeling*, 2001:42).

Volgens die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46-47) het Suid-Afrika 'n geskiedenis van beskikbaarheid en toegang tot gesinsbeplannings- en gesondheidsdienste, en in teenstelling met die res van Sub-Sahara Afrika is geboortesifery laer, wat dui op die gebruik van voorbehoedmiddels. Die moderne gesinsbeplanningsdienste wat gedurende die 1970's deur die apartheidsregering beskikbaar gestel is, het baie Afrika-vroue se vrugbaarheidsbehoefte vervul. Laer geboortesifery in Suid-Afrika kan gesien word in die konteks van Afrika-vroue wat beheer geneem het van hul vrugbaarheid waar hul hulself in toenemende wisselvallige omstandighede bevind het. Baie faktore, insluitende kulturele-, politiese- en sosiale faktore dra by daartoe om vroue van finansiële- en gesinsekuriteit te ontnem. Hierdie situasie forseer vroue om swangerskappe te beperk en die gesin te beplan met of sonder die wete van die man of seksmaat. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) het egter gevind dat ten minste 50% van alle getroude vroue in Suid-Afrika steeds 'n onvervulde behoefte aan gesinsbeplanning ervaar, en koppel laasgenoemde direk aan die vlak van onderrig van die vrou. Vroue met geen formele onderrig wat 'n onvervulde behoefte aan gesinsbeplanning ervaar, is ongeveer ses keer meer as vroue wat wel formele onderrig ondergaan het en dieselfde behoeftes ervaar. Dit blyk dus vir die navorser dat ten spyte van Suid-Afrika se laer geboortesifery in vergelyking met die res van Sub-Sahara Afrika, baie Suid-Afrikaanse vroue nie volkome beheer het oor hul eie reproduksieregte nie. Volgens die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) behoort die aanspreek van onvervulde behoeftes aan gesinsbeplanning egter nie alleen toegang tot voorbehoedmiddels in te sluit nie, maar behoort daar ook gelet te word op die verbetering van vroue se status,

onderrig en werksgeleentede, sowel as 'n verandering in sosiale strukture wat vroulike outonomieit beïnvloed.

Van Dyk (2001:121) noem dat waar kinders steeds van groot belang is vir Afrika-vroue, idees rondom die spasiëring van geboortes en beskerming van die moeder deesdae meer deur Afrika-vroue aanvaar word. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:49) het gevind dat jonger Suid-Afrikaanse vroue verkies om geboortes van kinders te spaseer, tewel ouer vroue verkies om geboortes te beperk. Jonger Suid-Afrikaanse vroue voel ook dat geboortes van kinders te gou na mekaar volg, wat aanduidend is van onbeplande swangerskappe onder jonger vroue. Die gaping tussen vroue se voorkeure van wanneer swangerskappe gewens is, en die syfers van wanneer swangerskappe wel voorkom, is aanduidend dat Suid-Afrikaanse vroue beperkings ervaar ten opsigte van reprodktiewe besluitneming. Die ideale aantal kinders wat vroue wou hê en die aantal kinders wat vroue wel het, stem ook nie ooreen nie, wat weer eens aanduidend is van ongewenste swangerskappe onder Suid-Afrikaanse vroue.

Dit blyk dus vir die navorser dat die Swart Suid-Afrikaanse vrou se posisie in terme van besluitneming oor die aantal kinders wat sy mag hê en wanneer sy hierdie kinders sal hê, moontlik steeds verband hou met geboortetendense in die res van Sub-Sahara Afrika. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:49) noem ook dat hoë syfers van tiener swangerskappe groot kommer wek in Suid-Afrika, aangesien dit dui op emosionele trauma wat vroue beleef in terme van vrugbaarheid. Daar is dus 'n tekort aan ontwikkelingsgeleentede ten einde vroue te bemagtig om beheer te neem van hul eie reprodktiewe lewens. Bogenoemde dokument konstateer ook dat terwyl armoede, rasse- en geslagsongelykheid steeds bly voortbestaan, daar nie soveel positiewe waarde aan die daling in geboortesyfers gekoppel kan word nie. Solank as wat Swart Suid-Afrikaanse vroue nie hul vryheid van keuse oor hul eie liggame kan uitoefen binne ondersteunende verhoudings met hul mans of seksmaats nie, sal populasieprobleme in terme van vrugbaarheid steeds 'n nasionale kommer bly. Daar behoort veral gelet te word op programme vir die bemagtiging van tieners en Afrika-vroue in die platteland. Daar kan ook gefokus word op die verbetering van vroue se status deur middel van onderrig en werkskepping asook die verandering van sosiale strukture om vroue se outonomieit te verbeter. Hierdie aspekte wat genoem word ten

einde die Swart Suid-Afrikaanse vrou se posisie te verbeter sal volgens die navorser slegs realiseer waar die kulturele konteks daarvan in ag geneem word. Dit sou dus van belang wees om in ag te neem dat vir alle gedrag wat onderhou word deur 'n individu wat haarself in die Afrika-kultuur bevind, daar 'n dieperliggende kulturele rede of -oorsaak is om hierdie gedrag te onderhou. Daar behoort dan ook gelet te word op die geboortesifers in Sub-Sahara Afrika en die moontlike ooreenkomste en verskille daarvan met dié van Afrika-vroue in Suid-Afrika.

6.2.2.2 Geboortetendense in Sub-Sahara Afrika

Die hoë geboortesifers in Sub-Sahara Afrika kan toegeskryf word aan ekonomiese-, sosio-kulturele en gesinswaardes en -norme wat oor die eeue ontwikkel is. Vroue en kinders verteenwoordig die meerderheid van landbou-arbeid in plattelandse Sub-Sahara Afrika. In die Afrika-tradisie beteken die oorlewing van kinders meer grond vir die uitgebreide familie. Die hoë vlakke van armoede en tekort aan ekonomiese geleenthede buite die landbou opset, veroorsaak 'n afhanklikheid van grond in Sub-Sahara Afrika. 'n Hoë prioriteit word dus geplaas op die vrou se vrugbaarheid, en vroue vrees funksionele onvrugbaarheid deur die afsterwe van kinders, soveel as wat hul vrees om geen kinders te kan hê nie. Vroulike sterilisasie en voorbehoedmiddels word dus met suspisie bejeën en gesinsbeplanningsprogramme in Sub-Sahara Afrika is nie populêr nie, terwyl die gebruik van voorbehoedmiddels so laag as 10% kan wees (*Departement van Maatskaplike Ontwikkeling, 2001:41*).

Soortgelyke tendense kom ook in Suid-Afrika voor waar die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:49) gevind het dat die basiese verskil tussen geboortesiferpatrone in Suid-Afrika en Sub-Sahara Afrika nie gebaseer word op die waarde wat daar aan vrugbaarheid geheg word nie, aangesien daar in Suid-Afrika ook groot waarde hieraan geheg word. Daar behoort eerder gekyk te word na Afrikane se beperkte toegang tot grond en die totale ineenstorting van die tradisionele lewenswyse, beide sosiaal en ekonomies. Die navorser is van mening dat beperkte toegang tot grond geen probleme sou meebring indien formele onderrigsvlakke in Sub-Sahara Afrika en spesifiek Suid-Afrika hoër was nie, aangesien toegang tot grond vir Westerse-gesinne ook beperk is en daar dus op ander wyses oorleef word. Hoë geboortesifers en gepaardgaande armoede in Afrika mag dalk eerder verband hou met

Afrikane se onderhouding van enkele tradisionele oortuigings en gebruike, sonder die nodige tradisionele struktuur om hierdie oortuigings en gebruike te fasiliteer. Daar kan dus gesê word dat Afrikane steeds groot waarde heg aan kinders, maar nie die nodige grond besit om na hierdie kinders om te sien op tradisionele wyses nie, en verder nie die nodige formele onderrig het om op enige ander wyse na hierdie kinders om te sien nie. Gevolglik sal geboortesiferys moet daal en mag die tradisionele lewenswyse ineenstort.

6.2.3 Die gebruik van kondome en ander voorbehoedmiddels

Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:44) konstateer dat die vlak van voorbehoedmiddelgebruik binne 'n gegewe populasie duidelik verband hou met die geboortesiferys. Hoe hoër die gebruik van voorbehoedmiddels binne hierdie populasie, hoe laer sal die geboortesiferys wees. Soos reeds genoem is die gebruik van kondome en ander voorbehoedmiddels in Sub-Sahara Afrika baie laag. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) het egter in Suid-Afrika gevind dat kennis van ten minste een voorbehoedmiddel onder vroue algemeen is. Ook 61% seksueel-aktiewe vroue in hierdie studie het genoem dat hul gedurende die tydperk van onderneming van die studie van 'n voorbehoedmiddel gebruik gemaak het. Die volgende siferys is aanduidend van watter voorbehoedmiddels gebruik word in Suid-Afrika:

- 30% vroue maak gebruik van die voorbehoedinspuiting.
- 13% vroue maak gebruik van die voorbehoedpil.
- 12% vroue is gesteriliseer.
- 2.3% vroue maak gebruik van kondome.
- 0.7% vroue maak gebruik van tradisionele metodes.

Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) noem dat die gebruik van moderne voorbehoedmiddels in Suid-Afrika dus hoog is in vergelyking met die res van Sub-Sahara Afrika, en 'n aanduiding is dat Suid-Afrikaanse vroue beter toegang het tot gesinsbeplanningsdienste. Die gebruik van voorbehoedmiddels is ook baie hoog onder vroue met hoër vlakke van onderrig en onder stedelike vroue, insluitende Afrika-vroue wat in stede woon. Die keuse van 'n voorbehoedmiddel verloop ook langs rasse stratifikasie. Witte maak minder gebruik van gesinsbeplanningsdienste en kies 'n voorbehoedmiddel uit 'n wye verskeidenheid van beskikbare

voorbehoedmiddels. Afrika- en Kleurling-vroue maak die grootste groepe uit wat van gesinsbeplanningsdienste gebruik maak, en maak hoofsaaklik van die voorbehoedinspuiting gebruik. Laasgenoemde mag vrae laat ontstaan rondom die vrou se beheer oor haar eie liggaam en seksualiteit. Volgens die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:47) dui die hoë gebruik van die voorbehoedinspuiting daarop dat baie vroue nie vry is om reproduktiewe sake soos die gebruik van 'n voorbehoedmiddel met hul mans of seksmaats te bespreek nie. Laasgenoemde ter syde gesit, en met inagnome van die belang van vrugbaarheid en die voortbring van kinders binne die kulturele konteks in Suid-Afrika, maak Swart vroue dus wel gebruik van voorbehoedmiddels. Daar behoort volgens die navorser egter gelet te word op waarom spesifiek kondoomgebruik laag is, veral aangesien kondoomgebruik of weerhouding van seksuele-omgang die enigste wyses is waarop MIV en VIGS voorkom kan word.

Van Dyk (2001:121) voer bogenoemde terug na die tradisionele Afrika-persepsies van kondome. Kondome is nie populêr in Afrika nie en baie Westerlinge skryf die tekort aan kondoomgebruik toe aan promiskuiteit, onderdanigheid of 'n tekort aan morele en godsdienstige waardes. Laasgenoemde toon min insig van die Afrika-filosofie en is disrespekvol teenoor die Afrika-kultuur. Ten spyte van sosiale- en politiese probleme is daar diep-gewortelde oortuigings teen die gebruik van kondome. Dit sou dus belangrik wees om die versteekte kulturele logika agter die teenstand teenoor kondoomgebruik te bepaal en rondom dit te werk ten einde kondoomgebruik aanvaarbaar te maak. Die volgende persepsies ten opsigte van kondome word onder Afrikane gevind, en mag meer insig bied ten opsigte van die redes waarom kondoomgebruik onaanvaarbaar is vir baie Afrikane:

- Kondome blokkeer die “gawe van die self”– In tradisionele Afrika word daar geglo dat die vloeistowwe wat met seksuele-omgang gepaard gaan, die uitruiling van die “gawe van die self” is en van groot belang is in verhoudings. Indien hierdie vloeistowwe geblokkeer word, voorkom dit vrugbaarheid en kan die betrokke individue ook siek word. Verder word daar geglo dat 'n kondoom in die vagina kan agterbly na seksuele-omgang en die vrou dan 'n “geblokkeerde wese” sal word. Hierdie oortuiging word spesifiek in Suid-Afrika gevind waar Swart vroue glo dat die kondoom na seksuele-omgang agterbly in die liggaam, na die

keel op beweeg en die persoon dan versmoor. Dit sou van groot belang wees om die basiese anatomie aan Afrikane te verduidelik ten einde hierdie oortuigings te voorkom (Van Dyk, 2001:122).

- Kondome voorkom die “rypwording van die fetus”– Daar is ’n wyd verspreide oortuiging in Afrika en veral onder die Zoeloes in Suid-Afrika dat herhaalde bydraes van semen benodig word om die ongebore fetus te vorm en te laat “ryp” word. Afrikane sal dan na kondoomgebruik as onnatuurlik verwys, nie alleen omdat dit die plesier van seksuele-omgang inhibeer nie, maar ook omdat dit inmeng met die natuurlike proses van die fetus se ontwikkeling. Daar word ook geglo dat semen belangrike vitamienne bevat wat bydra tot die fetus se fisieke en verstandelike gesondheid, skoonheid asook die toekomstige vrugbaarheid van vroue (Van Dyk, 2001:123).

Mill en Anarfi (2002:327) sluit aan by bogenoemde deur te verduidelik dat kulturele-oortuigings, insluitende die belang van kinders en die sosiale toelaatbaarheid van buite-egtelike verhoudings vir mans, groot struikelblokke in die pad van MIV-voorkomingstrategieë plaas. ’n *UNAIDS* studie (*HIV/AIDS and Fertility in Sub-Saharan Africa*, 2002:3) onder MIV-positiewe vroue aan die Ivoorkus het gevind dat vroue wat bekend is met hul serostatus steeds die voortbring van kinders as van die hoogste belang beskou. Onder vroue wat nog nie die gewenste aantal kinders gehad het nie, is die inkorting van die aantal kinders wat hul mag hê, gesien as ’n ontkenning van die toekoms. Verdere swangerskappe onder hierdie vroue dien dan as bewys van hul vrugbaarheid en gesondheid aan hul vriende, familie en aan hulself ten spyte daarvan dat hul bewus is van hul positiewe serostatus. Verdere swangerskappe word dus benut as wyse om die dood te ontken en die vrou se verhouding met haar man en skoonfamilie te onderhou, haar teen verwerping en verlating te beskerm en haar te help om haar status as vrou en moeder te onderhou. Hierdie tendense is ook gevind in Kenia, Uganda en Zambië waar dit blyk dat MIV-positiewe vroue “verstandig” optree deur soveel moontlik kinders te hê en te hoop dat sommige sal oorleef. Bogenoemde optrede van vroue word deur die navorser gesien as wyse waarop vroue hulself kan beskerm binne die kulturele verwagtinge wat daar op hul geplaas word totdat hul uiteindelik sterf en hul verhouding met hul mans en skoonfamilie nie meer van belang is nie. Hierdie vroue poog dus om aanvaar te word deur betekenisvolle ander deur middel van swangerskap of die voortbring van kinders ten spyte van hul MIV-status.

Konoomgebruik sou dus problematies wees vir hierdie vroue. Hierdie kwessies gaan egter nie ongesiens verby nie en Van Dyk (2001:121) konstateer dat tradisionele genesers in Afrika die infektering van babas met MIV as 'n groot probleem beskou, aangesien dit die voortbestaan van toekomstige generasies asook die stam se onsterflikheid in gevaar stel. In die Republiek van die Kongo is daar volgens laasgenoemde outeur byvoorbeeld meer klem geplaas op ouer tradisies soos voorhuwelikse maagdelikheid en word getrouheid in verhoudings aangemoedig. Moeders het 'n verdere stap geneem deur met hul kinders oor seksuele-omgang te praat, wat 'n taboe is in hierdie kulture. Daardeur kan moeders ten minste hul kinders se toekoms verseker, hoewel dit vir die moeders self te laat is.

Daar is egter ook studies in Afrika onderneem waar daar gevind is dat vroue wat bewus is van hul MIV-positiewe status 'n sekere mate van twyfel ervaar om kinders te hê. 'n UNAIDS studie (*HIV/AIDS and Fertility in Sub-Saharan Africa*, 2002:3) het gevind dat die volgende drie vrese voorkom:

- Verdere swangerskap sal die voorkoms van MIV vererger, dit wil sê die siekte meer waarneembaar uitbring.
- MIV kan aan 'n toekomstige kind oorgedra word wat die kans op sterfte, emosionele verlies en begrafniskostes sal verhoog.
- Die welsyn van bestaande kinders wat skoolgelde, behuising, pleegsorg en ander probleme insluit, mag verswak.

Die dreigende moontlikheid van die voortydige dood van die moeder word dus opgeweeg teen die voortsetting van toekomstige swangerskappe. Die navorser is van mening dat die vrou se rol as versorger hier duidelik ter sprake is waar die versorging van bestaande kinders opgeweeg word teen verdere swangerskappe waardeur die vrou se gesondheid verswak mag word. Dit is dan hier van belang om te bepaal wat hierdie vroue se optrede mag wees ten einde verdere swangerskappe te voorkom, aangesien hul reeds MIV-positief is, en konoomgebruik in Afrika baie laag is. Die navorser is van mening dat waar daar vroeër in hierdie afdeling genoem is dat die gebruik van die voorbehoedinspuiting baie hoog is in Suid-Afrika, baie vroue hiervan gebruik sal maak ten einde verdere swangerskappe te voorkom sonder om dit met hul mans of seksmaat te bespreek. Die voorbehoedinspuiting kan egter nie MIV-infeksie of MIV-herinfeksie voorkom nie, en die vrou se gesondheid is dus in groter gevaar as waar

kondome gebruik sou word. Van Dyk (2001:121) is van mening dat in plaas daarvan om kondoomgebruik aan te beveel, (aangesien populasie beheer 'n sensitiewe saak in Afrika is, die stam se groei negatief beïnvloed word daardeur en dit sekere tradisionelewaardes en -oortuigings ondermyn) dit nodig is om aan Afrikane te verduidelik hoe om hulself teen seksueeloordraagbare siektes en MIV te beskerm, en om somtyds onbeskermd seksuele-omgang te hê ten einde kinders te kan hê. Daar kan aanbeveel word om nie van kondome gebruik te maak nie totdat die vrou swanger is, maar om tydens haar swangerskap en daarna weer van kondome gebruik te maak. Hoewel hierdie oplossing nie perfek is nie, is dit beter as om aan te beveel dat Afrikane hulself weerhou van seksuele-omgang, en mag infektering deur 'n seksmaat asook van die perinatale baba verminder word in stabiele verhoudings. Die navorser sien egter steeds die volgende leemtes in hierdie benadering:

- Eerstens word MIV en VIGS waar dit voorkom, dikwels geheim gehou en is seksmaats, selfs waar hul in stabiele verhoudings verkeer nie noodwendig bewus van mekaar se MIV-status of seksueleverlede nie, al is hul in daardie spesifieke verhouding getrou aan mekaar.
- Indien beide seksmaats nie MIV-negatief is nie, bestaan die kans dat een seksmaat die ander kan infekteer en kan MIV aan die baba oorgedra word, selfs al word kondome gedurende swangerskap binne 'n stabiele verhouding gebruik.
- Indien albei seksmaats MIV-positief is bestaan daar die kans van herinfeksie van mekaar en MIV-oordraging na die baba, selfs al word kondome gereeld en tydens swangerskap in 'n stabiele verhouding gebruik.
- Die gebruik van kondome tydens swangerskap gaan teen tradisionele oortuigings soos “die rypwording van die fetus” en die aanbeveling dat kondome gebruik word om seksueeloordraagbare infeksies soos MIV te voorkom, mag nie noodwendig sterker opweeg teen kulturele-oortuigings in meer tradisionele samelewings nie.

Bogenoemde leemtes kan moontlik gedek word deur medikasie wat MIV-oordraging van moeder-na-kind voorkom, hoewel MIV-infektering of -herinfeksie tussen seksmaats waarvan een of albei MIV-positief is, steeds mag voorkom. Dit blyk dat bogenoemde outeur se aanbeveling van kondoomgebruik onder Afrikane dan slegs van toepassing is op seksmaats wat albei MIV-negatief is en ook getrou is aan

mekaar. Die MIV-positiewe vrou wat seksueel-aktief is kan haarself in realiteit slegs beveilig deur die deurlopende gebruik van kondome.

6.2.4 Geboortesifers en huwelikstatus

Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:44) konstateer dat die huwelik asook die gebruik van voorbehoedmiddels as twee van die belangrikste bepalers van geboortesifers gesien kan word. Volgens bogenoemde dokument word geboortesifers in die meeste populasies direk gekoppel aan die huwelik, en getroude vroue het meer kinders as ongetroude vroue van dieselfde ouderdom. Tradisioneel is swangerskap by ongetroude vroue in die meeste samelewings nie aanvaar nie, en geboorte is dus gekoppel aan die sluiting van die huwelik tot regdeur die vrou se reproductiewe lewe vir solank as wat die vrou getroud bly. In Afrika was die huwelik 'n universele verskynsel en die voorkoms van swangerskap was hoog onder getroude vroue, terwyl dit weer laag was onder ongetroude vroue. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:45) noem dat afnames in geboortesifers wat in Suid-Afrika voorgekom het, veral waargeneem word onder ongetroude vroue. Hierdie afnames mag gedryf word deur die gebruik van voorbehoedmiddels, en soos wat die MIV- en VIGS-situasie in Suid-Afrika verswaar, kan daar verwag word dat geboortesifers verder sal afneem. Die impak van MIV en VIGS op geboortesifers sal volgens bogenoemde dokument in drievoud voorkom: soos wat meer vroue sterf voor die voltooiing van hul reproductiewe jare sal geboortesifers daal; MIV en VIGS sal die vrugbaarheid van vroue wat andersins kinders sou gehad het verminder; en toenemende kondoomgebruik na aanleiding van publieke opvoedingsprogramme ten einde MIV te voorkom, sal geboortesifers verder laat daal.

Die navorser is van mening dat hoewel bogenoemde studie gevind het dat geboortesifers onder ongetroude vroue afgeneem het, daar gekyk behoort te word na die verskille in geboortesifers tussen getroude en ongetroude vroue, aangesien hierdie verskille aanduidend sal wees van die werklike waarde wat daar aan die huwelik gekoppel word in Afrika. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:45) noem dat die aantal kinders per ongetroude vrou in Suid-Afrika gedurende 1996 ongeveer 3,9 kinders was, in vergelyking met 4,3 kinders per getroude vrou. Hierdie sifers verskil min van mekaar, wat vir die navorser aanduidend is dat die huwelik in

Suid-Afrika sy waarde as bepalende faktor vir die geboorte van kinders verloor het. Volgens bogenoemde dokument kan laasgenoemde gesien word in terme van die onbelangrikheid van die verskil tussen getroud of ongetroud vir Afrika-vroue. Tweedens kan die onbelangrikheid van die huwelik ook gesien word in terme van tiener swangerskappe wat hoofsaaklik onder ongetroude meisies voorkom. Bogenoemde dokument verduidelik dat ten spyte van die afnames in geboortesifers in Suid-Afrika, 'n studie gedurende 1998 getoon het dat 35% van alle meisies onder die ouderdom van 19 jaar alreeds 'n kind gehad het of swanger was. Tiener swangerskappe kom ook meer onder Afrikane, Kleurlinge en ongeskoolde individue voor. Dit blyk egter dat tiener swangerskappe onder Afrikane en Kleurlinge nie in dieselfde negatiewe lig beskou word as onder Wittes nie. Beide Afrika-mans en -vroue koppel groot waarde aan vrugbaarheid en tradisionele kulturele waardes. Dit is dan nie verbasend dat swangerskap onder ongetroude Afrika-vroue en tiener meisies steeds 'n positiewe waarde dra in vergelyking met Wit gemeenskappe nie. Tiener swangerskappe bly egter 'n groot probleem in Suid-Afrika waar MIV en VIGS en die oortreding van die seksuele regte van jong meisies na aanleiding van seksuele molesering en verkragting, voorkom.

6.2.5 Die voorkoms van aborsies onder Afrika-vroue

Aborsie is gedurende 1996 op sosio-ekonomiese gronde in Suid-Afrika gewettig. Voor die wettiging van aborsie het die terminasie van ongewenste swangerskappe dikwels tot sterftes en komplikasies onder vroue gelei. Hoewel aborsie nou wettig is in Suid-Afrika is daar steeds morele- en religieuse struikelblokke wat voorkom op sekere vlakke van die samelewing, en vroue afraai om van hierdie reg gebruik te maak. Die grootste behoefte vir toegang tot aborsiedienste bestaan veral onder agtergeblewe vroue. Met die voorkoms van MIV en VIGS en die nadele wat 'n swangerskap vir die vrou self asook haar bestaande kinders mag inhou, het aborsies aansienlik toegeneem. Op hierdie stadium is dit onmoontlik om te bepaal watter effek aborsie op geboortesifers sal hê, hoewel literatuur aandui dat in lande waar aborsie wettig is die volgende tendense gevind word:

- Hoë voorkoms van aborsie.
- Hoë gebruik van voorbehoedmiddels.

- Lae vlakke van geboortesifers (*Departement van Maatskaplike Ontwikkeling*, 2001:49).

Die navorser maak na aanleiding van die vorige bespreking rondom voorbehoedmiddelgebruik in Suid-Afrika die volgende aannames rondom aborsies in Suid-Afrika:

- Hoë voorkoms van aborsie mag veral onder agtergeblewe armoedige vroue voorkom aangesien hierdie vroue dikwels 'n minderheidstatus beleef en hul regte dikwels oortree word. Waar swangerskap dan onvermybaar is, sou aborsie 'n volgende logiese stap wees in die situasie waarin hierdie vroue hulself bevind. Aangesien tiener swangerskappe in Suid-Afrika hoog is, mag dit bydra tot die hoë voorkoms van aborsie waar swangerskap op 'n vroeë ouderdom ongewens mag wees.
- Hoë gebruik van voorbehoedmiddels mag aanduidend wees van vroue wat van 'n voorbehoedmiddel gebruik maak wat deur hulself beheer word waar hul nie met hul seksmaats kan onderhandel nie, byvoorbeeld die voorbehoedinspuiting. Verder mag dit aanduidend wees van vroue met 'n beter sosio-ekonomiese status en onderrig wat uit 'n verskeidenheid van voorbehoedmiddels 'n keuse maak. Die hoë gebruik van voorbehoedmiddels mag ook aanduidend wees van vroue wat reeds 'n aborsie ondergaan het, en daarna berading ontvang het rondom voorbehoedmiddelgebruik ten einde toekomstige swangerskappe en aborsies te vermy.
- Lae vlakke van geboortesifers mag aanduidend wees van 'n kombinasie van bogenoemde twee verskynsels wat weer aanduidend is van waarom Suid-Afrika laer geboortesifers as enige ander Sub-Sahara Afrika-lande het, en dat hierdie sifers selfs verder mag daal, aangesien aborsie nog net vir 15 jaar lank wettig is in Suid-Afrika.

Die navorser is van mening dat die wettiging van aborsie in Suid-Afrika vir baie vroue met MIV en VIGS 'n wyse is om sonder die man of seksmaat se wete 'n keuse te maak ten opsigte van die swangerskap. In 'n studie wat deur Austin (2002:189-199) onderneem is blyk dit dat 46% MIV-positiewe Swart vroue in Suid-Afrika 'n ongewenste swangerskap sal laat termineer om die volgende redes:

- Is te siek om swangerskap voort te sit.

- Is nie finansiëel in staat om na 'n baba om te sien nie.
- Daar sal niemand wees om na die baba om te sien indien die moeder sterf nie.
- Het reeds 'n baba aan die dood afgestaan as gevolg van MIV en sien dus nie kans om hierdie ervaring weer te beleef nie.

Dit blyk hieruit dat die voorkoms van MIV en VIGS en armoede 'n groot rol speel in die keuse om 'n swangerskap te termineer. Verder het 52% van hierdie MIV-positiewe Swart vroue ook genoem dat hul steeds 'n onbeplande swangerskap sal voortsit om die volgende redes:

- Glo dat aborsie verkeerd is.
- Wil die baba hê selfs al sou die baba MIV-positief wees.
- Man of seksmaat wil graag 'n baba hê.
- Het reeds 'n baba as gevolg van MIV verloor en sal weer 'n kind wil hê.
- Glo dat medikasie sal help dat baba nie MIV-positief is nie.
- Vrees mediese prosedure wat met aborsie gepaard gaan en sal dit eerder vermy.

Dit blyk hieruit dat beide mans en vroue se behoefte aan kinders, wat veral in Afrika sterk verband hou met kulturele-oortuigings, vroue weerhou daarvan om 'n swangerskap te laat termineer. Die navorser is van mening dat kulturele-oortuigings, die tekort aan kondoomgebruik en die voorsetting van ongewenste swangerskappe veral bydra tot die aantal VIGS-wesies in Suid-Afrika. VIGS-wesies sal egter later in hierdie hoofstuk meer volledig bespreek word onder die afsterwe van die vrou as versorger.

6.2.6 Seksueleweerhouding onder Afrika-vroue

Seksueleweerhouding blyk aanvanklik positief te wees waar die weerhouding van seksuele-omgang vir sekere periodes probleme soos ongewenste swangerskappe, MIV en ander seksueeloordraagbare infeksies mag voorkom. Mill en Anarfi (2002:327) konstateer dat nageboortelike seksueleweerhouding 'n gebruik is wat onder baie stamme in Afrika gevind word en vir so lank as 13.8 maande kan duur, afhangende van watter stam die vrou aan behoort. Hierdie gebruik plaas vroue egter onder verdere risiko vir MIV waar die man dan na 'n seksmaat buite die huwelik sal soek ten einde sy seksuelebehoefte te vervul, aangesien hy nie in 'n poligamiese huwelik is nie. Hierdie kulturelegebruike in kombinasie, maak die onderhouding van monogamiese verhoudings onrealisties en sluit ook MIV-voorkoming onder vroue uit.

Die navorser is van mening dat waar nageboortelike seksueleweerhouding veral die vrou as moeder en versorger kan help om geboortes van kinders te spasieer en te fokus op die versorging van babas en jong kinders, blyk dit dat mans se ontrou in monogamiese verhoudings alle moontlike voordele wat nageboortelike seksueleweerhouding mag inhou, sou teenwerk. Waar die vrou met MIV geïnfekteer word en siek word mag sy moontlik nie meer haar rol as moeder kan vervul nie. Verder mag MIV hier ook aan toekomstige kinders oorgedra word.

Daar kan verder gekyk word na seksueleweerhouding deur jong meisies wat nog maagde is. Hierdie aspek hou nie so sterk verband met die Afrika-vrou as moeder nie, maar hou wel direk verband met die gesondheid van Afrika-vroue as toekomstige moeders. Volgens die navorser kan dit nie ontken word dat maagdelikheid jong meisies moontlik onder risiko plaas vir MIV nie, en kan hierdie konsep 'n tweeledige nadeel inhou. Eerstens kan jong meisies aan verkragting blootgestel word waar daar geglo word dat seksuele-omgang met 'n maagd 'n man van MIV kan genees (Esu-Williams, 2000:124; Gupta, 2000:5; Kott, 2002:22). Die slagoffer van verkragting word dus blootgestel aan MIV, seksueeloordraagbare infeksies en die moontlikheid van 'n ongewenste swangerskap. Tweedens het ouer mans 'n voorkeur vir jonger meisies in die hoop dat hierdie meisies 'n kleiner kans het om alreeds MIV-geïnfekteer te wees. Mill en Anarfi (2002:327) konstateer dat hierdie jonger meisies juis as gevolg van ouer mans se voorkeure, 'n groter kans staan om MIV op te doen. Vroue se lae sosio-ekonomiese status plaas hul onder verdere risiko om jonger in die huwelik te tree met 'n ouer man. Die formasie van seksuele vennootskap tussen jonger meisies en ouer mans het die epidemiologie van MIV heeltemal verskuif. Hierdie verskynsel het veroorsaak dat die MIV-spits op 'n baie jonger ouderdom onder vroue voorkom, en sterftes dus ook op 'n baie jonger ouderdom sal voorkom. Die MIV-spits in Ghana kom byvoorbeeld by vroue tussen 25-29 jaar voor en by mans tussen 35-39 jaar voor, wat aandui dat vroue op 'n baie vroeër ouderdom deur MIV geïnfekteer word as mans.

Om bogenoemde verder te kompliseer word die risiko-faktore soos vroeër huwelike, vermyding van kondoomgebruik en negatiewe teenoor poligamie ook deur godsdienstgroepe aangemoedig. Takyi (2003:1222) verduidelik dat vroue in Ghana se gedrag ten opsigte van MIV sal verskil afhangende van die tipe godsdienstige groep waaraan hul behoort. Daar kan byvoorbeeld gekyk word na Evangelistiese kerke wat

uitspraak lewer teen immoraliteit en eerder vroeë huwelike aanbeveel, terwyl poligamie teengestaan word soos in ander Christelike kerke. Onder Moslems en Katolieke word kondoomgebruik afgeraai, aangesien hierdie godsdiensgroepe oortuig is dat kondoomgebruik promiskuïteit aanmoedig. Waar die navorser dan deurentyd verwys na die moontlike invloed van die Afrika-kultuur op die verspreiding van MIV, blyk dit dat idees wat deur middel van godsdiens op Afrikane afgedwing word, ook negatiewe gevolge vir vroue mag inhou. Seksuele weerhouding blyk dus vir die navorser slegs veilig te wees tot op die punt waar 'n maagd in die huwelik tree of die vrou wat haarself van seks weerhou vir 'n tydperk, weer haar seksuele verhouding hervat.

6.3 Die Afrika-vrou as versorger

Esu-Williams (2000:123) noem dat Afrika-vroue gekondisioneer word met die idee dat hul eie lewens van minder belang is as die van hul mans en kinders. Marcenko en Samost (1999:37) verduidelik dat benewens diskriminasie en armoede wat bydra tot vroue se spanningvolle lewens, hul ook die primêre versorgers van hul kinders is. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) konstateer dat die vrou primêre verantwoordelikheid aanvaar vir die versorging van kinders. Die druk wat dan op vroue geplaas word om huishoudelike- en ekonomiese verantwoordelikhede te dra, laat min tyd oor vir die versorging van die kinders of die vrou se eie behoeftes. Evans en Steptoe (2002:482) is van mening dat hierdie konflik tussen die werk en huishouding of binne die gesin self, geassosieer kan word met beperkte psigologiese welstand, en negatiewe gevolge kan inhou soos alkoholmisbruik. Hierdie patrone is veral relevant vir vroue, aangesien vroue steeds verantwoordelik bly vir die meeste huishoudelike take, selfs waar beide die man en die vrou 'n beroep beoefen of werk. Laasgenoemde outeurs is van mening dat vroue se kwesbaarheid vir MIV en VIGS hier verband hou met Afrika-vroue wat nie toegerus is om 'n invloed uit te oefen in 'n wêreld wat deur mans beheer word nie.

Waar die vrou dan optree as primêre versorger van haar kinders blyk dit dat die vader se afwesigheid veral hiermee verband hou. Fuhrer en Stansfeld (2002:811) is van mening dat die Afrika-vrou min aan haar situasie as moeder en versorger kan verander

ten einde ook voordele daaruit te trek, indien daar nie veranderings in kulturele-oortuigings ten opsigte van geslagsrolle plaasvind, en die Afrika-man 'n verantwoordelike rol as vader en mede-versorger inneem nie. Dit blyk volgens Campbell (1995:204) dat die verskille in die wyses waarop mans en vroue gesondheidsbevorderende gedrag benader, direk verband hou met geslagsrolle. As gevolg van sosio-kulturele geslagsrolle is vroue soos reeds genoem, dikwels die versorgers van hul gesinne en neem hul dus verantwoordelikheid vir die gesondheid van die hele gesin, insluitende die van die seksmaat. Vroue het dus 'n sterker gedefinieerde sin vir die toekoms en is meer verantwoordelik rondom gesondheidskwessies. Waar laasgenoemde rol in verband gebring word met MIV, word vroue die risiko-bestuurders vir beide hulself en hul seksmaats, en faal mans daarin om verantwoordelikheid te neem vir hul eie gesondheid. Die idee wat dus deurentyd versterk word is dat vroue ook verantwoordelik is vir veiliger seks. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) noem dat dit juis 'n tekort aan verantwoordelikheid vanaf die vader is wat Afrika-vroue in moeilike omstandighede laat. Daar is gevind dat veral plattelandse vroue wie se mans nie tuis woon nie, maar elders werk, probleme ervaar wanneer die man ophou om geld huis toe te stuur en die vrou dus nodig het om die gesin beter te beplan ten einde gesinslede te kan onderhou. Marcenko en Samost (1999:37) noem dat hierdie vroue verder probleme ervaar met die bekendmaking van hul MIV-positiewe status, moontlike oordrag van die virus na ander, die beplanning van hul kinders se toekoms, finansiële probleme, stigmatisering en probleme met toegang tot gesondheidsdienste. Hierdie faktore veroorsaak 'n situasie waar die MIV-positiewe vrou haar kinders probeer onderhou met beperkte middele tot haar beskikking, waar sy moet sorg vir 'n kind wat terminaal siek is, en ook haar eie skuldgevoelens en self-blamering probeer verwerk.

Waar die vrou se rol as versorger essensieel is in die versorging van kinders, word daar vervolgens gelet op die gevolge van die afsterwe van die vrou as versorger, alternatiewe versorgers vir VIGS-wesies en die versorgingsbehoefte van VIGS-wesies.

6.3.1 Gevolge van die afsterwe van die vrou as versorger

Bradshaw, Johnson, Shneider, Bourne en Dorrington (2002:20) konstateer dat indien betekenisvolle seksuele gedragsverandering of -intervensie nie voorkom nie, 30% van alle Suid-Afrikaanse kinders tussen die ouderdom van 15-17 jaar hul ouers sou verloor teen 2015. Die getal van VIGS-wesies onder die ouderdom van 18 jaar wat 'n moeder verloor het, sal teen 2015 'n spits bereik van 3,1 miljoen, wat 'n veel hoër getal is wanneer die ouderdom van 18 as afsnypunt vir VIGS-wesies gebruik word. Die aantal VIGS-wesies wat 'n vader verloor het as gevolg van VIGS sal teen 2015 by ongeveer 4,7 miljoen 'n spits bereik. Die aantal VIGS-wesies wat een of beide ouers verloor het as gevolg van VIGS, sal 'n spits bereik van ongeveer 5,7 miljoen teen 2015. Die aantal VIGS-wesies wat vaders verloor het of dubbele wesies is, word onderskat aangesien vaders wat steeds leef maar afwesig is, nie in ag geneem word nie. Daar kan rofweg gesê word dat een derde van alle kinders in Suid-Afrika onder ouderdom van 18, een of beide ouers teen 2015 sou verloor het indien betekenisvolle gedragsverandering of intervensie nie voorkom nie.

Bogenoemde hou volgens die navorser direk verband met die vrou se rol as primêre versorger van haar kinders. Indien die vrou as versorger afsterf na aanleiding van MIV en VIGS word kinders wees gelaat en word alternatiewe versorging vir hierdie kinders benodig, met inagnome dat vaders reeds gesterf het of afwesig is in hierdie kinders se lewens. Daar word dan vervolgens gelet op alternatiewe versorgers vir hierdie VIGS-wesies.

6.3.2 Alternatiewe versorgers vir VIGS-wesies

Die navorser is van mening dat ten spyte van Suid-Afrika se gevorderde wetgewing en beter infrastruktuur in vergelyking met ander Sub-Sahara Afrika-lande, daar gebruik gemaak kan word van navorsing rondom die VIGS-wesieverskynsel in ander Afrika-lande ten einde Suid-Afrika voor te berei op wat verwag kan word. Laasgenoemde mag veral verband hou met wie na hierdie VIGS-wesies sal omsien indien die primêre versorger naamlik die moeder, afsterf. Singizi (2003:7) het voorspel dat die getalle van VIGS-wesies in ander Afrika-lande soos Botswana, Malawi, Tanzanië, Uganda, Zambië en Zimbabwe reeds teen 2010 baie hoog sou wees, waar een uit elke drie tot vier kinders wees agtergelaat sal word. Lewis

(2003:9) verduidelik dat die VIGS-wesieverskynsel in Zambië reeds 'n groot probleem is. 'n Voorbeeld hiervan is 'n 84-jarige blinde man en sy twee bejaarde vroue van 76 en 78 jaar wat na 32 VIGS-wesies omsien, nadat agt van hul nege kinders na aanleiding van VIGS gesterf het, terwyl die laaste kind sterwend is. Die kleinkinders waarna hierdie bejaardes omsien se ouderdomme strek vanaf 2-16 jaar. Dit is reeds 'n algemene verskynsel dat grootmoeders die versorgers van VIGS-wesies word. Hierdie grootmoeders is self verarm en mag moontlik nie meer lank leef nie, en die uitdunning van families is van so aard dat daar dikwels niemand oorbly in opvolgende generasies nie. Singizi (2003:7) sluit aan by laasgenoemde deur te verduidelik dat die las van die versorging van weeskinders op die reeds verarmde grootouers val, wat gewoonlik die enigste direkte familie van hierdie kinders is. Grootouers versorg dikwels nie net hul eie siek kinders nie, maar worstel ook om na groot getalle kleinkinders om te sien. Dit blyk dan dat spesifiek die grootmoeders in Sub-Sahara Afrika versorgers van VIGS-wesies is. Volgens Lewis (2003:10) is 'n middel-generasie totaal afwesig, en bly daar kinders, jong meisies, ouer vroue en ouer mans oor met geen tussen-generasie nie. Met inagnome van hierdie kinders se ouderdomme en dus verskillende ontwikkelingsfases, ontstaan die vraag by die navorser of grootmoeders in hierdie kinders se fisieke- en emosionele behoeftes sal kan voorsien. Natrass (2002:9) meen egter dat die kombinasie van die uitgebreide familiesisteem en die migrasie arbeidsisteem in Afrika getoon het dat dit redelik algemeen is vir kinders om in ander huishoudings groot te word. Die hoof rolmodelle vir Afrika-kindere kan hul grootouers, ooms, tantes en niggies of nefies wees. Zambiese navorsing toon dat die hoof probleem by die verlies aan ouers, nie die tekort aan rolmodelle en versorgers vir kinders is nie, maar eerder emosionele spanning. Natrass (2002:10) meen ook dat daar geen grondige bewyse is dat versorgers VIGS-wesies anders behandel as ander lede van die huishouding nie. 'n Studie in Lusaka het bevind dat daar geen korrelasie tussen VIGS-wesies en slegter behandeling is in terme van voeding in vergelyking met ander lede van die huishouding nie. Daar is gevind dat die uitgebreide familie steeds na siek lede en wesies omsien ten spyte van die ontberings wat hierdie families self beleef. 'n Ander Zambiese studie het bevind dat die uitgebreide familie steeds die hoof versorger van VIGS-wesies bly, ten spyte van die vernietigende effek van MIV en VIGS op die familie. Kenners is dus van mening dat die Afrika-familiestruktuur steeds nie ineengestort het onder die gewig van VIGS nie.

Lim (2003:12) verduidelik dat die uitgebreide familie soos ooms en tantes wel as veiligheidsnet dien en die gesegde “daar is geen weeskinders in Afrika” dus gebruik word. Die stedelike omgewings van Afrika verswak egter die familie netwerk, hoewel families in Afrika steeds gewillig is om sorg aan weeskinders te bied. In die armoedige woongebiede van Lusaka sien soveel as 85% families na weeskinders om. In Zambië kyk grootouers na een uit drie wesies. Singizi (2003:7) is egter van mening dat dié tradisionele buffer vir weeskinders, naamlik die uitgebreide familie tot ’n breekpunt gedryf is. Die realiteit wat weeskinders in die gesig staar is dat die uitgebreide familie wat self skaars oorleef, selde die middele of motivering het om na VIGS-wesies om te sien. Vanmali (1997:16) konstateer dat die impak van MIV en VIGS sterk gevoel word deur welsynsorganisasies wat fokus op kinder- en gesinsorg in Suid-Afrika, veral waar groot getalle familieledede aansoek doen vir pleegouertoelae. In Pietermaritzburg het aansoeke vir pleegouertoelae by welsynsorganisasies ’n toename vanaf 20% na 80% getoon gedurende 1997. Navorsing toon ook dat groot getalle gesinne in KwaZulu-Natal alreeds kinders versorg wat nie hul eie is nie, en daar dus ’n bereidheid in gemeenskappe bestaan om ouerlose kinders te versorg. Dit blyk egter dat hierdie bereidheid afhanklik is van eksterne ondersteuning soos pleegouertoelae.

Die navorser is van mening dat die verloop van die MIV- en VIGS-epidemie in Suid-Afrika die volgende sal toon:

- Alle familieledede of uitgebreide families wat na VIGS-wesies omsien sal ’n toenemende behoefte na finansiële bystand ervaar soos wat die getalle van VIGS-wesies toeneem en families verder verarm. Staatstoelae mag dus onder nog meer druk geplaas word in ’n poging om in hierdie gesinne se finansiële behoeftes te voorsien.
- Grootmoeders sal slegs tydelik na VIGS-wesies kan omsien voordat hul self afsterf en daar na alternatiewe vorme vir die versorging van VIGS-wesies gekyk moet word.
- Familieledede of uitgebreide families wat na VIGS-wesies omsien mag self deur MIV en VIGS geaffekteer word, wat weer eens die behoefte aan alternatiewe versorging van VIGS-wesies impliseer, wanneer hierdie familieledede siek word of afsterf en nie meer versorging kan bied nie.

Die navorser is dus van mening dat die verloop van die MIV- en VIGS-epidemie in Suid-Afrika sal toon dat die versorging van VIGS-wesies deur familieledede of uitgebreide families nie 'n permanente oplossing is nie. Laasgenoemde impliseer dat die Staat verantwoordelik sal wees vir VIGS-wesies wat geen heenkome het nie, en ook 'n finansiële bydra sal moet maak tot die versorging van hierdie wesies. Met inagname van die omgewing waarin uitgebreide families VIGS-wesies versorg, word die afhanklikheid van sekere toelae aan hierdie families ook meer duidelik. Epstein (2002:15) verwys na gebiede soos Kibera in Kenia wat rofweg een vierkante myl omvat. Daar is geen elektrisiteit, water of sanitasie nie en strate is oorvol. Die navorser wil laasgenoemde in konteks bring met die bestaan van informele nedersettings in Suid-Afrika waar soortgelyke omstandighede gevind word. Waar VIGS-wesies deur oorblywende uitgebreide familieledede versorg moet word, is basiese behoeftes soos water en sanitasie slegs enkele van die probleme wat ervaar mag word. 'n Ander belangrike sy van die versorging van VIGS-wesies sluit ook die emosionele- en psigologiese versorgingsbehoefte van hierdie kinders in.

6.3.3 Versorgingsbehoefte van VIGS-wesies

President Kibaki van Kenia noem dat behalwe vir die toenemende getalle van VIGS-wesies, ontnem die MIV- en VIGS-pandemie kinders van die waardes en ondersteuning vir hul emosionele groei (Singizi, 2003:7). Hy stel laasgenoemde soos volg:

As we continue to talk about the HIV/AIDS pandemic, the disease strikes away our people every minute. It leaves villages wailing, as another breadwinner is plucked from society, increasing the number of orphaned children. Children who have to grow up, without parents to praise them when they have conquered the world, and to pick them up, when they have fallen by the wayside.

Verskeie studies in Afrika en Suid-Afrika mag aanduidend wees van moontlike probleme wat op grootskaal beleef sal word soos wat getalle van VIGS-wesies toeneem. Daar kan veral op die volgende studies gelet word:

- Lewis (2003:10) is van mening dat waar daar nie genoeg volwassenes oorbly vir die versorging van kinders nie, daar geen kennis, ervaring en belangrike waardes oorgedra word van een generasie tot 'n volgende nie. Baie kinders word dus groot sonder enige emosionele anker wat stabiliteit in hul lewens kan bring. Singizi

(2003:7) sluit hierby aan deur te noem dat naas die oorweldigende getalle van VIGS-wesies, hierdie kinders grootword sonder enige emosionele anker wat hul kan beskerm teen die realiteit van die wêreld. Lewis (2003:10) verwys byvoorbeeld na gesinne waar 'n kind aan die hoof van die huishouding staan en daar niemand beskikbaar is om basiese konsepte soos menstruasie aan jong meisies te verduidelik nie.

- Bradshaw *et al.* (2002:20) verduidelik dat weeskinders nie alleen getraumatiseer word deur die verlies aan ouers nie, maar ook mag kortkom aan die nodige ouerlikeleiding in belangrike lewensfasies van identiteitsvorming en sosialisering tot volwassenheid. Hierdie kinders se vermoë om konstruktief deel te neem aan die sosiale- en ekonomiese lewe mag negatief beïnvloed word, en sal sonder twyfel bydra tot verhoogde vlakke van jeugmisdaad, ekonomiesedruk op die Staat asook afnemende geletterdheid, wat kostes is waarmee Suid-Afrika gekonfronteer sal word. Psigososiale gevolge sal vererger word deur samehangende bedreigings vir basiese oorlewing (voedsel, behuising, onderrig en gesondheidsorg) en sekuriteit (beskerming teen uitbuiting en mishandeling) wat dikwels deur weeskinders ervaar word. Mataure *et al.* (2000:3) stem saam met bogenoemde outeurs en meen dat daar die gevaar bestaan van toenemende getalle kinders wat onopgevoed, ongeletterd en ongesosialiseerd grootword om 'n generasie van jong volwassenes te vorm sonder enige vaardighede of vermoë om 'n bydra tot die samelewing te lewer. Laasgenoemde is verstaanbaar wanneer daar slegs na 'n enkele belangrike fase soos adolessensie gekyk word. Van Dyk (2001:186) konstateer dat identiteitsontwikkeling een van die belangrike psigologiese take gedurende die adolessente jare is. Daar word in hierdie tydperk gereflekteer op die adolessent se plek in die samelewing, hoe ander die adolessent sien en moontlikhede vir die toekoms. Sosiale kragte speel 'n belangrike rol in die adolessent se sin van die *self*, terwyl mense waarmee die adolessent omgaan dien as 'n spieël wat inligting terug reflekteer oor wie die adolessent is of veronderstel is om te wees. Studies toon dan dat VIGS-wesies 'n swakker selfbeeld het, meer aggressief is en meer angstigheid en depressie as ander kinders ervaar (Bradshaw *et al.*, 2002:21).
- Kinders wat vervreem geraak het van hul uitgebreide families of deur families verwerp word staan 'n groter kans om straatkinders te word wat anti-sosiale gedrag

soos sekswerk onderhou (Bradshaw *et al.*, 2002:21). Mataure *et al.* (2000:3) sluit aan by laasgenoemde deur te verduidelik dat in omstandighede waar familieledede nie oor die middele beskik of enige geïnteresseerdheid het om na VIGS-wesies om te sien nie, hierdie kinders dikwels geforseer word om straatkinders te word. Lim (2003:12) noem dat straatkinders tans slegs 'n fraksie uitmaak van die miljoene kinders in Sub-Sahara Afrika wat VIGS-wesies is. Die navorser is van mening dat hierdie getalle sal styg en dat straatkinders ook 'n volgende risiko-groep vir MIV en VIGS sal word in Suid-Afrika. Eaton *et al.* (2003:162) konstateer dat seksuele mishandeling en verkragting 'n konstante gevaar is vir straatkinders, hoewel vrywillige seks ook 'n belangrike gesondheidsrisiko is. Sekswerk is 'n wyse waarop geld bekom kan word, maar kliënte wil gewoonlik onbeskermd seks hê. Romantiese verhoudings kom ook tussen straatkinders voor, en baie straatkinders het meer as een seksmaat saam met wie hulle nie kondome gebruik nie. 'n Verdere risiko-faktor is substansgebruik waar straatkinders selde onder die invloed van dwelms van kondome gebruik sal maak.

- Mill en Anarfi (2002:329) se studies in Ghana toon dat kinders, veral jong meisies wat in pleegsorg geplaas word by uitgebreide familieledede, na aanleiding van hul ouers se sterfte of egskeiding, nie skoolonderrig voltooi nie. Daar is bevind dat daar van hierdie kinders verwag word om huishoudelike take, versorging van ander kinders asook die generering van 'n inkomste te onderneem. In sekere gevalle is daar ook bevind dat hierdie kinders weggestuur word na stede om as sekswerkers 'n inkomste vir die familie in wie se pleegsorg hulle geplaas is, te verdien.
- Lewis (2003:11) kyk ook na verdere implikasies en verduidelik dat die krisis van die VIGS-wesieverskynsel al tot so mate verloop het dat kinders wat voorheen wees gelaat is, self nou kinders van hul eie het. Die vraag wat hier gestel word is hoe kinders groot gemaak kan word as die ouer self geen ouerlike sorg as voorbeeld gehad het nie.

Bradshaw *et al.* (2002:20) is van mening dat Suid-Afrika aansienlike kostes in die gesig staar indien daar nie voorsiening gemaak word vir die versorging van VIGS-wesies nie. Lewis (2003:11) konstateer dat daar nêrens in die wêreld al 'n plan ontwikkel is om die VIGS-wesieverskynsel te hanteer nie, hoewel Afrika meer

ervaring het van VIGS-wesies as die res van die wêreld. Die Suid-Afrikaanse Konstitusie beskerm wel kinders se regte en Pillay (2000:26) omskryf die volgende seksies uit die Konstitusie:

- Seksie 28 (1) (c) van die Konstitusie voorsien dat elke kind die reg het tot basiese voeding, behuising, gesondheids- en maatskaplikedienste.
- Seksie 28 (1) (b) voorsien dat elke kind die reg het tot 'n gesin of ouerlike sorg, of tot gepaste alternatiewe sorg wanneer die kind vanuit die gesinsomgewing verwyder word.

Die navorser is egter van mening dat indien spesifieke beplanning rondom die versorging van VIGS-wesies nie onderneem word nie, of te laat geïmplementeer word, die Suid-Afrikaanse Konstitusie soos bo aangehaal, van geen waarde sal wees sonder die nodige hulpbronne nie. Volgens Lewis (2003:11) bestaan die nodige kennis en menslike hulpbronne soos organisasies vir mense wat met MIV en VIGS leef, jeugportuur-beraders, aktivistiese vrouegroepe en gemeenskaps- en kerkgroepe. Noodsaaklike ondersteuning aan hierdie groepe en die nodige instrumente om belangrike funksies te verrig, skiet egter kort. Daar kan ook gelet word op pro-aktiewe optrede en Bradshaw *et al.* (2002:21) is van mening dat anti-retroviralebehandelingsprogramme 'n groot verskil kan maak om getalle van VIGS-wesies af te bring. Ouers se lewens kan hierdeur verleng word totdat kinders 'n fase bereik waar hul na hulself kan omsien, en voorspelde getalle van VIGS-wesies kan teen 2015 met die helfte verminder word met behulp van anti-retrovirale intervensie. Daar bestaan dus verskeie wyses waarop die VIGS-wesie probleem in Suid-Afrika aangespreek kan word. Die navorser is van mening dat dit verder van belang mag wees om kulturele waardes wat bydra tot die groei van die VIGS-wesie populasie ook in ag te neem. Daar kan byvoorbeeld gelet word op die belang van kinders binne die Afrika-kultuur, en MIV-positiewe vroue se pogings om aan hierdie kulturele vereistes te voldoen deur soveel moontlik kinders te hê voordat die siekte sy tol eis.

6.4 Samevatting

Die vrou se rolle as moeder en versorger is in hierdie hoofstuk bespreek waar daar tradisioneel van die vrou verwag word om te bewys dat sy werdig is om mee te trou, kinders kan hê en na die gesin sal kan omsien. Kulturele-oortuigings en -gebruike plaas ernstige struikelbokke in die aanneem van MIV-voorkomende strategieë vir

vroue. Dit is byvoorbeeld in Afrika ondenkbaar dat 'n vrou nie kinders wil hê nie. Swangerskap in Afrika is dus hoog, terwyl voorbehoedmiddelgebruik baie laag is. Laasgenoemde hou veral verband met kulturele-oortuigings soos persoonlike onsterflikheid deur kinders, maar ook praktiese redes soos die belang van kinders vir dag-tot-dag funksionering. Na aanleiding van laasgenoemde mag kondoomgebruik problematies wees. Die vrou as primêre versorger poog dan om beide huishoudelike en ekonomiese verantwoordelikhede te dra in afwesigheid van die vader. Suid-Afrika se geboortesiferys is egter steeds laer as die van ander Sub-Sahara Afrika-lande, maar agtergeblewe Suid-Afrikaanse vroue ervaar steeds 'n behoefte na aborsiedienste. Suid-Afrikaanse vroue maak veral gebruik van die voorbehoedinspuiting wat daarop mag dui dat hul nie volle beheer oor hul reproduksie regte het nie, of nie die vrymoedigheid het om voorbehoedmiddelgebruik met hul mans of seksmaats te bespreek nie. In Suid-Afrika is daar min verskil tussen geboortesiferys onder getroude en ongetroude vroue, wat aandui dat die huwelik sy waarde as bepalende faktor vir die voortbring van kinders verloor het. Een van die belangrikste gevolge van die voorkoms van MIV en VIGS onder die vrou as moeder en versorger is VIGS-wesies wat na afsterwe van die moeder agtergelaat word. Laasgenoemde vereis alternatiewe versorging vir wesies en mag veral negatiewe gevolge inhou wat hierdie wesies se finansiële-, emosionele- en psigologiese versorgingsbehoefte aanbetref. In die opvolgende hoofstuk word daar gelet op die laaste twee rolle van die vrou, naamlik haar rolle as enkelouer en broodwinner.

HOOFSTUK 7

Die Afrika-vrou in haar rolle as enkelouer en broodwinner

7.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk word daar gelet op die vrou se rolle as enkelouer en broodwinner van die gesin. Hierdie rolle staan in noue verband tot mekaar, en hoewel daar ooreenstemming tussen hierdie rolle voorkom, sal die rolle elk apart bespreek word. Onder die vrou as enkelouer word daar gelet op die voorkoms van gesinne in Suid-Afrika waar die vrou as enkelouer optree, sowel as behoeftes wat hierdie ouers beleef wat gesins- en gemeenskapstrukture aanbetref. Laasgenoemde strukture oefen veral 'n invloed uit op kinders van enkelouer-moeders. Onder die vrou as broodwinner word daar gelet op aspekte wat verband hou met die vrou se vermoë om as broodwinner na haar gesin om te sien. Daar word gekyk na grondbesit vir vroue, vroue se betrokkenheid in die informelesektor, werkloosheid onder vroue, sekswerk en mansvriende vir oorlewing en die gevolge van armoede vir die vrou as broodwinner en haar kinders.

7.2 Die Afrika-vrou as enkelouer

Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) het gevind dat die Afrika-vrou in baie gesinne in Suid-Afrika as hoof van die huishouding optree waar die vader nie teenwoordig is nie of in 'n ander gebied werk. 'n Studie wat deur Govender en Killian (2001:4) onderneem is toon dat 40,2% gesinne in Swart woonbuurte in Suid-Afrika slegs een ouer per huishouding het, wat 'n akkurate weerspieëling is van die ekstreme hoë voorkoms van enkelouer-gesinne. Verder dui 60% Suid-Afrikaanse jeugdiges aan dat die moeder as betekenisvolle versorger beskou word, terwyl slegs 11% jeugdiges beide ouers as betekenisvolle versorgers aandui. Laasgenoemde bevinding stem ook ooreen met Austin (2002:161) se studie onder Swart MIV-positiewe vroue in Suid-Afrika wat aandui dat slegs in 12% gevalle die vrou se eggenoot of maat as hoof van die gesin optree. Macklin (1991:99) se studie het reeds in die vroeë 1990's getoon dat die meeste vroue met MIV en VIGS dikwels enkelouers is. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) dui aan dat Afrika-vroue van alle ouderdomme selde in die huwelik tree, en dat verstedeliking

van mans na mynbougebiede hierdie syfer verder laat daal. Ten spyte hiervan is geboortes by Afrika-vroue in Suid-Afrika steeds algemeen, hoewel dit laag is in vergelyking met die res van Sub-Sahara Afrika. Huishoudings waar 'n vrou as hoof van die gesin optree is dus 'n algemene verskynsel. Vroue neem alle verantwoordelikheid vir hul kinders op hulself, en hierdie gesinne word veral in armoedige plattelandse- en stedelikegebiede gevind. Groot gesinne is steeds die norm in armoedige plattelandsegebiede, hoewel Swart vroue in Suid-Afrika geforseer word om die aantal kinders te beperk ter wille van oorlewing.

Dit blyk dat ongewenste of onbeplande swangerskappe 'n verdere probleem is wat deur vroue as enkelouers beleef word. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:45) konstateer dat ten spyte van die gebruik van voorbehoedmiddels onder hierdie vroue wat as enkelouers optree, die meerderheid van die swangerskappe ongewens en onbeplan is. Die vader sal ook selde verantwoordelikheid neem vir die finansiële-, emosionele- of praktiese ondersteuning van die kind. Die moeder verlaat dan skool en bring so 'n einde aan haar persoonlike ontwikkeling, en is kwesbaar vir armoede, seksuele-uitbuiting, geweld en 'n lae selfbeeld. As gevolg van die moeder se jeugdige ouderdom is die kind ook kwesbaar vir perinatale sterfte, en indien die kind gebore word is dit dikwels in omstandighede waarin die kind nie emosioneel of finansiële ondersteun kan word nie. Dit blyk dat sterftes nie alleenlik onder jonger vroue met min formele onderrig se kinders voorkom nie. Pick *et al.* (2002:200) het bevind dat vroue wat na stedelikegebiede migreer meestal beter onderrigvlakke het en dus oor beter potensiaal beskik om te oorleef in kompeterende stedelikegebiede. Die aantal skoolgaande jare, veral op primêre vlak, hou verband met 'n hoër inkomste vir vroue. Dit blyk egter dat vroue met beter skoolopleiding hul jonger kinders in die sorg van ouer kinders laat om te gaan werk, wat weer in verband gebring word met hoër sterftesyfers onder kinders. Laasgenoemde staan dan in teenstelling met die algemene oortuiging dat hoër vlakke van onderrig vir moeders, sterftesyfers onder kinders afbring.

In 'n studie wat deur Austin (2002:168) onderneem is, is daar gevind dat 50% Swart MIV-positiewe vroue finansiële afhanklik is van hul families. Van die vroue wat wel 'n inkomste van hul eie verdien het, ontvang 44% slegs tussen R500-1000 per maand

waardeur 'n gesin van gemiddeld vyf lede onderhou moet word. Armoede blyk dus nog 'n probleem te wees wat veral onder enkelouer-vroue gevind word. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) verduidelik dat armoede hoog is in Suid-Afrika ten spyte van die afnames in geboortesyfers, en dat 21% van alle Suid-Afrikaners onder die lyn van absolute armoede leef. Sosiale faktore soos onderrig, werkloosheid en swak gesondheid asook behuisingskwaliteit hou verband met armoede, en van alle groepe in Suid-Afrika word veral Afrika-vroue deur hierdie sosio-ekonomiese faktore van armoede geaffekteer. Armoede en die samehangende aspekte daarvan hou weer direk verband met hoër geboortesyfers, groter gesinne en laer gebruik van voorbehoedmiddels. Gesinne in plattelandsegebiede word blootgestel aan armoedesyfers waar dit in plattelandsegebiede ongeveer 70% is, in vergelyking met 30% in stedelikegebiede.

Die vrou as enkelouer word dus blootgestel aan ongewenste of onbeplande swangerskappe, waar sy in afwesigheid van die vader poog om na haar kinders om te sien, ten spyte van die voorkoms van armoede. Hierdie situasie hou ook negatiewe gevolge in vir enkelouer-kinders. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:45) konstateer dat die negatiewe implikasies van die algemene voorkoms van swangerskap onder Afrika-vroue die verlating van kinders, straatkinders, kinderverwaarlosing en kindermishandeling is. Daar word dan vervolgens gelet op probleme wat spesifiek deur enkelouer-kinders ervaar word en aanduidend is van die vrou as enkelouer se behoeftes en tekortkominge.

7.2.1 Enkelouer-gesinstrukture

McNulty en Bellair (2003:714) bevind dat afwyking van die tradisionele twee-biologiese-ouer gesin negatiewe gevolge vir kinders inhou as gevolg van versteuring, beperkte hulpbronne en 'n minder optimale sosialiseringomgewing. Die volgende belangrike bevindings is deur McNulty en Bellair (2003:714-15) gemaak:

- Egskeiding, opbreking of sterfte van 'n ouer veroorsaak oorlaaide verantwoordelikhede vir die oorblywende ouer, wat aanleiding gee tot gesinsbestuur waardeur die ouer se vermoë om ondersteuning te bied en beheer uit te oefen, beperk word.

- Die vereistes wat aan enkelouers gestel word mag oorweldigend wees, veral waar ekonomiese hulpbronne beperk is. Beheer en sosialisering van kinders mag dus meer problematies wees as in gesinne waarby albei ouers teenwoordig is.
- Enkelouers het minder opvoedkundige hulpbronne om aan hul kinders te voorsien, minder tyd om kinders aktief te monitor en toesig te hou, en staan 'n kleiner kans om 'n sterk ouer-kind band te vorm as gevolg van ekonomiese spanning.
- Enkelouers faal in die daarstelling van duidelike verwagtinge, terwyl beperkte supervisie en oordadige of inkonsekwente dissipline ook deur enkelouers toegepas word.
- Kinders uit armoedige enkelouer-gesinne neig om swakker verbintenisse te hê met hul gesinne en skole, en loop 'n groter risiko om betrokke te raak by bendes, misdaad en gewelddadige gedrag, as kinders uit gesinne met beide ouers.
- Swak gesinsverbintenisse mag 'n invloed uitoefen op misdadige gedrag onder jeugdige deurdadig kinders se sensitiwiteit vir ouerlike opinies en dissiplinerende beheer geminimaliseer word, en verpligtinge teenoor konvensionele bronne van beheer soos skole, verlaag. Kinders se kwesbaarheid vir invloede buite die gesin soos groepsdruk en bendes verhoog dan.
- Oneffektiewe ouersorg word verbind met swak selfbeheer by kinders asook kinders se betrokkenheid in misdadige en gewelddadige gedrag.

Die volgende bevindings deur Schönleich (2000:61) stem ook ooreen met bogenoemde:

- Verwerping van kinders– In Suid-Afrika is daar onder jong mans wat 'n vonnis uitdien, gevind dat die meeste of uit hul huise gegooi is of groot geword het saam met 'n stiefma of -pa wat hul verwerp het. Baie van hierdie jong mans het gevoel dat hul nie liefde ontvang het nie. Die navorser is van mening dat laasgenoemde veral relevant is vir kinders uit enkelouer-gesinne waar die vader afwesig is.
- Swak ouerlike toesig– Daar is in Suid-Afrika bevind dat swak ouerlike toesig die beste voorspeller is vir kinders wat later gewelddadige- en vandalistiese gedrag sal toon.

Dit blyk volgens McNulty en Bellair (2003:713) dat bogenoemde veral in die platteland en in gesinne waar 'n vrou aan die hoof staan, gevind word. Laasgenoemde outeurs konstateer dat gesinsversteuring en residensiële onstabiele verband hou met

die voorkoms van geweldsmisdaad en dat die konsentrasie van huishoudings waar 'n vrou aan die hoof staan, 'n kritiese element is van sosiale wanorde in plattelandse gemeenskappe.

Schönteich (2000:61) is van mening dat waar een ouer geïnfekteer word met MIV die kans groot is dat die ander ouer ook MIV sal opdoen. Kinders wat dus een ouer as gevolg van VIGS verloor staan 'n groot kans om ook die oorblywende ouer te verloor. Die navorser is van mening dat die moontlikheid van die afsterwe van die moeder as enkelouer en primêre versorger van haar kinders, vir beide die moeder en haar kinders vrese mag inhou. Schönteich (2000:61) verwys na aanleiding van die afsterwe van die ouers as gevolg van MIV en VIGS na die volgende gevolge:

- Tekort aan rolmodelle en ouerfiguur– VIGS-wesies in Suid-Afrika sal in die toekoms geen rolmodelle hê nie. Studies in lande soos die Verenigde Koninkryk toon dat 57% van alle kinders wat moord of ander geweldsmisdade gepleeg het, 'n ouer of betekenisvolle ander persoon aan die dood afgestaan het, of kontak met daardie persoon verloor het. Onder jong mans wat 'n vonnis uitdien in Suid-Afrika is daar bevind dat veral die afwesigheid van 'n vaderfiguur in die lewe van 'n jong persoon aanleiding gee tot misdadige gedrag. Hierdie afwesigheid van die vaderfiguur het 'n direkte effek op 'n jong seun se vermoë om selfbeheer te ontwikkel.
- Beperkte hulpbronne– VIGS-wesies mag hulself moontlik wend tot misdaad ten einde te oorleef.

Daar word dan opvolgend meer volledig gelet op enkelouerskap en gemeenskapstrukture waar Schönteich (2000:61) verwys na gemeenskapsdisintegrasie wat vererger word as gevolg van die tekort aan leiding, versorging en ondersteuning van MIV-positiewe persone en hul kinders.

7.2.2 Enkelouerskap en gemeenskapstrukture

McNulty en Bellair (2003:713) verduidelik dat kinders wat in benadeelde gemeenskappe grootword meer geneig is om 'n enkelouer met beperkte sosio-ekonomiese hulpbronne te hê. Veral onder Swartes in Suid-Afrika word hoë vlakke

van enkelouerskap gevind in vergelyking met Wittes en enige ander rassegroepe. Laasgenoemde word toegeskryf aan die hoë werkloosheidsyfers onder mans, tekort aan rolmodelle, stabiele werk- en gesinsgeskiedenis, die aard van seksueleverhoudings in verarmde gemeenskappe sowel as rasse verskille en neigings rondom die huwelik. Die navorser is van mening dat daar dan veral gelet behoort te word op die aard van gemeenskappe waarin verarmde enkelouers en hul kinders hulself bevind.

McNulty en Bellair (2003:713) verduidelik dat waar daar aangeneem word dat sosialebeheer uitgeoefen word deur die onderhouding en krag van die sisteme vir sosialebeheer, daar bevind is dat strukturele benadeling gemeenskapslede verhinder om gedeelde waardes te realiseer en effektiewe sosialebeheer te onderhou. Kriminologiese studies toon dan dat gemeenskapsbenadeling en onstabiliteit dus die onderhouding en interafhanklikheid van sosiale netwerke wat sosialebeheer oor kinders fasiliteer, verminder. Dit blyk ook dat kohesie in gemeenskappe problematies is wanneer hoë vlakke van benadeling en onstabiliteit voorkom as gevolg van vrees en wantroue. Gevolglik is gemeenskapslede minder geneig om deel te neem aan gedeelde voogskap en onwillig om betrokke te raak by plaaslike onderonsies, wat veroorsaak dat meganismes van informele toesig en kollektiewe supervisie waardeur die jeug gemoniteer kan word, onderontwikkeld bly. McNulty en Bellair (2003:713) noem verder dat 'n tekort aan interne hulpbronne die onderhouding van gemeenskapsorganisasies wat die oorvleueling van verbandhoudende netwerke bevorder, inhibeer en ook die stabiliteit van plaaslike instansies soos gesinne en skole wat 'n kritiese rol speel in die bevordering van konvensionele waardes en sosialebande, ondermyn. Wat werkloosheid spesifiek aanbetref verduidelik Kleck en Chiricos (2003:672) dat werkloosheid in hierdie gemeenskappe individuele beheer oor betrokkenheid en konformiteit mag verswak, en ook die beskikbaarheid van rolmodelle en werksgeleenthede bepaal, wat 'n sleutel rol speel in die sosialisering van individue om te werk of by misdaad betrokke te raak. McNulty en Bellair (2003:715) sluit by laasgenoemde aan deur te verduidelik dat lae gesinsinkomste ekonomiesedruk en huwelikskonflik veroorsaak wat kinders se risiko tot geweld verhoog. Ouers met lae sosio-ekonomiese status en/of beperkte opvoedkundige agtergrond mag ook meer verdraagsame houdings hê teenoor geweld, wat kan bydra tot gewelddadige gedrag by kinders.

Nattrass (2002:10) is van mening dat daar gekyk behoort te word na die tweeledige aanspreek van VIGS en armoede. Die gesin en gemeenskap se hulpbronne word duidelik uitgereken en getoets deur die voorkoms van MIV en VIGS, en die gepaste reaksie sou wees om huishoudings ekonomies te bemagtig om al die dimensies van die VIGS-pandemie te hanteer. Dit blyk egter vir die navorser dat die vrou as enkelouer haarself in omstandighede bevind waar sy min beheer kan uitoefen oor haar reprodktiewe regte, haar sosiale- en finansiële status en die aard van haar gesins- en gemeenskapstrukture. Indien enkelouer huishoudings finansiëel bemagtig word, sal die vaderfiguur steeds kortkom, en mag die moeder as enkelouer steeds verbandhoudende probleme in die afwesigheid van die vaderfiguur, ervaar. Die navorser is van mening dat die belang van die rol van die vaderfiguur in kinders se lewens nie ontken kan word nie, selfs al sou ander rolmodelle ook vir kinders beskikbaar wees. Die vaderfiguur word dus deur die navorser beskou as essensieel in die opvoeding, dissiplinerig, finansiële- en emosionele ondersteuning van kinders. Laasgenoemde verpligtinge word egter alleen deur die moeder as enkelouer gedra. Daar kan dus verwag word dat armoedige enkelouer-vroue geen keuse kan uitoefen oor die gemeenskap waarin hul kinders hulself bevind nie, en ook sekere beperkinge sal beleef waar alle behoeftes wat die gesin mag hê, nie gedek kan word nie. Die finansiële bemagtiging van enkelouer huishoudings sou dus slegs gedeeltelik bydra tot die oplossing van probleme wat deur enkelouers en hul kinders beleef mag word. Daar word dan vervolgens gelet op die vrou in haar rol as broodwinner.

7.3 Die Afrika-vrou as broodwinner

Gysels *et al.* (2002:183) verduidelik dat die man in Afrika tradisioneel veronderstel is om die gesin se kontant inkomste te genereer, terwyl die vrou verantwoordelik is vir tuiswerk, bestaans-ekonomiese landbou, reproduksie (voortplanting) en versorging van kinders. Daar word na 'n vrou in Afrika verwys as “sittend” wanneer sy getroud is, wat daarop dui dat sy uitgesluit is van ekonomiese verantwoordelikhede. Hierdie term dui op 'n totale tekort aan waardering vir tuiswerk wat deur die Afrika-vrou verrig word. Laasgenoemde word veral deur die navorser gesien in die lig van die belang van bestaans-ekonomiese landbou wat deur vroue verrig word. Moss (2002:652) verduidelik andersyds dat die vrou binne haar gesin ook gesien kan word as die produseerder van menslike kapitaal deur na haarself, haar man en haar kinders

om te sien deur hulle te versorg, te voed en taal en ander vaardighede aan te leer wat waardevol is vir die arbeidsmark. Dit is ook hier waar kinders die aktiwiteite aanleer wat deur geslag bepaal word. Die huishouding is verder die mees intieme omstandighede vir die uitspeel van dramas in terme van mag, outoriteit en beheer wat die vrou op verskeie vlakke beïnvloed. Die man en soms ook die skoonfamilie kan byvoorbeeld die vrou se toegang tot haar kinders, kos, geld, gesondheidsdienste en selfs haar eie lewe beheer. Moss (2002:652) sluit hierby aan deur te verduidelik dat dit ook binne die huishouding is waar intieme verhoudings gestruktureer word en die bedeling van hulpbronne tussen seksmaats of generasies georganiseer en uitgedruk word. Ongelykheid word hier op verskillende vlakke uitgespeel en die man bepaal watter en hoeveel hulpbronne tot die vrou se beskikking is. Deur eenvoudig meer skoolopleiding vir vroue te bied sal volgens bogenoemde outeur nie 'n verskil maak aan geslagsongelykheid en wie in beheer is van die hulpbronne binne die gesin nie. Studies toon dat ten spyte van beter opleiding vir vroue, daar steeds bestaande ongelyke beheer van hulpbronne binne die gesin is.

Gysels *et al.* (2002:183) noem dat die meeste mans weier dat hul vrouens buite die tuiste werk, en hierdie vroue dus afhanklik is van hul mans se inkomste. Die man se rol as voorsiener gee hom dan totale beheer oor die gesin en hy mag dus soveel of so min tot die gesin bydra as wat hy as nodig sou beskou. Laasgenoemde tradisionele tendense word tans selde in Suid-Afrika gevind. Die voorafgaande bespreking rondom die vrou as enkelouer is aanduidend van die afwesigheid van 'n vaderfiguur in Afrika-gesinne in Suid-Afrika. MIV-positiewe vroue wat nie van hul families afhanklik is vir 'n inkomste nie, verrig dikwels ongeskoolde werk. Austin (2002:161) het in 'n studie onder Swart MIV-positiewe vroue in Suid-Afrika gevind dat uit die 42% vroue wat werksaam was gedurende onderneming van die studie, die meerderheid vroue ongeskoolde werk as huishulpe verrig of stalletjies op straat het. Die navorser is van mening dat ongeskoolde werk onder hierdie vroue veral verband hou met die voorkoms van swangerskap op 'n vroeë ouderdom en die staking van formele onderrig, soos reeds onder ander rolle van die vrou bespreek.

Waar die vrou dan werksaam is behoort daar volgens Moss (2002:652) gekyk te word na die vrou se rol in die formele- of informele arbeidsmark, en hoe hierdie rolle ook

geïntegreer word met huishoudelike werk, die verdeling van werk binne die huishouding en ander gesinslede vir wie die vrou verantwoordelik is. Laasgenoemde verantwoordelikheid sluit die versorging, voeding en ondersteuning van ander gesinslede in. Hoewel versorging van ander gesinslede vervullend mag wees vir die vrou, is dit ook uitputtend en oefen dit 'n effek uit op die vrou se gesondheid. Dit blyk dus dat die Afrika-vrou wat reeds MIV-positief mag wees se gesondheid ernstig deur hierdie rol geaffekteer kan word, aangesien die verantwoordelikhede wat op haar geplaas word mag meebring dat haar eie gesondheid van minder belang is. Daar word vervolgens gelet op die belang van grondbesit en landbou vir die vrou in haar rol as broodwinner.

7.3.1 Die belang van grondbesit en landbou vir die vrou as broodwinner

Benschop (2003:13) konstateer dat gewaarborgde eiendomsreg 'n integrale element van die individu se mensereg tot voldoende behuising en grond is, en dat laasgenoemde deur internasionale wette erken word, nieteenstaande geslag. Vroueregte word ook hierby ingesluit wat die reg tot grond, voldoende behuising en eiendom omvat. Tog besit vroue in lande soos Kameroen slegs 10% van alle grond (Schoofs, 1999:2). Benschop (2003:13) verduidelik dat selfs in lande waar vroue se gelyke reg tot grond wetlik erken word, daar gereelde oortredings voorkom. In baie dele van Suid-Asië en Afrika word vroue uit hul wonings gesit waar 'n huwelik tot 'n einde kom deur opbreking, egskeiding of sterfte en is die oortreders dikwels die skoonfamilie. Die MIV-epidemie het hierdie probleme vererger deurdat daar 'n toename voorkom in vroue wat uit hul huise gesit word. In sommige lande word hierdie uitsitting nie as onwettig beskou nie, terwyl dit ook in lande gebeur waar daar wette bestaan wat veronderstel is om dit te voorkom.

Grondbesit mag veral vir vroue in Afrika wat as enkelouers en broodwinners in hul gesinne optree, van belang wees. Die *UNAIDS* dokument, *Report on the Global AIDS Epidemic* (2004:3) konstateer dat 'n gesonde landbousektor essensieel is vir die welstand en self-onderhouding van ontwikkelende lande. Landbou is verantwoordelik vir 24% van Afrika se bruto nasionale produksie, 40% van Afrika se buitelandse valuta inkomste en 70% van Afrika se werknemers. Laasgenoemde dokument staaf egter dat die MIV- en VIGS-epidemie die landboubasis van baie lande aanval, veral

lande wat ernstig deur MIV en VIGS geraak word. Daar word voorspel dat VIGS die lewens van een vyfde of meer landbouwerkers in Suidelike Afrika sou eis teen 2020. Hoewel baie Afrika-lande reeds armoedig is, mag hierdie voorspelling impliseer dat armoede in Afrika verder sal intensifiseer en die gaping tussen Afrika- en Westerse lande nog groter word. Moss (2002:649) verduidelik dat aangesien strukturele aanpassing in 'n land sou beteken dat kostes betaal word vir skoolopleiding, vervoer en ander dienste, die las hiervan dikwels op vroue val— om hierdie rede fokus die Wêreld Bank se huidige anti-armoede strategie op geslagsgelykheid as hoeksteen van die program. Volgens Gilbert en Walker (2002:1093) maak vroue 70% van die wêreld se armoediges uit, terwyl hul ook minder onderrig ontvang, langer ure werk en 'n laer lewensverwagting het. Daar is ook bevind dat Suid-Afrika 'n negatiewe rekord het in terme van inkomsteverspreiding. Ongeveer 44% Suid-Afrikane is armoedig en so te sê 95% van hierdie armoediges is Swart Afrikane. Om Afrika-vroue se situasie verder te kompliseer is die Swart Administrasie Wet van 1927 eers onlangs in Suid-Afrika hersien. Joubert (2005:12) verduidelik dat hierdie Wet struikelblokke geplaas het op Swart landelike vroue se reg om eiendom te besit of te verhuur en dus 'n remmende invloed uitgeoefen het op hierdie vroue se lewens.

Mataure *et al.* (2000:4) is van mening dat die samelewing en die regsisteem vroue behandel as tweederangse burgers wat slegs van waarde is as moeders en vrouens, en dat vroue gevolglik minder eiendom besit as mans. Benschop (2003:13) sluit hierby aan deur te noem dat patriargale gebruike, tradisies en kulturelegewoontes diskrimineer teen vroue, veral in lande waar die statutêre wette hierdie diskriminasie toelaat. Dit blyk dat in alle lande hetsy ontwikkelend of ontwikkelend, die wettige sekuriteit van eiendom vir vroue afhanklik is van die mans waarmee hul geassosieer word. Vroueregte word dan deur 'n verskeidenheid van kwessies ondermyn. Eiendom word byvoorbeeld op die man se naam geregistreer, vroue vind toegang tot krediet en hulpbronne moeilik, gesinsgeweld kom voor, vroue se regte word geïgnoreer en vroue word onvoldoende verteenwoordig in besluitnemingsliggame. Die navorser wil hierby aansluit deur te noem dat daar in ag geneem behoort te word dat waar vroue geaffekteer word op bogenoemde wyses, dit nie alleen op individuele vlak geskied nie, maar ook 'n effek mag hê op afhanklike kinders, en dus op gesinsvlak. Pearson (2004:297) noem dat die tekort aan toegang tot grond veroorsaak

dat vroue afhanklik is van hul mans, en probleme ervaar om in hul eie en hul kinders se behoeftes na voedsel en klere te voorsien. Druk word ook op vroue geplaas wanneer mans na ander gebiede migreer vir werk. Chikovore *et al.* (2003:54) verduidelik dat wanneer migrasie van mans voorkom vroue se werklading groter word, aangesien hul nou ook die werk verrig wat oorspronklik deur mans verrig is. Die toenemende druk vir grond beteken ook dat hierdie plattelandse gesinne verarm.

Dit blyk na aanleiding van bogenoemde dat vroue en kinders kwesbaar is vir armoede waar die vrou afhanklik is van haar man, of wanneer die man nie meer teenwoordig is in die gesin nie. Drimie (2003:3) is van mening dat vroue en kinders veral kwesbaar is wanneer hul mans of vaders sterf na aanleiding van MIV en VIGS en eiendomsregte in gevaar verkeer as gevolg van landelike magsverhoudings. Studies in Kenia toon dat onteining van VIGS-weduwees 'n toenemende algemene probleem geword het. Jong weduwees word onder druk geplaas om na hul gesinne van herkoms terug te keer na die afsterwe van hul mans. Pearson (2004:297) noem dat in baie Afrika-sisteme waar 'n betaling aan die bruidegom se familie deur die bruid se familie gemaak word, vroue dikwels slegs die oorblywende grond kan bewerk nadat grond aan die res van die familie toegestaan is. Daar word egter steeds van weduwees verwag om die oorlede man se grond te bewerk. Sonder direkte eienaarskap of enige regte op grond, het vroue min seggenskap rondom die verdeling van inkomste of gesaaides. Dit blyk vir die navorser dat die Afrika-kultuur dan 'n belangrike rol speel in gronddruk wat op Afrika-vroue geplaas word, en die bestaan van magsverhoudings wat bydra tot Afrika-vroue en weduwees se verlies aan grond. Landbou, selfs op kleinskaal mag egter die enigste wyse wees waarop ongeletterde Afrika-vroue na hulself en hul kinders kan omsien, veral waar vroue of weduwees reeds moes afstand doen van hul grond. Lee-Smith (2003:19) konstateer dat armoediges dan stedelike landbou praktiseer ten einde hulself te voed en hul opbrengs van gesaaides en vee nader aan groot markte te hê. Verskeie risiko's word egter geassosieer met stedelike landbou, soos siektes wat deur diere oorgedra kan word en die gebruik van gekontameneerde water vir gesaaides. Waar sanitasie swak is word patogene in water gevind, en waar fabrieke chemikalieë in afvoerpype stort word toksiese afvalprodukte gevind. Groente wat naby aan paaie groei kan toksiene bevat van motor uitlaatgasse. Daar is egter sekere voordele aan stedelike landbou. Navorsing dui daarop dat

kinders in stedelike landbou gesinne, veral waar 'n vrou aan die hoof van die huishouding staan, beter gevoed is as kinders uit gesinne wat nie stedelike landbou verrig nie.

7.3.1.1 Die invloed van MIV en VIGS op grondbesit en landbou

Daar word kortliks gelet op die spesifieke verloop en impak van MIV en VIGS, landbou en grondbesit/verlies op die Afrika-gesin. Daar is bevind dat waar MIV-infeksiëkoerse baie hoog is dit 'n ernstige impak het op grondbenutting, grondkewessies en oorlewingstrategie (Drimie, 2003:3). Laasgenoemde impliseer volgens die navorser dat talle Afrika-gesinne wat afhanklik is van landbou, geaffekteer mag word. Daar bestaan dus 'n duidelike en veelseggende verband tussen MIV en VIGS en die verlies aan grond, wat volgens die navorser direk van toepassing mag wees op die vrou as broodwinner en haar gesin.

- Eerstens affekteer MIV en VIGS die produktiwiteit van geïnfecteerde persone (Drimie, 2003:3). Broodwinners kan dus nie meer werk nie, wat impliseer dat hierdie rol sal verskuif vanaf die man na sy vrou, of vanaf die enkelouer na haar kinders.
- Tweedens verskuif die arbeid wat deur uitgebreide familie verrig word na die versorging van siekes (Drimie, 2003:3). Arbeid word dus afgeskaal wat impliseer dat die gesin se inkomste ook sal verminder.
- Spaargeld word opgebruik en besittings word verkoop ten einde mediese onkoste te dek (Drimie, 2003:3). Die gesin word dus nie alleenlik verarm deurdat landbou-arbeid afgeskaal word nie, maar ook omdat onkoste wat nie voorheen bestaan het nie, nou gedek moet word.
- Onderbenutting van landbougrond kom voor, en studies in Kwa-Zulu Natal toon dat grond dikwels slegs gedeeltelik besaai word. Onvoldoende uitroeiing van onkruid impliseer dat minder geproduseer word, selfs in verhouding tot die kleiner deel van die beskikbare grond wat wel bewerk word. Waar produksie dus voorheen die gesin se behoeftes voldoende kon bevredig voor die aanvang van MIV en VIGS, en ook 'n surplus vir kontantverkope meebring het, val die vlak van produksie nou onder wat as nodig beskou word om in die gesin se behoeftes te voorsien (Drimie, 2003:3). Beperkte arbeid veroorsaak dus dat 'n kleiner deel van

die beskikbare grond bewerk word en dat die grond wat wel bewerk word onvoldoende bewerk word.

Kulturelegebruike wat 'n invloed uitoefen op regstelsels in Afrika in kombinasie met MIV en VIGS veroorsaak dat gesinne verarm en oorblywende gesinslede, veral vroue en kinders dit moeilik vind om grond te behou en te bewerk. Afrikane word deur bogenoemde kombinasie op die mees basiese vlak van oorlewing geaffekteer deurdat landbou en grondbesit benadeel word, en die moeder as broodwinner nie meer in haar eie of haar gesin se behoeftes kan voorsien nie. Die navorser is van mening dat grondbesit in Afrika 'n belangrikste kwessie mag wees in die stryd teen MIV en VIGS en armoede. Indien vroue en ander oorblywende gesinslede se eiendomsregte beskerm word, en daar leiding gebied word rondom die effektiewe bewerking van grond, mag hierdie gesinne na hulself omsien en talle probleme wat verder bydra tot die verspreiding van MIV en VIGS soos werkloosheid, sekswerk en straatkinders, voorkom.

7.3.1.2 Die belang van grondbesit vir kinders na afsterwe van die vrou as broodwinner

Die navorser is van mening dat een van die belangrikste bekommernisse vir MIV-positiewe vroue wat as enkelouers en broodwinners in hul gesinne optree, die toekomstige finansiële sekuriteit van hul kinders mag wees na afsterwe van die moeder. Drimie (2003:3) noem dat uitgebreide families dikwels poog om beheer uit te oefen oor grond wat aan VIGS-wesies en jeugdige agtergelaat word. Lim (2003:12) is van mening dat gewaarborgde eiendomsreg vir kinders hul instaat kan stel om na hulself om te sien en hul kan bemagtig binne hul uitgebreide families. Dit blyk egter dat laasgenoemde selde geskied. VIGS-wesies noem dat hul familieledede meer belangstel in die kinders se eiendom as in hul versorging. VIGS-wesies het ook selde nabye familieledede wat hul kan help om aandrang te maak op hul eiendomsregte. VIGS-wesies se afhanklikheid van verlangse familieledede skrik hul ook af om hul individuele regte na te streef. Die hoof probleme wat by VIGS-wesies voorkom is onkunde ten opsigte van hul regte, tekort aan toegang tot howe en geld om prokureurs te betaal. Onteining van kinders in Afrika het dan 'n belangrike kwessie geword.

Epstein (2002:15) se studie wat in Kenia onderneem is, toon dat gronddruk en politiese spanning veroorsaak dat jeugdiges wat hul ouers as gevolg van VIGS verloor na stedelike krotbuurte gedryf word. Desperate jeugdiges wend hulself tot sekswerk en dwelmgebruik en plaas hulself sodoende onder groter risiko om self MIV op te doen. Die navorser is van mening dat grondbesit en MIV en VIGS hier direk verband hou met 'n volgende generasie van vroue wat aan MIV-risiko blootgestel word. Lim (2003:12) verduidelik dat baie straatkinders dikwels VIGS-wesies is, veral kinders wat geen standvastige tuistes het of enige eiendom besit nie. Die meeste huishoudings laat so te sê geen eiendom, en nog minder landbougrond agter vir kinders om te erf. Ander VIGS-wesies poog egter om die grond wat deur hul ouers agtergelaat is, te behou. Lim (2003:12) konstateer dat huishoudings waar 'n kind aan die hoof staan meer algemeen voorkom, veral waar die afsterwe van die grootouers 'n oudste seun of dogter mag motiveer om verantwoordelikhede oor te neem. Laasgenoemde mag veral geskied in 'n poging om die grond te behou waarop die afgestorwe ouers formele- of informele eiendomsreg gehad het. Die vraag wat hier by die navorser ontstaan is of hierdie gesinne wel deur middel van landbou kan oorleef nadat die ouers afgesterf het. Studies wat in Kenia, Lesotho en Suid-Afrika onderneem is toon dat die samestelling van gesinne wat deur MIV geaffekteer word mag verander. Daar is bevind dat die gebruik van landbougrond afneem waar insette onbekostigbaar raak, arbeid deur gesinslede verminder en kwynende finansiële omstandighede die huur van arbeiders bemoeilik. Huishoudings val later onder die sosiale- en ekonomiesedrupel van kwesbaarheid en laat oorblywende gesinslede, hoofsaaklik jeugdige en bejaardes met beperkte hulpbronne (Drimie, 2003:3). Dit blyk dus dat oorlewing van oorblywende kinders deur middel van landbou om verskeie redes bemoeilik word, en die navorser wil laasgenoemde koppel aan die voorkoms van sekswerk, huwelike tussen jong Afrika-vroue en ouer mans, die *sugar daddy* verskynsel, asook die voorkoms van straatkinders, soos reeds genoem.

7.3.2 Die vrou as broodwinner se betrokkenheid in die informelesektor

Dit blyk dat werkloosheid onder vroue veral bydra tot hul deelname aan die informelesektor. Pick *et al.* (2002:195) konstateer dat vroue in Suid-Afrika dikwels blootgestel word aan geslagsongelykheid ten spyte van belowende ekonomiese onafhanklikheid wat deelname aan die informelesektor mag inhou. Met inagnome

van vroue in die informelesektor se jong ouderdom, lang en uitputtende werksure en klein 'n inkomste, kom verdere gesondheidsrisiko's ook voor. 'n Belangrike aspek van vroue se betrokkenheid in die informelesektor, is die afhanklikheid van armoedige gesinne van die inkomste van hierdie vroue. Die toenemende proporsie van vroue met middelvlakonderrig in die informelesektor is aanduidend van vroue se behoefte om te werk, en die afnemende geleenthede vir vroue met redelike opvoedkundige vlakke om werk te bekom in die formelesektor. Die navorser is van mening dat die afhanklikheid van armoedige gesinne van die inkomste van vroue, aanduidend is van die afwesigheid van die vaderfiguur in die gesin, en dus aanduidend is van die belang van die vrou se rolle as enkelouer en broodwinner. Pick *et al.* (2002:195) verduidelik dat vroue se betrokkenheid in die informelesektor in die algemeen gesien word as 'n funksie van gemak en aanpassing by hul gesinsrolle. Vroue se rol in die informelesektor word egter afgeskeep. Die tyd wat deur vroue geneem word, asook die werkplek en aard van die werk affekteer vroue in die informelesektor se vermoë om hul eie en hul gesinne se gesondheidsbehoefte aan te spreek. Werk in die informelesektor is dikwels ook tydrowend ten spyte van die klein profyt wat daardeur gegenereer word. Dit blyk dan vir die navorser dat waar Afrika-vroue geforseer word om as broodwinners in die gesin op te tree en alleen verantwoordelik is vir die versorging van gesinslede, die gesin se gesondheidsbehoefte daardeur benadeel mag word. Die vrou mag moontlik dan ook haar eie gesondheidsbehoefte afskeep as gevolg van die druk wat haar rol as broodwinner van die gesin op haar plaas.

Pick *et al.* (2002:200) is van mening dat die jong ouderdom van vroue in die informelesektor 'n funksie van selektiewe migrasie van jonger vroue uit buurlande en plattelandsegebiede van Suid-Afrika is. Vroue in die informelesektor is ook jonger as vroue in die algemene populasie, as gevolg van die uitputtende aard van die werk en lang ure wat benodig word om 'n klein inkomste te verdien. Verder reflekteer hierdie vroue se ouderdom ook hoe moeilik dit vir jong skoolverlaters is om tans werk te vind in Suid-Afrika. Die navorser is van mening dat die ouderdom van hierdie vroue veral relevant is wanneer daar gelet word op die vrou se rol as enkelouer waar hierdie vrou dikwels op 'n jong ouderdom onbeplande en ongewenste swangerskappe het en dit veral jong vroue in hul voortplantingsjare is wat deur MIV en VIGS geaffekteer word.

In die afwesigheid van die vader van die kinders mag selektiewe migrasie van jonger vroue uit buurlande en plattelandsegebiede van Suid-Afrika dan voorkom.

Vroue se betrokkenheid in die informelesektor hou ook verband met die Afrika-kultuur. Pick *et al.* (2002:195) konstateer dat betrokkenheid in die informelesektor vroue 'n wyse bied om manlike dominansie te ontsnap. Vroue se deelname aan die informelesektor stel hul in staat om meer onafhanklik te wees. In Khayelitsha in Kaapstad is daar bevind dat in huishoudings sonder enige volwasse mans, waar vroue aan die hoof van die huishouding staan, hierdie vroue in die algemeen beter opvoedkundige vlakke het en ekonomies onafhanklik is. Terwyl die informelesektor vroue dan 'n alternatief bied op die huwelik, veroorsaak sekere kulturelegebruike soos die uitsluiting van vroue dat hul deelname aan die informelesektor beperk word.

7.3.3 Werkloosheid onder die vrou as broodwinner

'n Onlangse studie in Suid-Afrika toon dat 90% Suid-Afrikaners werkloosheid beskou as een van die belangrikste kwessies wat aangepak behoort te word (Bonthuys, 2004:17). Die navorser is van mening dat die publiek se opinie 'n direkte weerspieëling mag wees van behoeftes wat deur Suid-Afrikaners beleef word. Natrass (2002:12) se studie toon dat in die spontane rapportering van politiese prioriteite, Suid-Afrikaners die volgende genoem het:

- Werkskepping– 76%.
- Misdaadsekuriteit– 60%.
- Behuising– 25%.
- Onderrig– 13%.
- VIGS– 13%.
- Gesondheid– 12%.
- Armoede– 11%.

Werkskepping en misdaad in Suid-Afrika word dus as van veel groter belang beskou as VIGS en gesondheid. Natrass (2002:13) verduidelik dat die desperate ekonomiese omstandighede van Suid-Afrika veroorsaak dat kwessies soos daadwerklike inkomstebehoefte op die voorgrond geforseer word. Bonthuys (2004:17) verduidelik dat in terme van die breër definisie van werkloosheid, dit wil sê mense wat wil werk

maar werkloos en heeltemal ontmoedig is, het die werkloosheidsyfer tussen 1995 en 2001 in Suid-Afrika vanaf 26,5% gestyg tot 41,8%. Werkloosheid vanaf 1995 tot 2002 onder spesifieke groepe in Suid-Afrika word soos volg deur Leuvennink (2005:4) weergee:

- Werklose persone wat slegs primêre onderrig voltooi het– Styging vanaf 35,4% tot 41,4%.
- Werklose persone met hoërskool onderrig maar sonder matriek– Styging vanaf 33,8% tot 48,3%.
- Werklose persone met naskoolse kwalifikasies– Styging vanaf 6,4% tot 15,3%.
- Werkloosheid onder Swart geskooldes het die skerpste styging van alle rassegroepe getoon vanaf 10% tot 25,9%.
- Werkloosheid onder bruin mense het feitlik onveranderd gebly met 'n styging vanaf 8,5% tot 9,8%.
- Werkloosheid onder geskoolde Wittes het vanaf 2,2% gestyg tot 4,6%.

Hierdie stygings dien volgens die navorser as genoegsame motivering om te verstaan waarom werkskepping in Suid-Afrika as belangriker prioriteit beskou mag word deur die publiek as VIGS en gesondheidsbehoefte. Die navorser is van mening dat die verloop van MIV en VIGS as siekte ook 'n belangrike rol hierin mag speel. Whiteside en Sunter (2000:9) verduidelik dat die inkubasie periode vir MIV in Afrika tussen ses en agt jaar duur. Hierdie periode dui op 'n tydperk waar 'n persoon geïnfekteer is en MIV-positief sal toets, maar nog nie siek geword het nie. Laasgenoemde mag volgens die navorser veroorsaak dat baie Afrikane se MIV-positiewe status nie 'n daadwerklike bekommernis is nie, maar dat veral die moeder as broodwinner se behoefte na 'n inkomste ten einde na haarself en haar gesin om te sien, van groter belang is. Rossouw en Smith (2004:15) konstateer dat 36% Suid-Afrikane onder die bestaansminimum leef. Volgens *Global Insight*, 'n organisasie wat met behulp van die armoede-indeks die ekonomiese welstand van die land bepaal, het armoede in Suid-Afrika tussen 1996 en 2001 vanaf 41% tot 49% gestyg. Die Oos-Kaap is ook die armste provinsie met 67% van sy bevolking wat in armoede leef (Rademeyer, 2003:9). Volgens Dr. Miriam Altman van die Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing (RGN) se afdeling vir werkskepping en ekonomiese beleid, het die amptelike werkloosheidsyfers vanaf 1995 tot 2001 met 13,6% gestyg (Bonthuys, 2004:17).

Verskeie redes word aangevoer vir die hoë werkloosheidsyfers in Suid-Afrika en sluit die volgende in:

- Groter getalle werksoekers– Voormalige President van Suid-Afrika, Thabo Mbeki gee toe dat werkloosheid gestyg het en skryf dit toe aan die getalle nuwe werksoekers wat vinniger groei as wat werksgeleenthede geskep kan word. Nuwe werksoekers is nie net jong volwassenes nie, maar sluit ook ouer mense in wat hulself nie voorheen as deel van die arbeidsmag geag het nie (Bonthuys, 2004:17). Die navorser is van mening dat laasgenoemde veral verband hou met vroue wat as enkelouer en broodwinners optree in afwesigheid van die man of vaderfiguur in die gesin.
- Tekort aan vaardige werkers– Thabo Mbeki noem dat daar nie op ekonomiesegroei staatgemaak kan word om werkloosheid te verminder nie, want selfs al sou die ekonomie met 10% groei, is daar steeds mense wat nie die nodige vaardighede het om in diens geneem te word nie. Hoewel baie ongeskooldes dan werkloos is, blyk dit dat daar in baie sektore 'n tekort aan geskoolde werkers is (Bonthuys, 2004:17). Die navorser is van mening dat ongeskoolde werk veral terug gelei kan word na enkelouer-vroue wat hul skoolopleiding staak as gevolg van die voorkoms van swangerskap en dus poog om as broodwinners in hul gesinne op te tree.
- Die Suid-Afrikaanse geskiedenis– Mnr. Andile Mngxitama, koördineerder van die *National Land Committee* blameer Suid-Afrika se geskiedenis vir die kritieke armoedeprobleem waarmee die land worstel. Swart mense se grond is weggeneem en hul kan daarom nie meer vir hulself sorg nie. Grondhervorming behoort dus die belangrikste kwessie in die verligting van armoede te wees. Hy kritiseer die regering skerp omdat daar nie ondersteuning gebied word aan mense wat grond ontvang nie. Mense weet nie meer hoe om grond te gebruik nie en die regering sê dan: “Kyk ons het vir julle grond gegee en kyk hoe mors julle dit op” (Rossouw & Smith, 2004:15). Die navorser is van mening dat die invloed van MIV en VIGS op die besit en bewerking van landbougrond veral hier in ag geneem behoort te word, waar die moeder as broodwinner asook ander gesinslede aan MIV en VIGS blootgestel mag word en grond mag verloor of nie meer kan bewerk nie.

Na aanleiding van die bespreking rondom werkloosheid word daar vervolgens gelet op die belang van Staats- en welsynstoelae vir die vrou as enkelouer en broodwinner.

7.3.3.1 Staats- en welsynstoelae vir die vrou as broodwinner

Downing (in Bonthuys, 2004:17) verduidelik dat dit nie die Staat se rol is om werk te skep nie, maar eerder om 'n gunstige ekonomieseraamwerk daar te stel waarin dit mag plaasvind. Smith (2003:4) noem dat een van die grootste uitdagings vir munisipaliteite in Suid-Afrika is om die plaaslike ekonomie te stimuleer. Die huidige benadering van ekonomiese ontwikkeling buite stedelikegebiede het tot dusvêr slegs gelei tot kleinskaalse gemeenskapsprojekte wat nie volhoubare werksgeleenthede skep nie. Dr. Van der Berg van die Departement van Ekonomie aan die Universiteit van Stellenbosch sê dat die groter besteding aan die verspreiding van welsynstoelae wel 'n verskil gemaak het in die platteland en voormalige tuislande. Dit is dikwels die enigste inkomste, aangesien landbou in hierdie gebiede so te sê geen bydra lewer tot die regstreekse inkomste van huishoudings nie (Rossouw & Smith, 2004:15). Die navorser is egter van mening dat daar nie op Staats- en welsynstoelae staatgemaak kan word om langtermyn probleme vir die vrou as broodwinner en haar gesin aan te spreek nie. Die volgende redes word deur die navorser aangevoer as motivering van laasgenoemde:

- Waar MIV en VIGS in gesinne voorkom mag versorgingsbehoefte na voedsel en medikasie groter word en mag 'n toelaag wat aan die moeder in die gesin toegeken word, moontlik nie genoeg wees om hierdie gesinne soos voorheen te onderhou in afwesigheid van die vader nie. Staats- en welsynstoelae sal moontlik nie ekstra uitgawes rondom MIV en VIGS kan dek, waar dit ook in die gesin se basiese behoeftes na voeding en behuising moet voldoen nie.
- Staats- en welsynstoelae gaan nie gepaard met die ontwikkeling van die nodige vaardighede om 'n werk te bekom nie, en hierdie gesinne se afhanklikheid van toelae verander dus nie. Toelae is ook nie groot genoeg om gesinne toe te laat om vaardighede aan te leer deur middel van opleiding nie. Die moeder as broodwinner van die gesin sal dus nie hierdie toelae kan spandeer aan die ontwikkeling van haar eie vaardighede nie.

- Die MIV-positiewe moeder wat as hoof van die huishouding optree in afwesigheid van die vader van haar kinders, se toelaag sal wegval indien sy sterf. Laasgenoemde impliseer dat die gesin moet poog om met een minder toelaag te oorleef.

Bonthuys (2004:17) noem dat ondanks die relatiewe sukses van Staatstoelae as wyse om armoede te verlig, sowat 50% (10 miljoen) armoedige Suid-Afrikaners nie in aanmerking kom hiervoor nie. Die navorser is van mening dat Staats- en welsynstoelae hetsy vir kinders, volwassenes of bejaardes vir 'n kort tydperk voorsiening kan maak in die basiese behoeftes in gesinne waar die vrou as broodwinner optree. Na afsterwe van die moeder mag grootouers moontlik slegs vir 'n tydperk na kleinkinders kan omsien met beperkte middele tot hul beskikking voordat grootouers later self sterf. Die vrou as broodwinner verkeer dus in desperate omstandighede, en die navorser is van mening dat hierdie vroue en hul gesinne se behoeftes ernstige spanning vir vroue mag veroorsaak. 'n Jong werklose vrou het byvoorbeeld paraffien gedrink en haarself aan die brand gesteek. Hierdie geval is nie 'n uitsondering nie, aangesien daar in die voorafgaande jaar vyf sulke selfmoord gevalle by die Tygerbergse brandwond eenheid behandel is. Dokters is dus besorg oor die voorkoms van sulke gevalle onder jong werklose vroue (Bonthuys, 2004:17).

Na aanleiding van bogenoemde afdelings blyk dit dat werkloosheid en vroue se klein inkomstes vanuit die informelesektor of deur middel van Staats- en welsynstoelae, vroue dikwels forseer om 'n inkomste op ander wyses te verdien. Gysels *et al.* (2002:183) verduidelik dat kommersiële sekswerk dikwels die enigste ander wyse mag wees waarop vroue hul inkomste kan aanvul. Vroue het min keuses wat 'n inkomste aanbetref en mag byvoorbeeld as fabriekswerker (formelesektor) werksaam wees, 'n stalletjie op straat hê of hul eie bier brou en verkoop (informelesektor), maar aangesien hierdie inkomste steeds min is sal die vrou dit aanvul met kommersiële sekswerk. Sekswerk en mansvriende vir oorlewing word vervolgens bespreek.

7.3.4 Sekswerk en mansvriende

Vir armoedige, werklose vroue wat as broodwinner in die gesin optree hou die moontlikheid van MIV-infeksie en MIV-herinfeksie veral verband met sekswerk en mansvriende vir oorlewing. Mill en Anarfi (2002:334) het in 'n studie in Ghana

bevind dat werkloosheid bydra tot promiskuiteit en seksueleverhoudings vir ekonomiese gewin. Verder is daar bevind dat ontwrigting van die huwelik deur middel van opbreking, egskeiding of sterfte aanleiding gee tot meer huishoudings waar die moeder aan die hoof staan. Kinders in hierdie huishoudings word ook blootgestel aan ekonomiesedruk om seksueel-aktief te raak voor die huwelik. Daar word vervolgens gelet op minder konvensionele wyses waarop die vrou as broodwinner 'n inkomste kan genereer.

7.3.4.1 Sekswerk vir oorlewing

In Afrika is die verskynsels van sekswerk en mansvriende vir materiële gewin algemene verskynsels. Studies in Suid-Afrika, Kenia, Zaïer en Rwanda toon dat 80% Swart sekswerkers in dele van hierdie lande MIV-positief is (Campbell, 2003:148). Daar word aangeneem dat MIV en VIGS as afskrikmiddel sou dien vir vroue wat op hierdie wyses oorleef. Dit blyk egter dat hierdie wyses van oorlewing die enigste wyses mag wees vir Afrika-vroue om na hulself, ander gesinslede en kinders om te sien. Schoofs (1999:6) konstateer dat die meeste vroue in vergelyking met mans, kinders het en uit armoede na sekswerker gedryf word, terwyl mans selde belas word met kinders. Mans kan dus los werk doen en genoeg geld verdien om te oorleef. Eaton *et al.* (2003:162) verduidelik dat vanuit die vrou se perspektief mag beskerming teen toekomstige siekte 'n laer prioriteit wees as haar onmiddellike ekonomiese behoeftes. Natrass (2004:27) verwys na vroue wat gedurende die onlangse hongersnood twee Zambiese dollars gevra het vir seks en dubbel die prys vir onbeskermd seks. Volgens plaaslike gesondheidswerkers was hierdie vroue ingelig rondom MIV en VIGS, maar het hulle genoem dat hul eerder as gevolg van MIV en VIGS sal sterf as van honger. Hierdie omstandighede is ekstreem van aard en nie noodwendig van toepassing op alle sekswerkers in Afrika nie, hoewel MIV- en VIGS-navorsing in Afrika dikwels in die verlede op sekswerk gefokus het.

Gysels *et al.* (2002:183) noem dat sekswerkers in die MIV-literatuur as 'n belangrike risiko-groep beskou is wat beskryf is as 'n bron van infeksie, na aanleiding van die groot aantal seksmaats. Daar was egter 'n reaksie op hierdie benadering, aangesien dit vroulike "prostitute" stigmatiseer en die meervoudige faktore wat hierdie vroue onder risiko plaas vir MIV, ignoreer. Navorsers waarsku daarteen om prostitusie nie te

konseptualiseer as 'n universele verskynsel deur dit eenvoudig te definieer as 'n seksuelediens wat verruil word vir materiële goedere nie. Daar behoort gekyk te word na geografiese- en historiese toevallige variasies asook die invloed van werksverdeling en geslagsideologie. Dit is ook van belang om die verskillende praktyke binne hul spesifieke kulturelekonteks te plaas ten einde hierdie vroue se beskermingsbehoefte te verstaan. Ten einde voldoende VIGS-voorkomingstrategieë te ontwikkel is dit belangrik om bewus te wees van die realiteite van die Derde Wêreld. Hoewel daar dikwels aangeneem word dat kommersiële sekswerk 'n gevolg van ekonomiese nood is, toon studies ook dat kommersiële sekswerk 'n alternatiewe strategie is om finansiële en sosiale onafhanklikheid te bekom. Wat ook al die geval mag wees, is dit steeds belangrik om te verstaan dat nie alle arm vroue sekswerkers word nie. Daar behoort volgens die navorser ook uit 'n ander perspektief gekyk te word na sekswerk in Afrika waar die “aanvraag” vir sekswerk in ag geneem behoort te word. Die navorser neem aan dat sekswerk in Afrika nie sou bestaan indien daar geen aanvraag daarvoor was nie. Mataure *et al.* (2000:9) verduidelik dat mans meestal seks koop hoewel min self seks verkoop. Vroue verkoop meestal seks, hoewel min self seks koop. Mans koop seks om verskeie redes. Dit kan 'n uitdrukking van rykdom en mag wees; om ervaring op te doen; vir seksuele daade wat hul nie van hul vrouens kan vra nie; omdat dit beskikbaar is, of omdat hulle vër van die huis af woon en daar nie van mans verwag word om hulself van seks te weerhou nie.

Na aanleiding van bogenoemde word daar in ag geneem dat nie alle arm vroue sekswerkers word nie, maar dat die aanvraag na sekswerk in Afrika 'n wyse skep waardeur arm vroue kan oorleef. Mataure *et al.* (2000:9) konstateer dat sekswerk as wyse van oorlewing vir armoedige Afrika-vroue op die oog af as ideale uitweg gesien mag word. Armoede en MIV en VIGS in Afrika loop dus hand aan hand en is steeds van die grootste dryfvere agter sekswerk. Dit blyk dat selfs getroude vroue deur middel van sekswerk oorleef en dat verhouding- of huwelikstatus nie noodwendig aanduidend sal wees van die wyse waarop daar oorleef word nie. Gysels *et al.* (2002:183) noem dat as gevolg van die onstabiele aard van verhoudings onder Afrikane, vroue altyd daarop voorbereid is om op hulself staat te maak en as hoof van die huishouding op te tree. As gevolg van vroue se tekort aan skoolopleiding is baie vroue ongeletterd met min of geen ander vaardighede nie. Na aanleiding van

laasgenoemde veroorsaak die druk wat daar op vroue geplaas word om na kinders om te sien na die beëindiging van 'n huwelik/verhouding, dat kommersiële sekswerk dikwels die enigste ander wyse van inkomste is. Hierdie vroue leef van hand tot mond en sal enige bedrag hoe klein ook al van enige iemand vir seksuele dienste aanvaar. Mataure *et al.* (2000:9) fokus ook die aandag daarop dat die onderhandeling vir vergoeding aan sekswerkers hoofsaaklik deur mans bepaal word. Die navorser is van mening dat die vrou as broodwinner van haar gesin uit desperaatheid min invloed sal kan uitoefen oor vergoeding rondom seks, en vergoeding daarom deur mans bepaal sal word. Aangesien daar ook groot getalle vroue is wat as enkelouer en broodwinner in die gesin optree, mag die vrou moontlik enige vorm van vergoeding aanvaar, waar daar talle ander vroue mag wees wat bereid is om seksuele gunste te ruil vir geld of goedere. Die navorser baseer laasgenoemde spesifiek op die getalle van enkelouer-gesinne in Suid-Afrika. Soos reeds genoem toon Govender en Killian (2001:4) se studie dat 40,2% gesinne in Swart woonbuurte in Suid-Afrika slegs een ouer per huishouding het, wat 'n akkurate weerspieëling is van die ekstreme hoë voorkoms van enkelouer-gesinne.

Mataure *et al.* (2000:4) konstateer dat die feit dat vroue armer is as mans, die onderliggende rede vir MIV-epidemie is. Armoede forseer vroue in lang- of korttermyn seksuele situasies wat beide vroue en hul seksmaats onder risiko plaas vir MIV-oordraging. Laasgenoemde behoort dan verder gesien te word in die lig van die hoë voorkoms van swangerskappe onder jong Afrika-vroue, waar vroue dikwels gelaat word met die verantwoordelikheid vir die versorging van kinders. Gysels *et al.* (2002:182) se studie onder Afrika-vroue toon dat meeste sekswerkers op die vroeë ouderdom van 16 hul eerste swangerskap gehad, ten minste twee of meer kere getroud was, uit 'n benadeelde agtergrond van armoede en onstabielheid in die gesin kom, en dat geforseerde seksuele-omgang aanleiding gegee het tot swangerskap. Verkragting en seksuele forsering maak dus deel uit van hierdie sekswerkers se verlede.

7.3.4.2 Mansvriende vir oorlewing

Mill en Anarfi (2002:334) verwys na twee belangrike aspekte wat met mansvriende vir ekonomiese gewin verband hou. Eerstens blyk dit dat beperkte onderrig vroue se vermoë om as volwassenes na hulself om te sien, beïnvloed. As oorlewingstrategie

voel vroue dikwels dat hul nodig het om 'n mansvriend vir geld aan te neem. Tweedens blyk dit dat MIV en VIGS ook 'n invloed uitoefen op vroue se keuse om 'n mansvriend vir ekonomiese gewin aan te neem. Hoewel MIV-positiewe vroue 'n mate van inkomste kon genereer voordat hul siek geword het, word hul inkomste te klein om kos, klere en behuising te onderhou, en sal hul mansvriende aanneem ten einde hul inkomste aan te vul. Mansvriende voorsien finansiële stabiliteit en help soms hierdie vroue om 'n spesifieke ambag te gaan leer. Hierdie vroue is dikwels ook bewus daarvan dat hul mansvriende getroud is of ander vroue het, hoewel sommige vroue noem dat hul nie bewus was daarvan nie. Vroue beskryf hul verhoudings as monogamies, hoewel die duur van die verhouding enige tyd van 'n paar weke tot verskeie jare kan strek.

Mill en Anarfi (2002:330) verduidelik dat vroue wat 'n mansvriend vir finansiële ondersteuning neem, hulself nie as prostitute beskou nie. Mataure *et al.* (2000:9) konstateer dat min vroue betrokke is in voltydse sekswerk as beroep waar seks vir geld geruil word met groot getalle kliënte. Die groter meerderheid van vroue “verkoop” seks op ander wyses. Van alle vroue is adolessente meisies die kwesbaarste vir MIV waar sommiges deur ouer mans verlei word of *sugar daddies* as nuttige wyse gebruik om sekere luukse te bekom. Enkelvroue in hul twintigs mag een, twee of selfs drie gereelde seksmaats hê wat hul huur, elektrisiteit of ander rekeninge betaal. Sommige vroue sal deur die maand seks informeel verkoop om voedsel te kan bekostig totdat hul aan die einde van die maand weer 'n salaris ontvang. Weduwees van enige ouderdom mag seks gebruik as wyse van oorlewing waar die man se familie hierdie weduwees verwerp na die man se afsterwe. Vroue wat kinders het mag seks ook sien as wyse om na die kinders om te sien wanneer die vader verdwyn of geïnteresseerdheid verloor.

Dit blyk soos by sekswerk dat mansvriende vir oorlewing veral verband hou met armoede onder vroue. Eaton *et al.* (2003:162) verduidelik ook dat armoede meestal die rede vir die kommodifisering van seks is, waar vroue in desperate ekonomiese omstandighede toestem tot seksuele verhoudings met mans in ruil vir finansiële ondersteuning. Natrass (2004:27) verwys na hierdie ruil van seksuele gunste uit desperaatheid as “oorlewingseks”. Sekswerk in Afrika verskil in baie opsigte van sekswerk in Westerse lande. Gysels *et al.* (2002:183) noem dat dit egter moeilik is

om kommersiële sekswerk te onderskei van seksueleverhoudings in Sub-Sahara Afrika. Afrika-vroue sal nie altyd konsekwente gedrag soos kondoomgebruik toon om hulself te beskerm nie. Kommersiële sekswerkers in die Weste sal weer duidelike onderskeid tref tussen hul professionele en privaat lewens, en word die beste beskerm in hul professionele lewens na aanleiding van kondoomgebruik ten spyte van die aantal seksmaats. Die navorser is van mening dat kondoomgebruik dan beskou kan word as een van die indikatore wat die verksil tussen kommersiële sekswerk en seksueleverhoudings aandui.

’n Verdere onderskeid wat volgens die navorser uitgewys behoort te word, hou verband met die middele wat deur Afrika-vroue ontvang word in ruil vir seks. Waar dit in die Weste algemeen bekend is dat sekswerkers geld en dwelms ontvang in ruil vir seks, blyk dit volgens ’n Suid-Afrikaanse studie wat in Soweto onderneem is dat die volgende kommoditeite in ruil vir seks aanvaar word:

- Voedsel– 43.2%.
- Klere– 36.7%.
- Vervoer– 36.1%.
- Skoonheidsmiddels– 33%.
- Enige items vir vroue, kinders of die gesin– 14%.
- Slaapplek– 12%.
- Skoolfooie– 8.2%.
- Kontant– 94.6% (Jewkes, 2004:17).

Mataure *et al.* (2000:8) konstateer dat kulturelewaardes vir baie mans en vroue so verdraai geraak het dat verhoudings in Afrika geïnterpreteer word in terme van wat elk van die ander kan bekom. Seks word gesien as ’n transaksie waar een kommoditeit naamlik seks verruil word vir ’n ander kommoditeit soos geld, status, vermaak, klere, parfuum, alkohol, sekuriteit, akkommodasie en skoolfooie. Daar betaan byvoorbeeld die Nigeriese gesegde wat lui “*there is no romance without finance*” (Nattrass, 2004:28). Soortgelyke bevindings is ook spesifiek in Suid-Afrika gemaak. Nattrass (2004:28) se studie onder jong Zoeloe-vroue toon dat seksualiteit gekonseptualiseer word as ’n bron vir materiële en ekonomiese gewin in verskeie vorme vanaf mans. Die seksuele ekonomie werk op ’n kontinuum of “skaal van

voordele” en seks kan byvoorbeeld gebruik word om ’n werk te bekom, basiese behoeftes te bevredig en luukse te bekom. Daar word dan van mans verwag om geld en geskenke te gee in ruil vir seks. Mill en Anarfi (2002:334) verduidelik dat mans van mening is dat vroue materialisties is en enige tyd hul mansvriend sal los vir ’n ander man, indien hul nie finansiëel voldoende is nie. Eaton *et al.* (2003:162) verduidelik egter dat die ruil van seks vir geld of geskenke impliseer dat seksuele-omgang op die man se terme sal geskied, wat meestal beteken dat seksuele-omgang sal voorkom sonder die gebruik van kondome. Wat gedrag aanbetref kan die tekort aan kondoomgebruik in hierdie tipe verhoudings in Afrika volgens die navorser aanvanklik gesien word as ’n moontlike dryfveer agter MIV-verspreiding. Hierdie tekort aan kondoomgebruik het egter ’n dieperliggende basis waar dit teruggevoer kan word na die Afrika-kultuur en die komplekse oortuigings, reëls en voorkeure rondom kondoomgebruik en seksuele-interaksie tussen Afrikane.

7.3.4.3 Kondoomgebruik in sekswerk en saam met mansvriende

Mataure *et al.* (2000:10) konstateer dat kultureelgegronde norme rondom seksualiteit dikwels lei tot seksuelegedrag wat beide mans en vroue onder risiko plaas vir MIV. Sommige mans hou nie van kondome nie en sal dus van sekswerkers gebruik maak om kondoom-vrye seks te hê. Indien ’n man weet of glo dat hy MIV-positief is, is hy nie besorg oor die sekswerker se veiligheid nie, aangesien hy in elk geval ’n lae opinie van sekswerkers het. Indien ’n man glo dat hy MIV-negatief is en steeds nie van kondome gebruik maak nie, mag hy moontlik nie die risiko en implikasies van infeksie ten volle verstaan nie.

Gysels *et al.* (2002:183) konstateer dat kondoomgebruik binne terloopse verhoudings in Afrika aanvaarbaar is, maar ontoelaatbaar is binne gereelde verhoudings. In Afrika word daar dus onderskeid getref tussen die tipe seksmaats na gelang van die aard en duur van ’n verhouding, asook die mate van finansiële bystand. Kondoomgebruik sou dus afhang van hoe gereeld ’n vrou deur ’n spesifieke man besoek word, en watter tipe vergoeding hierdie man bied. Lauby *et al.* (2001:72) het bevind dat seksueel-aktiewe vroue selfs in lande soos die VSA onder risiko geplaas word vir MIV-infeksie waar hul nie van kondome gebruik maak saam met ’n gereelde seksmaat nie. Mataure *et al.* (2000:5) se studies in Afrika dui daarop dat vroue veral MIV kan opdoen vanaf die

standvastige seksmaat om dieselfde rede. MIV versprei dan veral omdat kondome nie algemeen gebruik word in langtermynverhoudings nie. Mataure *et al.* (2000:5) noem dat meeste vroue wat seks verkoop wel hul kliënte vra om van kondome gebruik te maak, hoewel baie vroue nie sal aandring op kondoomgebruik wanneer 'n kliënt gewelddadig raak of meer geld aanbied vir onbeskermd seks nie.

Lauby *et al.* (2001:72) is van mening dat selfdoeltreffendheid ook 'n belangrike rol speel in kondoomgebruik. Selfdoeltreffendheid dui op 'n individu se vertroue in haar vermoë om gedrag uit te voer wat nodig is om die gewenste resultaat te lewer, ten spyte van die sosiale omgewing. 'n Vrou mag byvoorbeeld lae selfdoeltreffendheid hê vir kondoomgebruik met haar gereelde seksmaat, maar hoë selfdoeltreffendheid hê in kondoomgebruik met ander seksmaats. Dit blyk egter in meer tradisionele etniesegroepes dat vroue se onderhandelingsmag vir kondoomgebruik verband hou met hul sosialestatus wat bepaal word deur ouderdom, onderrig en hul finansiële situasie. Lae opvoedkundige bekwaamheid hou verband met lae selfdoeltreffendheid vir kondoomgebruik en minder gereelde gebruik van kondome en voorbehoedmiddels. Armoede oefen ook 'n groot invloed uit op vroue se persepsie van selfdoeltreffendheid en mag gevoelens van magteloosheid meebring. Armoede veroorsaak dikwels dat daaglikse oorlewing geprioritiseer word bo langtermyn bekommernisse soos MIV en VIGS. Vir vroue wat dus poeg om van dag tot dag te oorleef mag veiliger seks en kondoomgebruik lae prioriteite wees. 'n Verdere risiko vir MIV-oordraging in Afrika word ook gevind in alkoholgebruik. Campbell (2003:148) konstateer dat kommersiële sekswerk verbind word aan hewige alkoholgebruik deur beide sekswerkers en hul kliënte. Gegewe die sekswerker se afhanklikheid van haar kliënt, en die kliënt se afhanklikheid van alkohol om sosiale inhibisies te verminder, blyk dit dat alkoholgebruik aanleiding gee tot riskante seksuele gedrag.

7.3.4.4 Patrone van MIV-verspreiding

Waar Afrika-vroue mansvriende vir finansiële bystand aanneem, is daar soos by sekswerk komplekse patrone vir MIV-verspreiding. Volgens Mataure *et al.* (2000:5) is die meer algemene patroon van MIV-oordraging waar ouer mans MIV oordra aan een of meer jonger vroue, asook hul eie vroue indien hierdie vroue nie reeds MIV-positief is nie. Jong vroue mag weer later MIV oordra aan jong mans of hul eie mans

wanneer hul in die huwelik tree. Hierdie vroue se mans word dan weer later ouer mans wat seksuele verhoudings met jonger meisies sal hê. Bogenoemde outeur verduidelik dat ouer mans nie van kondome gebruik maak saam met jong vroue nie, omdat daar geglo word dat hierdie jong vroue maagde is of onervare is, terwyl ouer mans selde daaraan dink dat hulself MIV-positief mag wees, en hul seksmaats behoort te beskerm. Jong mans gebruik ook nie kondome nie om soortgelyke redes en as gevolg van 'n tekort aan ervaring. Jong vroue maak nie van kondome gebruik nie omdat hul onervare is en glo dat die ouer seksmaat na hul sal omsien; omdat hul bang is vir verwerping en omdat hul kondome assosieer met immorele gedrag. Die patrone vir die tekort aan kondoomgebruik is dan volgens die navorser net so kompleks soos verhoudings onder Afrikane, en MIV mag moontlik maklik versprei na 'n individu wat deel uitmaak van een van hierdie skakels in 'n netwerk. Mataure *et al.* (2000:10) verduidelik dat sommige vroue nie van kondome gebruik wil maak nie omdat hul 'n verhouding as ernstig of langtermyn beskou, en daar geglo word dat kondoomgebruik slegs vir terloopse seksuele kontak is. Ander vroue wat wel van kondome gebruik wil maak, wil nie hul seksmaat ontstel wat moontlik die enigste bron vir voedsel en verblyf vir hulself en hul kinders is nie, en dring eerder nie daarop aan nie. Baie vroue verkies dus onbeskermd seks bo die risiko van geweld of die verlies aan 'n tuiste.

Aangesien ouer mans in Afrika ook jonger seksmaats verkies, blyk dit dat veral jong Afrika-vroue onder risiko geplaas word vir MIV en VIGS. Chikovore *et al.* (2003:67) konstateer dat armoede op gesinsvlak aanleiding gee daartoe dat jong meisies uitgebuit word deur welaf mans wat geld en geskenke bied in ruil vir seksuele omgang. Eaton *et al.* (2003:162) verduidelik dat die ruil van seks vir geld nie altyd so openlik is nie, maar dat 'n ouer mansvriend wat welaf is dan status, geld en geskenke aan 'n vrou kan bied wat nie deur haar ouers voorsien kan word nie. Mill en Anarfi (2002:334) het in hul studies gevind dat ouers, veral moeders hierdie tipe verhoudings direk of indirek sal goedkeur. In Suid-Afrika het Natrass (2004:149) ook bevind dat jong Zoeloe-vroue deur hul ouers aangemoedig word om meervoudige seksmaats vir geld aan te neem, aangesien dit 'n versekerde- en addisionele inkomste vir die huishouding is. Chikovore *et al.* (2003:56) meen dat die uitgangspunt wat in Afrika gevolg word waar 'n meisie haarself moet weerhou van seksuele omgang totdat sy in die huwelik tree, en sodoende die familie se eer behou, dan paradoksaal staan teenoor

die seksuele-uitbuiting van jong vroue. Hierdie vroue word uitgebuit deur hul eie families en ook wat in die algemeen na verwys word as die *sugar daddy* verskynsel waar jong meisies deur ouer mans verlei word tot seksuele-omgang in ruil vir geld of geskenke. In 'n skool-gebaseerde studie in Zimbabwe het 92% meisies genoem dat hul deur ouer mans genader is met sulke versoeke. Jong meisies word seksueel uitgebuit deur ouer mans waar daar geglo word dat hierdie meisies MIV-vry is, en waar mans glo dat hul deur seksuele-omgang met hierdie jong meisies van MIV genees kan word.

7.3.5 Die gevolge van armoede vir die vrou as broodwinner en haar kinders

Volgens 'n verslag van die Suid-Afrikaanse Menseregtekommissie het die Suid-Afrikaanse regering die land se behoeftige mense in die steek gelaat waar armoedeverligting net 3 miljoen van die 20 miljoen armoediges bereik het (Rademeyer, 2003:9). In teenstelling hiermee het die voormalige President van Suid-Afrika, Thabo Mbeki, genoem dat Suid-Afrika die oplossing vir armoede lank voor die res van die wêreld sal hê omdat die kwessie hier aangepak word. Talle Suid-Afrikaners wat daaglik wonder waar hul volgende bord kos vandaan sal kom, meen egter dat die antwoord nie om die draai lê nie (Rossouw & Smith, 2004:15). Dr. Anthony Mbewu, President van die Mediese Navorsingsraad (MNR) verduidelik dat daar te min inligting beskikbaar is om 'n betroubare afleiding te maak rondom die ekonomiese impak van MIV en VIGS, maar onderstreep wel die verband tussen armoede en MIV en VIGS (Rossouw, 2005:6). In teenstelling met Dr. Mbewu se uitlating konstateer Natrass (2002:6-7) dat MIV en VIGS ekonomiese sekuriteit ondermyn deur produktiwiteit te verminder en skaars hulpbronne in die huishouding te gebruik vir mediese onkoste. Hierdie dubbele druk wat op die huishoudelike sekuriteit geplaas word is reeds goed gedokumenteer in 'n groot hoeveelheid navorsing wat fokus op die impak van MIV en VIGS op huishoudings in Suid- en Suidelike Afrika. Vroue word veral geraak, aangesien hulle die las van die siekte self dra en daar verder van hul verwag word om ander gesinslede wat ook MIV-positief is te versorg. Die vernietigende ekonomiese impak van MIV en VIGS stop egter nie op huishoudelike vlak nie. MIV en VIGS verminder ook produktiwiteit van werkers en vermeerder produksiekoste vir firmas. Laasgenoemde, gepaardgaande met die impak

van MIV en VIGS op inkomste en verbruik, dra by tot die stadiger ekonomiesegroei van 'n land. Die effektiwiteit van regerings word ook ondermyn deur MIV en VIGS, en verminder dus 'n regering se kapasiteit om sosiale- en ekonomiesedienste te lewer. Die stadiger ekonomiesegroei verminder weer belastingkapasiteit van die ekonomie en ondermyn dus enige potensiele ontwikkelingsrol van die Staat. Huishoudings word dus direk en indirek deur MIV en VIGS geaffekteer en toenemende armoede verhoog duidelik die kwesbaarheid vir MIV-infeksie. Verder bestaan daar redelike bewyse dat ongelykheid in Suid-Afrika mag toeneem. Die voorkoms van MIV is hoër onder werkloses met min vaardighede, as onder die meer vaardige individue van die populasie wat wel 'n werk het. Indien firmas op laasgenoemde reageer deur hul afhanklikheid van minder vaardige werkers te verskuif na werkers wat 'n kleiner kans staan om MIV op te doen, sal huishoudings dubbeld benadeel word. Nie alleenlik sal toegang tot die arbeidsmark baie moeiliker word nie, maar produkte mag ook duurder en skaarser word. Die gevolge van armoede vir die vrou as broodwinner en haar kinders, mag volgens die navorser verreikend wees waar bogenoemde outeur se studie op hierdie vroue en kinders van toepassing mag wees.

7.4 Samevatting

Suid-Afrikaanse studies dui op die ekstreme hoë voorkoms van enkelouer-gesinne in Suid-Afrika. Ongewenste en onbeplande swangerskappe, armoede en MIV en VIGS kom veral voor onder vroue wat as enkelouers optree. Die vaders van kinders is meestal afwesig en bied geen emosionele- of finansiële bystand nie, terwyl die moeder onder ernstige druk verkeer om na haarself en haar kinders om te sien. Gesinstrukture is veral vir moeders as enkelouers relevant waar dit blyk dat die oorweldigende vereistes wat op die moeder geplaas word, gesinsbestuur bemoeilik. Kinders uit enkelouer-gesinne loop dus 'n groter risiko om betrokke te raak by misdaad, bendes en gewelddadige gedrag. Gemeenskapstrukture is ook relevant vir enkelouer-gesinne waar informele toesig en kollektiewe supervisie nie meer in gemeenskappe voorkom nie, en die jeug nie gemoniteer kan word nie. Laasgenoemde gee aanleiding tot gewelddadige gedrag onder kinders.

Die vrou as broodwinner verrig dikwels ongeskoolde werk en is ook verantwoordelik vir die versorging, voeding en ondersteuning van ander gesinslede. Laasgenoemde

oefen 'n negatiewe effek op die vrou se gesondheid uit. Vroue poeg om na hul gesinne om te sien deur middel van stedelike landbou, waardeur hul gesinne gevoed kan word. Vroue in Afrika besit egter min landbougrond. Grondbesit vir die Afrika-vrou as broodwinner is van groot belang, waar hierdie vroue 70% van die wêreld se armoedigstes uitmaak, en dikwels alleen verantwoordelik is vir die versorging van kinders. MIV en VIGS hou verdere nadele in wat landbou en grondbesit aanbetref, waar die produktiwiteit van MIV-geïnfekteerde persone afneem en arbeid afgeskaal word om siekes te versorg. Ekstra onkoste moet ook gedek word wat nie voorheen bestaan het nie, soos MIV-medikasie. Grondbesit is veral vir VIGS-wesies van groot belang na afsterwe van die moeder, aangesien dit hul instaatstel om na hulself om te sien en hul te bemagtig binne die uitgebreide familie. Indien VIGS-wesies hul grond verloor word hul na stedelike krotbuurte gedryf waar hul betrokke raak in sekswerk en dwelmmisbruik, en 'n volgende generasie van vroue se risiko vir MIV verhoog sodoende.

'n Belangrike aspek van vroue se betrokkenheid in die informelesektor, is die afhanklikheid van armoedige gesinne van hierdie vroue se inkomste. Werk in die informelesektor is egter uitputtend, genereer 'n klein inkomste, is tydrowend en affekteer die vrou se vermoë om haar eie en haar gesin se behoeftes aan te spreek. Werkloosheid is hoog in Suid-Afrika en hou veral negatiewe gevolge in vir die vrou as broodwinner van die gesin. Staats- en welsynstoelae is dikwels die enigste bron van inkomste in plattelandsegebiede en voormalige tuislande, aangesien landbou geen bydra lewer tot die gesin se inkomste nie. Vroue wend hulself ook tot minder konvensionele wyses vir 'n inkomste soos sekswerk en mansvriende vir ekonomiese gewin. Vroue se verantwoordelikheid teenoor hul kinders dryf hul tot sekswerk, en beskerming teen toekomstige siekte word dan van minder belang as die onmiddellike ekonomiese behoeftes. Dit blyk dat mansvriende vir ekonomiese gewin veral verband hou met vroue se beperkte onderrig, waar die vrou se vermoë om na haarself om te sien, beïnvloed word. MIV en VIGS speel ook 'n rol waar vroue mansvriende aanneem vir ekonomiese gewin, deurdat die siekte vroue se inkomste laat kwyn en daar nie meer voorsien kan word in die mees basiese behoeftes nie. Hierdie vroue beskou hulself nie as sekswerkers nie, aangesien seks op ander wyses verkoop word waar die mansvriend byvoorbeeld die vrou se huur, elektrisiteit of ander rekeninge sal betaal of deur middel van items wat aan die vrou se kinders en familie gegee word.

Wat kondoomgebruik aanbetref blyk dit dat vroue nie van kondome gebruik maak saam met hul gereelde manskiesvriende nie, terwyl sekswerker ook nie saam met gereelde kliënte van kondome gebruik maak nie, of kondoomlose seks sal hê vir 'n groter betaling. Die vernietigende ekonomiese impak van MIV en VIGS kan veral waargeneem word in die vrou se rolle as enkelouer en broodwinner, waar dit druk plaas op huishoudelike sekuriteit. Die opvolgende hoofstuk sal let op die navorsingsontwerp en -metodologie vir hierdie studie.

HOOFSTUK 8

Navorsingsontwerp en -metodologie

8.1 Inleiding

Hierdie studie was eksplorerend van aard ten einde 'n omvattende beeld van MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue te bekom, op grond waarvan 'n raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading ontwikkel is. Hierdie raamwerk kan deur die maatskaplike werker, MIV-berader en ander lede van die multidissiplinêrespan benut word tydens hulpverlening aan MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue. Kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading word dus moontlik gemaak deurdat die vrou se kultuur en geslagsrolle en die spesifieke behoeftes wat dit mag impliseer, in ag geneem word.

8.2 Navorsingsontwerp

Fouché (2005:268) noem dat sekere outeurs na “ontwerp” verwys as al die besluite wat 'n navorser maak in die beplanning van 'n studie. Ander outeurs gebruik weer die term slegs om te verwys na groepe van klein uitgewerkte formules waaruit prospekterende (kwalitatief-georiënteerde) navorsers een of meer kan selekteer of ontwikkel, wat gepas mag wees vir die spesifieke navorsingsdoel. Kwalitatiewe navorsers sal so te sê altyd hulle eie ontwerp ontwikkel deur een of meer van die beskikbare strategieë of instrumente te benut as riglyn. Terme soos *strategieë*, *metodes*, *tradisies van ondersoek* en *benaderings* hou verband met die term *ontwerp*. Mark (1996:225) verkies die term *metodes* in die bespreking van wyses waarop die navorser te werk gaan om ryk insig te ontwikkel, terwyl Neuman (2000) hierna verwys as *ontwerpe*. Vir die doeleindes van hierdie studie het die navorser egter gebruik gemaak van Fouché (2005:268) se definisie van ontwerp, wat verwys na die beskikbare opsies vir kwalitatiewe navorsers om sekere verskynsels te bestudeer na aanleiding van sekere “formules” wat gepas is vir die spesifieke navorsingsdoel.

Volgens die navorser kan die navorsingsontwerp gesien word as 'n gepaste riglyn waarvolgens die navorser haar studie beplan het en inligting versamel het. In kwalitatiewe navorsing sal hierdie ontwerp sterk verband hou met die navorsingsdoel.

Metodologie dui weer op die uitvoering van die navorsingsproses wat gevolg word na aanleiding van sekere stappe en spesifikasies.

8.2.1 Kwalitatiewe navorsingsontwerp: Kollektiewe gevallestudie

In die selektering van 'n navorsingsontwerp vir hierdie studie het die navorser twee kwalitatiewe navorsingontwerpe oorweeg naamlik die fenomenologiese ontwerp en die kollektiewe gevallestudie. Na aanleiding van deeglike oorweging van beide ontwerpe is daar besluit op die kollektiewe gevallestudie as mees gepaste ontwerp vir hierdie studie. Die volgende belangrike aspekte is oorweeg in die keuse van 'n navorsingsontwerp:

- Die navorser wou die geslagsrolle van die MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou as individuelewese, seksuelewese, versorger, moeder, huweliksmaat, enkelouer en broodwinner eksplorieer ten einde gedetailleerde in-diepte kennis en insig van hierdie rolle te ontwikkel. Die navorser wou dus spesifieke temas insluit ten einde laasgenoemde te bereik en het dus nodig gehad om gebruik te maak van 'n gestruktureerde wyse van inligtingversameling.

Volgens Creswell (2007:73) kan 'n gevallestudie gesien word as 'n eksplorering of in-diepte analise van 'n omgrensde sisteem (deur tyd, konteks en/of plek) of 'n enkele of meervoudige gevalle oor 'n periode van tyd deur middel van gedetailleerde in-diepte dataversameling wat meervoudige bronne van inligting insluit. Die geval wat bestudeer word mag verwys na 'n proses, aktiwiteit, gebeurtenis, program of individu of meervoudige individue. Fouché en Schurink (2011:322) verduidelik dat die fenomenologiese navorser weer poog om die verskynsel so akkuraat as moontlik te beskryf, deur te weerhou van enige voorafgegewe raamwerk, maar deur getrou te bly aan die feite. Naturalistiese metodes word benut (soos die opneem van allerdaagse gesprekke) sonder om van duidelike rekonstruerende metodes soos onderhoude te gebruik

- Die navorser wou veral let op prosesse, aktiwiteite en gebeurtenisse in meervoudige individue, dit wil sê 'n aantal MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue se lewens ten einde inligting te ontbloot waardeur vergelykings getrek kon word tussen gevalle.

Alston en Bowles (2003:198) noem dat gevallestudie navorsing in kwalitatiewe studies 'n belangrike verkennende metode is en dat gevallestudie navorsing veral

belangrik is in maatskaplikewerk, aangesien dit toelaat dat 'n tipiese geval, kliënt, gebeurtenis, groep of verskynsel bestudeer kan word ten einde inligting te ontbloot wat sal bydra tot die analise van en insig omtrent die wyer teikengroep. Wat spesifiek die kollektiewe gevallestudie aanbetref noem Mark (1996:219) dat die kollektiewe gevallestudie die navorser toelaat om insig rondom sosiale kwessies of die populاسie wat bestudeer word, te ontwikkel. Welman *et al.* (2005:192) verduidelik dat fenomenoloë in teenstelling met bogenoemde nie belang het by die beskrywing van 'n verskynsel nie, aangesien dit onafhanklik bestaan van die respondent se ervaring daarvan. Fenemenoloë het eerder belang by die respondent se ervaring van die verskynsel

- Die navorser het 'n duidelike idee gehad van wat ondersoek wou word, spesifieke kriteria ontwikkel wat die karakteristieke van MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue sou insluit wat ondersoek wou word, en wou daardeur relevante inligting versamel ten einde 'n riglyn vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading te ontwikkel. Ten einde bogenoemde te bereik moes die navorser die veld kon betree met kennis van die relevante literatuur voordat navorsing onderneem kon word. 'n Omvattende literatuurstudie moes dus eers onderneem word.

Alston en Bowles (2003:198) noem dat in die uitvoering van 'n gevallestudie dit van belang is om te bepaal wat ondersoek wil word, watter spesifieke karakteristieke van die gevallestudie belangrik is en wat bereik wil word. Gevallestudies moet versigtig geselekteer word en 'n tipiese of spesiale voorbeeld verteenwoordig, waarna daar besluit word hoe die data versamel en geanaliseer sal word. Welman *et al.* (2005:193) sluit aan by laasgenoemde deur te noem dat gevallestudies gerig is op die begrip van en uniekheid van die besonderheid van die spesifieke geval in al sy kompleksiteit. Fouché en Schurink (2011:321) noem dat die gevallestudie navorser poog om die veld te betree met kennis van die relevante literatuur voordat navorsing onderneem word. In fenomenologiese studies word die literatuurstudie egter onderneem nadat die bevindings van die navorsing geformuleer is en is die literatuurstudie meer 'n vorm van literatuurbeheer nadat data versamel is (Delpont & Fouché, 2005:264).

- Die navorser wou 'n aantal gevalle betrek in hierdie studie, aangesien die riglyn vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading ook van toepassing moes wees op die wyer teikengroep.

Fouché en Schurink (2011:322) sien die kollektiewe gevallestudie as 'n instrumentele gevallestudie wat uitgebrei word tot 'n aantal gevalle. Gevalle word gekies sodat vergelykings getrek kan word tussen gevalle en konsepte. Welman (2005:191-192) verduidelik dat fenomenoloë egter poog om die omstandighede van die respondent te verstaan, aangesien fenomenoloë hulself “in die skoene” van die respondent kan sien. Fenomenoloë poog dus om verskynsels te ervaar soos wat dit persoonlik deur die respondent ervaar is.

Die navorser het na aanleiding van bogenoemde oorwegings die kollektiewe gevallestudie as navorsingsontwerp vir hierdie studie geselekteer.

8.3 Literatuurstudie

Fouché en De Vos (2011:93) verduidelik dat 'n oorsig van die literatuur aanvanklik benut word sodat die navorser bekend kan word met die huidige toedrag van kennis rondom die navorsingsprobleem, om te leer hoe ander navorsers soortgelyke probleme geskets het, om die fokus van die projek te verklein en om te verseker dat daar nie onnodige herhaling is van wat ander alreeds onderneem het nie. Daar behoort dus veral gelet te word op wat ander alreeds oor die onderwerp geskryf het. Die navorser het vir die doeleindes van hierdie studie 'n baie breë oorsig van die literatuur nodig, en dus talle bronne rondom die Afrika-vrou, die Afrika-kultuur en MIV en VIGS bestudeer. Hierdie literatuur het getoon dat laasgenoemde aspekte wel nagevors word, maar dat dit meestal apart bestudeer word. Die literatuur het verder getoon dat die meeste navorsing rondom die Afrika-vrou, die Afrika-kultuur en MIV en VIGS onder belangrike geslagsrolle van die Afrika-vrou gegroepeer kon word. Laasgenoemde het dit vir die navorser moontlik gemaak om die fokus van die studie te verklein deur sewe relevante geslagsrolle van die Afrika-vrou te identifiseer.

Delport, Fouché en Schurink (2011:302) noem dat die funksies van literatuur in 'n kwalitatiewe studie die volgende insluit:

- Om die onderliggende aannames agter die algemene navorsingsvrae te demonstreer.
- Om te demonstreer dat die navorser deeglike kennis dra van verbandhoudende navorsing en intellektuele tradisies wat die studie omvat en ondersteun.

- Om te toon dat die navorser sekere gapings in vorige navorsing geïdentifiseer het en dat die voorgestelde studie die gedemonstreerde behoefte sal vervul.
- Om die navorsingsvrae te definieer en te herdefinieer deur hierdie vrae in te sluit by die groter empiriese tradisie.

Die literatuurstudie het die navorser voorsien van sekere onderliggende aannames, waarvan die belangrikste aanname was dat daar MIV- en VIGS-verbandhoudende risiko's voorkom rondom die geslagsrolle van die Afrika-vrou. Daar het egter geen verbandhoudende navorsing bestaan waar die Afrika-vrou of enige spesifieke Suid-Afrikaanse kultuurgroep se vroulike geslagsrolle geïdentifiseer is, en in verband gebring is met die vrou se risiko's vir MIV en VIGS nie. Daar het dus definitiewe tekortkominge bestaan in beskikbare literatuur ten opsigte van laasgenoemde. Die navorser moes dus die navorsingvraag definieer en herdefinieer sodat die spesifieke geslagsrolle en MIV- en VIGS-verbandhoudende risiko's daarvan vir vroue, by die navorsingsvraag ingesluit kon word.

Fouché en Delport (2011:109) verduidelik dat die literatuuoroorsig in kwalitatiewe navorsing moontlik meer uitgebrei behoort te wees as in kwantitatiewe navorsing, ten einde die navorser se kundigheid te demonstreer. Bogenoemde was veral van toepassing in hierdie studie, aangesien daar sewe geslagrolle van die Afrika-vrou geïdentifiseer is, en elke geslagsrol verband gehou het met verskeie behoeftes, probleme en MIV- en VIGS-verbandhoudende risiko's. Strydom (2011:238) is van mening dat navorsers moet poog om die mees resente uitgawes van spesifieke publikasies te gebruik, behalwe as daar 'n spesifieke rede is om dit nie te gebruik nie. Hoewel die navorser in die identifisering van die vrou se sewe geslagrolle en die verskeie behoeftes, probleme en MIV- en VIGS-verbandhoudende risiko's wat met elk verband hou, meestal van resente literatuur gebruik gemaak het, was die navorser ook geforseer om van baie ouer literatuur gebruik te maak. Laasgenoemde was nodig waar daar min resente literatuur beskikbaar was waarin Suid-Afrikaanse kultuur- of etniesegroepe se houdings, waardes, oortuigings, opinies en norme saamgevat word.

Flick (2009:48) moedig navorsers aan om van verskeie vorme van literatuur gebruik te maak in 'n kwalitatiewe studie soos:

- Teoretieseliteratuur rondom die onderwerp van die studie.

- Empirieseliteratuur rondom vroeëre navorsing in die veld van studie of soortgelyke velde.
- Metodologieseliteratuur rondom hoe om die navorsing te onderneem en die gebruik van geselekteerde metodes.
- Gekombineerde teoretiese- en empirieseliteratuur om bevindings te kontekstualiseer, te vergelyk en te veralgemeen.

Die navorser het van teoretiese-, empiriese- en metodologieseliteratuur gebruik gemaak vir die doeleindes van hierdie studie. Hierdie literatuur was afkomstig vanuit verskeie velde wat die mediese-, maatskaplikewerk-, kriminologiese-, sielkundige-, sosiologiese- en antropologiese velde ingesluit het. Diverse bronne is ook benut wat handboeke, joernale, koerantartikels, die internet, publikasies deur instansies, organisasies en konferensies, akademiese verhandelings en proefskrifte, Staatspublikasies, woordeboeke en ongepubliseerde onderhoude met kenners ingesluit het.

8.4 Voorondersoek

Bless en Higson-Smith (2000:155) definieer die voorondersoek as 'n kleinskaalse studie wat voor die hoofondersoek uitgevoer word ten einde te bepaal of die metodologie, steekproef, instrumente en analise voldoende en gepas is. Die voorondersoek word deur die navorser beskou as soortgelyk aan die navorser se beplande ondersoek, maar op kleiner skaal. Strydom (2011:239) noem dat die gebruik van deskundiges 'n uitstekende bron van kennis is wat ontgun moet word gedurende die voorondersoek. Onderhoudvoering met deskundiges is belangrik in kwalitatiewe navorsing met die doel om temas te identifiseer vir verdere ondersoek, en om 'n geldige literatuuroorsig te onderneem met die oog op die verifiëring van bevindings.

Vir die voorondersoek van hierdie studie het die navorser veral gebruik gemaak van die kennis en ervaring van die drie hoofde van die betrokke nie-regeringsorganisasies in die Limpopo Provinsie. Die navorser kon deur middel van 'n kort vraelys wat vooraf aan die hoofde gepos is, asook latere persoonlike onderhoude wat met elk van die hoofde gevoer is, 'n goeie idee bekom van die aard, behoeftes en probleme van die navorsingspopulasie.

8.4.1 Toetsing van meetinstrumente

Seidman (1998:32) verduidelik dat die navorser 'n klein aantal respondente behoort te betrek om die onderhoud-ontwerp te toets gedurende die vooronderzoek. Die navorser sal sodoende bewus raak van die praktiese aspekte soos om toegang te bekom, kontak te maak, die uitvoering van die onderhoud, asook die navorser se eie vlak van onderhoudvoeringsvaardighede. Strydom (2011:241) konstateer dat aspekte van die vooronderzoek dikwels moeilik is om uit te voer in 'n kwalitatiewe ondersoek, veral waar slegs 'n paar gevalle oor 'n lang periode ondersoek word. Die vooronderzoek vir hierdie studie het egter slegs eenmalige onderhoude met drie respondente insluit. Strydom en Delport (2005:331) meen dat 'n paar respondente met soortgelyke kenmerke as dié van respondente wat by die hoofondersoek betrek sal word, ingesluit kan word by die vooronderzoek ten einde sekere tendense te bepaal. Die navorser het gedurende die vooronderzoek drie MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue vanuit die volgende gebiede in die Limpopo Provinsie ingesluit, wat op 'n soortgelyke wyse geselekteer is as wat in die hoofondersoek onderneem sou word:

- Diep-platteland– Een respondent van Koeumela Moepahupse tussen Vivo en Alldays.
- Semi-landelik/stedelik– Een respondent van die HIV/AIDS Prevention Group in Bela-Bela.
- Stedelik– Een respondent van Takalani Manor in Polokwane.

Alle belangrike aspekte rondom onderhoudvoering is getoets tydens die vooronderzoek. Die navorser het veral daarop gelet om die inhoud van die onderhoudskedule te toets. Die navorser het daarop gelet om verveeldheid te voorkom, aangesien onderhoude soms lank mag neem, afhangende van die pas waarteen respondente reageer. Die navorser het ook gefokus op die duidelikheid van vrae wat gedurende onderhoude gevra word, ten einde te verseker dat alle respondente vrae op dieselfde wyse verstaan ten spyte van hul opvoedkundige vlakke. Met die toetsing van die onderhoudskedule is respondente tydens die vooronderzoek aangemoedig om vrae te vra en voorstelle te maak. Een van die belangrikste aspekte wat hier na vore getree het was die aanpassing van sekere vrae wat soortgelyke

inligting na vore gebring het, en dus 'n tydrawende herhaling van inligting was. 'n Verdere aspek was die hersiening van vrae wat kort en bondige antwoorde meegebring het, waar die navorser opsoek was na ryk gedetailleerde inligting. Die voorondersoek het verder geleentheid gebied om die opset waarin navorsing onderneem is, te toets. Sekere behoeftes wat deur MIV- en VIGS-pasiënte ervaar mag word, is ook in ag geneem, byvoorbeeld die beskikbaarheid van badkamers en water, asook 'n lokaal om te rus. Laasgenoemde is veral relevant waar sekere pasiënte met MIV en VIGS dikwels diarree en 'n droë mond mag ervaar, of dit nodig mag vind om te rus voordat 'n onderhoud voltooi kan word.

Daar is verder gelet op die toetsing van die oudiobandopnemer waarvan daar gebruik gemaak is. Die navorser het sodoende 'n idee gekry van hoe gemaklik respondente hiermee voel en op watter plek die opnemer geplaas behoort te word gedurende onderhoudvoering. Die navorser se eie vaardighede as onderhoudvoerder is ook getoets, en die voorondersoek het die navorser veral geleentheid gebied om die aanbeveelde riglyne vir onderhoudvoering toe te pas. Nodige aanpassings kon dus gemaak word voordat daar oorbeweeg is na die uitvoering van die hoofondersoek, en het verseker dat die hoofondersoek so glad as moontlik verloop het.

8.4.2 Uitvoerbaarheid van die studie

In kwalitatiewe navorsing is dit van groot waarde om 'n omvattende en akkurate assessering van die werklike situasie wat ondersoek word te bekom. Gedurende hierdie fase van die voorondersoek mag die navorser moontlik reeds 'n opinie vorm van die openheid van die gemeenskap of groep van respondente, hul gewilligheid om saam te werk en die aantal respondente wat moontlik betrokke sal wees totdat data versadig is (Strydom en Delport, 2005:331-332). Strydom (2011:239) noem dat die uitvoerbaarheidstudie veral van belang is met die oog op praktiese beplanning van die navorsingsprojek soos vervoer, finansies en tydsfaktore van die beoogde studie. Die voorondersoek kan dus die navorser waarsku ten opsigte van onvoorsiene probleme wat na vore mag kom gedurende die hoofondersoek. Strydom (2011:240) noem ook dat kwalitatiewe navorsing gewoonlik in 'n kleiner area en met 'n kleiner aantal respondente geskied, maar in meer diepte en oor 'n langer periode van tyd onderneem word as kwantitatiewe navorsing. Dit is dus van uiterste belang dat 'n volledige en

akkurate assessering van die werklike situasie wat ondersoek gaan word, onderneem word. Gedurende die ondersoek na die uitvoerbaarheid van die studie, het die navorser die gemeenskappe besoek waar die studie onderneem is en veral gelet op die volgende aspekte wat vir die navorser relevant was, en ook uniek mag wees aan die spesifieke omgewing:

- Toestemming om die studie by die betrokke nie-regeringsorganisasies te onderneem– Die hoofde van die drie betrokke nie-regeringsorganisasies is vooraf deur die navorser gekontak en verbale asook skriftelike toestemming is aan die navorser verleen deur die hoofde van die betrokke organisasies.
- Geografiese toeganklikheid en beskikbare lokale– Alle lokale wat benut is in die uitvoering van hierdie studie was vir die navorser, tolke en respondente geografies toeganklik. Die navorser het haarself ook gedurende die voorondersoek bekend gemaak met die geografiese ligging van die drie betrokke nie-regeringsorganisasies, aangesien van hierdie organisasies soos Koeumela Moepahupse tussen Vivo en Alldays in uiters afgeleë gebiede is.
- Werksure en sekuriteit– Beschikbare lokale was privaat en veilig. Die navorser het nie van respondente of tolke verwag om saans (vanaf 4 uur namiddag) beskikbaar te wees nie, maar eerder onderhoude onderneem en voltooi wanneer dit gedurende die dag gepas was vir respondente. Laasgenoemde was veral van belang vir respondente wat uit afgeleë gebiede afkomstig is, en die nie-regeringsorganisasies bedags moes besoek met genoegsame tyd om weer saans hul huise te bereik.
- Beschikbaarheid en bereidwilligheid van respondente om deel te neem aan die studie– Die navorser het gedurende die voorondersoek na die uitvoerbaarheid van die studie meer sekerheid bekom rondom die beskikbaarheid en bereidwilligheid van respondente om aan die studie deel te neem. Die navorser het met die hoofde van die betrokke drie nie-regeringsorganisasies in kontak getree en is verseker dat respondente beskikbaar en bereidwillig is om aan die studie deel te neem. Die voorondersoek het getoon dat groot getalle Noord-Sotho/Tswana-sprekende MIV-positiewe vroue bereidwillig was om aan die studie deel te neem, en openlik met die navorser te gesels oor sensitiewe onderwerpe.
- Beschikbaarheid van ander relevante fasiliteite– Die navorser het daarop gelet dat respondente gemaklik was en ook naby aan ’n badkamer was. Laasgenoemde hou veral verband met ongemak wat deur respondente ervaar mag word as gevolg van

MIV en VIGS. Verder het die navorser seker gemaak dat daar 'n oop bed beskikbaar was vir respondente om voor en na onderhoudvoering te rus, veral vir respondente wat ver gereis het om nie-regeringsorganisasies te bereik. Daar is egter selde van laasgenoemde gebruik gemaak.

Ander belangrike aspekte rondom die uitvoerbaarheid van die navorsingsprojek sluit die volgende in:

- Koste verbonde aan die studie– Alle kostes is deur die navorser bereken ten einde te kon bepaal of genoegsame fondse beskikbaar sou wees. Laasgenoemde het gestrek vanaf reiskostes, wat een van die grootste uitgawes was as gevolg van die ligging van afgeleë gebiede, tot die beskikbaarheid van 'n digitale audioband opnemer. Die navorser het oor die nodige beurse beskik om alle kostes te dek (UP prestasiebeurs, UP nagraadse studiebeurs en Europese Unie Beurs waarvan laasgenoemde toegeken is deur die Centre for the study of AIDS).
- Tyd– Aangesien die navorser 'n voltydse student was tydens onderneming van die studie was die nodige tyd beskikbaar vir die onderneming van die studie. Laasgenoemde was van groot belang waar onderhoudvoering en transkribering van die onderhoude deur die navorser self onderneem is, en daar nie van navorsingsassistentie gebruik gemaak is nie.
- Data-insameling en verwerking– Die navorser het in die ondersoek na die uitvoerbaarheid van die studie seker gemaak dat kwalitatiewe data deur 'n enkele persoon (die navorser self) versamel en verwerk kon word, hoewel onderhoudvoering en die transkribering van onderhoude tydrowend was. 'n Tolk was ook deurentyd beskikbaar gedurende data-insameling, hoewel die tolk slegs benodig is in die onderneming van een van die onderhoude in die hoofondersoek.

Laastens is die navorser van mening dat die volgende aspekte 'n belangrike rol gespeel het in die uitvoerbaarheid van die ondersoek:

- Konsultasie met kundiges asook die voorondersoek opsigself het die navorser gehelp om die uitvoerbaarheid van die ondersoek te bepaal. Die navorser het veral gebruik gemaak van die kennis en ervaring van Me. Manhaewe van die HIV/AIDS Prevention Group (Bela-Bela), Me. Hlako van Koeumela Moepahupse (tussen Vivo en Alldays) en Me. Sethosa van Takalani Manor (Polokwane).

- Die navorsingsprojek is ondersteun deur die beskikbaarheid van ander kundiges wat die navorser se promotor, die Centre for Language Development (Universiteit van Pretoria) en personeel van die drie betrokke nie-regeringsorganisasies waar die studie onderneem is, ingesluit het. Verder het die Centre for the Study of AIDS (Universiteit van Pretoria) ook ondersteuning gebied deur die beskikbaarheid van kenners op die gebied van MIV en VIGS asook verbandhoudende literatuur.
- Aangesien daar van die kollektiewe gevallestudie gebruik gemaak is met semi-gestruktureerde onderhoude as metode vir inligting versameling, het die navorser die veld betree met goeie kennis van die relevante literatuur. Die navorser het dus 'n in-diepte literatuurstudie onderneem waar die nodige bronne soos handboeke, joernale, koerantartikels en die internet benut is.
- Die uitvoering van die navorsingsprojek was onderhewig aan etiese vereistes. Hierdie studie was sensitief van aard en die navorsingsontwerp en dataversamelingsmetode is ook na gelang hiervan geselekteer. Alle belangrike etiese kwessies is in ag geneem.

8.5 Navorsingspopulasie, steekproef en wyse van steekproefneming

8.5.1 Omskrywing van universum en navorsingspopulasie

Bless en Higson-Smith (2000:84) beskou die universum as die stel van objekte of persone wat die fokus van die navorsing is, en waarvan die navorser sekere kenmerke wil bepaal. Die universum vir hierdie studie het alle Swart Noord-Sotho/Tswana-sprekende MIV-positiewe vroue in die Limpopo Provinsie ingesluit. Me. Manhaewe (2005) van die HIV/AIDS Prevention Group in Bela-Bela noem dat die voorkoms van MIV en VIGS, armoede en enkelouer-gesinne algemene verskynsels in die Limpopo Provinsie is, waar die meerderheid Noord-Sotho/Tswana-sprekende persone woonagtig is. Verder konstateer Marais (2005:30) dat Limpopo Provinsie een van die provinsies is wat die grootste toenames in MIV- en VIGS-syfers getoon het vanaf 2000.

Mouton (in Fouché & De Vos, 2005:104) verduidelik dat die navorsingspopulasie of eenheid van analise verwys na die “wat” van die studie– watter objek, verskynsel,

entiteit, proses of gebeurtenis maak deel uit van die studie. Meer duidelik kan die eenheid van analise gesien word as die persoon of objek waaruit die navorser data versamel. Die populاسie het dus alle Swart Noord-Sotho/Tswana-sprekende MIV-positiewe vroue ingesluit wat oor die afgelope jaar as kliënte by die betrokke nie-regeringsorganisasies in die volgende drie sentrale streke van Limpopo Provinsie aangesluit het:

- Diep-platteland– Tussen Vivo en Alldays (Nie-regeringsorganisasie, Koeumela Moepahupse).
- Semi-landelik/stedelik– Bela-Bela (Nie-regeringsorganisasie, HIV/AIDS Prevention Group).
- Stedelik– Polokwane (Nie-regeringsorganisasie, Takalani Manor).

8.5.2 Afbakening van steekproef

Strydom en Delport (2005:328) verduidelik dat daar geen reëls bestaan vir steekproefgrootte in 'n kwalitatiewe ondersoek nie. Die grootte van die steekproef word bepaal deur wat die navorser wil weet, wat die doel van die ondersoek is, wat van belang is, wat bruikbaar sal wees, wat geloofwaardig sal wees en wat gedoen kan word met die beskikbare tyd en hulpbronne. Strydom en Delport (2005:328) beskryf streekproefneming in kwalitatiewe navorsing as beperk, waar dit nie-vertegenwoordigend is, gebaseer is op versadiging, grootte nie statisties bepaal is nie en laer koste en minder tyd vereis word. In 'n kwalitatiewe ondersoek word daar dus sonder uitsondering gebruik gemaak van nie-waarskynlikheidsseleksie.

By die drie betrokke nie-regeringsorganisasies waar hierdie studie onderneem is, word daar hulp verleen aan tussen 20-60 (afhangende van die gebied) MIV-positiewe pasiënte per dag. Die navorser het 12 Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue vanuit die populاسie by die steekproef betrek. Me. Manhaewe (2005) van die HIV/AIDS Prevention Group noem dat die meerderheid van hierdie populاسie se vroue in hul voortplantingsjare is. Laasgenoemde het veseker dat die belangrikste geslagsrolle wat deur die navorser ondersoek is, wel onder hierdie populاسie van vroue in hul voortplantingsjare gevind is. Fouché (2005:272) noem dat die hoof kriteria vir die selektering van gevalle in 'n gevallestudie “die geleentheid om te leer” behoort te wees. Die steekproef vir hierdie studie is onderneem na gelang van belangrike

kriteria waardeur die navorser 'n wye spektrum van temas wou insluit na aanleiding van die onderwerp van hierdie studie. Die kriteria vir die selektering van respondente in hierdie studie het soos volg gelyk, en die spesifieke karaktertrekke wat deur die navorser ingesluit wou word, omvat:

- Ras– Swart vroue, aangesien hierdie groep se kultuur-spesifieke geslagsrolle en die verbandhoudende MIV-risiko's in hierdie studie ondersoek wou word.
- Ouderdom– 18 jaar of ouer, aangesien die vorm vir ingeligte toestemming andersins deur 'n voog onderteken moet word, terwyl die respondent nie noodwendig haar serostatus al bekend gemaak het, of bekend wil maak aan haar gesinslede nie.
- Geslag– Vroulik, aangesien spesifiek vroue in hierdie studie betrek wou word as gevolg van vroue se groter kwesbaarheid vir MIV en VIGS.
- Serostatus– MIV-positief waar hierdie vroue moontlik met MIV geïnfekteer is as gevolg van MIV-risiko's wat na aanleiding van kultuur-spesifieke geslagsrolle ervaar word, en wat in hierdie studie ondersoek wou word.
- Etniesegroepering– Noord-Sotho/Tswana-sprekend, aangesien etniesegroepe in Suid-Afrika tot so 'n mate vermeng het dat taal die mees gepaste wyse van afbakening is. Kriel (2006) van die Departement van Argeologie en Antropologie (UP) verduidelik dat etniesegroepe wat in dieselfde streke voorkom soos byvoorbeeld die Noord-Sotho en Tswana-groepe in die Limpopo Provinsie, geen kulturele verskille het nie.

Fouché (2005:272) noem dat gevalle vir 'n gevallestudie geselekteer word sodat vergelykings getref kan word tussen gevalle en konsepte, en sodat teorieë uitgebrei en bevestig kan word. Die navorsingspopulasie vir hierdie studie het dus meerderjarige Noord-Sotho/Tswana-sprekende MIV-positiewe vroue ingesluit wat afkomstig is uit drie geografies-diverse gebiede in die Limpopo Provinsie. Sodoende het die navorser verseker dat respondente vanuit alle tipes omgewings in die Limpopo Provinsie, by die studie betrek is. Vergelykings tussen gevalle was dus meer relevant om te bepaal watter ooreenkomste en verskille daar mag bestaan ten einde teorieë uit te brei en 'n raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading te ontwikkel. Laasgenoemde sal vir hulpverlening aan alle Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue in die Limpopo Provinsie benut kan word, watter gebied hul ookal van afkomstig is.

8.5.3 Wyse van steekproefneming

Bless en Higson-Smith (2000:155) beskryf die nie-waarskynlikheidsseleksieprosedure as 'n steekproeftegniek waar die waarskynlikheid van elke element van die populasie om by die studie ingesluit te word, nie bekend is nie. Die steekproef wat vir die doeleindes van hierdie studie benut is, is die doelgerigte steekproef. Strydom en Delport (2005:328) verduidelik dat daar in doelgerigte steekproefneming 'n spesifieke geval gekies word omdat dit sekere kenmerke of prosesse illustreer wat van belang is vir die spesifieke studie. In doelgerigte steekproefneming moet die navorser krities dink oor die parameter van die populasie en dan die steekproefgevalle na gelang daarvan kies. Duidelike identifikasie en formulering van die kriteria vir die seleksie van respondente is dus van kardinale belang. Die soeke na data moet gelei word deur prosesse wat ryk detail sal voorsien om die omvang van spesifieke inligting wat versamel word uit en oor die konteks, te maksimeer. In die geval van doelgerigte steekproefneming is die navorser doelbewus op soek na tipiese of afwykende data.

Bless en Higson-Smith (2000:92) verduidelik dat hierdie tipe steekproef gebaseer is op die navorser se oordeel aangaande die kenmerke van die verteenwoordigende steekproef. Die navorser het vir die doeleindes van hierdie studie 12 respondente selekteer deur te let op belangrike kriteria vir seleksie soos onder 8.5.2 genoem. Verder moes respondente ook bereidwillig wees om aan die studie deel te neem met inagnome van die sensitiewe aard van die onderwerp. Die navorser wou ook respondente insluit wat nie alleen MIV-positief is nie, maar wat ook die belangrikste geslagsrolle wat in hierdie studie bespreek is, vervul. Laastens was dit van belang dat respondente wat by die studie betrek is ook aspekte van armoede en geweld beleef het, wat volgens Me. Manhaewe (2005), hoof van die HIV/AIDS Prevention Group in Bela-Bela, algemene probleme is wat deur Swart vroue beleef word in die Limpopo Provinsie. Laasgenoemde probleme wat geslagsrolle vir Swart vroue kompliseer, het die navorser voorsien van die relevante inligting wat benodig is om 'n wye spektrum van temas te dek waardeur die navorser 'n kultuursensitiewe raamwerk vir MIV- en VIGS-berading kon ontwikkel.

Die navorser het die eerste 12 respondente wat aan die nodige kriteria voldoen het, betrek by hierdie studie. Laasgenoemde het vier respondente van elk van die drie betrokke nie-regeringsorganisasies ingesluit. Hierdie respondente is veral in oorsig en met behulp van die hoofde van die betrokke drie nie-regeringsorganisasies geselekteer, wat ingelig is van die navorser se kriteria vir doelgerigte selektering, en bekend was met die omstandighede van respondente. Respondente is verseker van die konfidentiële hantering van inligting, asook die beskerming van hul identiteit en privaatheid, deurdat slegs die navorser hul kontakbesonderhede geneem het en dat enige name, adresse of telefoonnummers na afloop van die studie vernietig sal word.

8.6 Empiriese navorsing

Fouché (2005:272) verduidelik dat die eksplorering en beskrywing van 'n geval in 'n gevallestudie onderneem word deur gedetailleerde in-diepte dataversamelingsmetodes wat meervoudige bronne van inligting, ryk in konteks insluit. Laasgenoemde mag onderhoude, dokumentasie, observasies of argiefrekords insluit. Die produk van hierdie navorsing is 'n in-diepte beskrywing van die geval of gevalle. Die navorser plaas die sisteem of geval binne 'n breër konteks, maar die fokus bly steeds op die geval of die kwessie wat geïllustreer word deur die geval. Laasgenoemde impliseer dat die navorser die veld betree met kennis van die relevante literatuur voordat navorsing in die veld uitgevoer word.

8.6.1 Dataversamelingsmetodes

Inligtingversameling in hierdie studie is onderneem deur middel van onderhoudvoering. Greeff (2011:341-342) noem dat die doel van navorsing die navorser moet lei om die mees gepaste metode te kies. Onderhoudvoering is die oorheersende wyse van inligtingversameling in kwalitatiewe navorsing. Die onderhoud is 'n sosiale verhouding wat ontwerp is om inligting tussen die deelnemer en die navorser uit te ruil. Die kwaliteit en kwantiteit van inligting wat uitgeruil word, word bepaal deur hoe vaardig en kreatief die onderhoudvoerder is om dié verhouding te verstaan en te bestuur. Gestruktureerde, semi-gestruktureerde en ongestruktureerde onderhoude is oorweeg by die keuse in 'n dataversamelingsmetode. Alston en Bowles (2003:115) konstateer dat gestruktureerde onderhoude gewoonlik vraelyste is wat gelei word deur die onderhoudvoerder. Welman *et al.* (2005:165) sluit by

laasgenoemde aan deur te verduidelik dat by gestruktureerde onderhoude die navorser beperk is tot die vrae, die bewoording en die orde waarin vrae op die onderhoudskedule verskyn, en dus as onderhoudvoerder relatief min ruimte vir afwyking toegelaat word. Die navorser wou egter nie beperk word deur spesifieke vrae, bewoording en orde waarin vrae gevra word gedurende onderhoude nie, aangesien die navorser nodig gehad het om ryk en gedetailleerder inligting rondom respondente se geslagsrolle te bekom, en dus nodig gehad het om respondente te kon aanspoor om sekere inligting met die navorser te deel.

Greeff (2011:348) verduidelik dat die ongestruktureerde onderhoud, waarna daar soms ook as die in-diepte onderhoud verwys word, bloot 'n gesprek uitbrei en formaliseer. Daar word na die ongestruktureerde onderhoud verwys as 'n gesprek met 'n doel. Die doel van die ongestruktureerde onderhoud is nie om antwoorde te bekom tot vrae nie, ook nie om hipotesis te toets of te evalueer in die algemene sin van die term nie, maar om die ervaring van ander en die betekenis wat aan die ervaring toegeken word te verstaan. Seidman (1998:11) beveel aan dat ongestruktureerde onderhoud oor drie of vier aparte onderhoude versprei word met elke respondent, veral wanneer fenomenologiese onderhoude onderneem word. Die navorser het egter 'n meer gestruktureerde wyse van dataversameling benodig, aangesien daar op spesifieke geslagsrolle van die MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou gelet wou word. Verder sou dit as gevolg van respondente se gesondheid en finansiële omstandighede onmoontlik wees om meer as een onderhoud met 'n respondent te onderneem. Dit sou ook nie vir die navorser moontlik wees om respondente tuis te besoek om drie of vier onderhoude oor 'n tydperk te onderneem nie, as gevolg van die afgeleë gebiede waar respondente woon en kwessies rondom bekendmaking, waar nie alle respondente se gesinslede tuis bewus is van respondente se MIV-status nie.

Die navorser het die semi-gestruktureerde een-tot-een onderhoud as mees gepaste metode vir kwalitatiewe dataversameling geselekteer vir hierdie studie. Daar word dan vervolgens gelet op die semi-gestruktureerde onderhoud as dataversamelingsmetode.

8.6.1.1 Kwalitatiewe dataversamelingsmetode

Daar is in hierdie studie gebruik gemaak van die semi-gestruktureerde een-tot-een onderhoud ten einde kwalitatiewe data vanaf 12 respondente wat doelgerig geselekteer is, te kon versamel. Ten einde enige verwarring te vermy rondom doelgerigte selektering van respondente is die eerste 12 respondente wat aan die relevante kriteria vir hierdie studie voldoen het en ingestem het om aan die studie deel te neem, by die studie betrek. Hierdie respondente is in oorsig met die hoofde van die drie betrokke nie-regeringsorganisasies geselekteer. Die navorser het respondente individueel betrek by onderhoudvoering. Onderhoude is met die toestemming van respondente deur die navorser op oudioband geneem en later deur die navorser getranskribeer. Waar een respondent verkies het om die onderhoud in haar eie taal (Sepedi) te onderneem is die navorser bygestaan deur 'n Swart maatskaplike werker wat as tolk optree het, en vanuit dieselfde omgewing as respondente afkomstig was en ook die respondent se taal magtig was.

Greeff (2005:292-296) definieer semi-gestruktureerde onderhoude as onderhoude wat georganiseer word rondom spesifieke areas van geïnteresseerdheid, maar steeds redelike fleksiteit in omvang en diepte toelaat. Navorsers maak van semi-gestruktureerde onderhoude gebruik om 'n gedetailleerde beeld van die respondent se oortuigings, persepsies of weergawe rondom 'n spesifieke onderwerp te bekom. Alston en Bowles (2003:116) meen dat semi-gestruktureerde onderhoude die navorser toelaat om addisionele inligting te eksplorieer wat deur die respondent genoem is, en ander vrae te vra wat nie oorspronklik by die onderhoudskedule ingesluit is nie. Semi-gestruktureerde onderhoudskedules bestaan ook tipies uit oop vrae met vele aansporing. In hierdie studie het die navorser gebruik gemaak van semi-gestruktureerde onderhoude, ten einde 'n wye spektrum van temas te dek na aanleiding van die onderwerp van die studie. Daar is gelet op sewe geslagsrolle van die vrou en ook ander relevante verbandhoudende aspekte van hierdie geslagsrolle.

Greeff (2005:292-296) verduidelik dat die semi-gestruktureerde onderhoud impliseer dat die navorser 'n vooraf bepaalde stel van temas op 'n onderhoudskedule het. Greeff (2011:352) beskou die onderhoudskedule as 'n geskrewe vraelys waardeur die onderhoud gelei word en wat die navorser voorsien van 'n stel van vooraf bepaalde temas wat as gepaste instrument benut kan word om die respondent te betrek en die

narratiewe terrein aan te wys. Greeff (2005:292-296) is egter van mening dat die onderhoud eerder deur die onderhoudskedule gelei sal word, as wat dit daardeur gedikteer word. In geval van hierdie studie het die navorser gepoog om onderhoude te lei deur veral te fokus op die hoofemas van die onderhoudskedule, maar ook sub-temas te skep waardeur die inhoud van die hoofemas op 'n soortgelyke wyse in elke onderhoud gelei kon word.

Bless en Higson-Smith (2000:109) verduidelik dat aspekte soos die onderhoudvoerder se sosialestatus, geslag en ouderdom die respondente se antwoorde mag beïnvloed. Die navorser het gebruik gemaak van beskikbare riglyne vir onderhoudvoering waardeur moontlike probleme voorkom kon word, en haarself sodoende as onderhoudvoerder voorberei. Die navorser het verder gepoog om vrae op 'n soortgelyke wyse aan alle respondente te stel en dus haar rol in die proses te minimaliseer, ten einde resultate ook meer objektief te kan vergelyk. Waar een respondente die onderhoud in haar eie taal wou onderneem, is daar van 'n tolk gebruik gemaak wat die respondente se taal magtig was.

Greeff (2005:287) konstateer dat 'n ander uitdaging wat deur kwalitatiewe navorsing soos onderhoudvoering gestel word, is om rapport tot stand te bring ten einde inligting vanaf respondente te bekom. Die navorser is aan respondente bekend gestel deur die hoofde van elk van die betrokke nie-regeringsorganisasies. Alle relevante inligting rondom die studie is aan respondente bekend gemaak deur middel van 'n dekbriefform vir ingeligte toestemming waarop belangrike aspekte van die studie in die respondente se eie taal (Sepedi) beskikbaar was.

8.7 Data-analise

Schurink, Fouché en De Vos (2011:399) konstateer dat kwalitatiewe data-analise eerstens 'n proses van induktiewe-redenasie, denke en teoretisering is ten einde gevolgtrekkings te maak van empiriese data van sosiale lewe, en dat dit verwyderd is van gestruktureerde-, meganiese- en tegniese prosedures. 'n Verskeidenheid van analitiese strategieë word benut wat insluit om data te interpreteer deur dit te sorteer, organiseer en te verminder tot meer bestuurbare dele, en dan wyses te eksploreer om dit weer bymekaar te sit. Patton (2002:432) konstateer dat

kwalitatiewe analise data transformeer tot bevindinge. Dit sluit in om die volume van rou inligting te verminder deur 'n siftingsproses waar belangrike en onbelangrike inligting geskei word, betekenisvolle patrone geïdentifiseer word en 'n raamwerk opgestel word waardeur die essensie wat deur data onthul is, gekommunikeer kan word. Punch (1998:199) verduidelik dat daar geen enkele korrekte wyse is om kwalitatiewe data te analiseer nie. Daar is dus geen enkele metodologiese raamwerk nie.

8.7.1 Kwalitatiewe data-analise

De Vos (2005:333) verduidelik dat kwalitatiewe data-analise nie op 'n liniêre wyse geskied nie. Daar word eerder gesoek na algemene stellings rondom verhoudings tussen kategorieë van data. Creswell (1998:124-165) maak bogenoemde duideliker deur te verduidelik dat kwalitatiewe data-analise verteenwoordig kan word deur 'n data-analise spiraal. Die navorser beweeg in analitiesesirkels eerder as om 'n vasgestelde liniêre benadering te gebruik.

8.7.1.1 Stappe van kwalitatiewe data-analise

Die sleutelstappe in kwalitatiewe data-analise word vervolgens in lineêre vorm aangebied, met inagnome dat hierdie hoof aktiwiteite ook in sirkels beweeg. Dit is van belang om te onthou dat die opvolgende stappe nooit rigied nagevolg kan word soos 'n resep nie, maar bedoel is as 'n riglyn. Soms sal van hierdie stappe oorvleuel of in verskillende ordes benut word. Die volgende stappe soos deur Schurink *et al.* (2011:403-404) aangedui, was van toepassing op data-analise in hierdie studie.

Voorbereiding en organisering van die data:

- Beplanning van die opname van data– Kwalitatiewe inligting is deur die navorser op oudioband geneem nadat respondente se toestemming daarvoor bekom is en die navorser gedurende die voorondersoek seker gemaak het dat respondente gemaklik voel met die gebruik van 'n digitale audioband opnemer.
- Dataversameling en voorlopige analise– Kwalitatiewe inligting is deurlopend deur die navorser getranskribeer soos wat onderhoude voltooi is. De Vos (2005:336) konstateer dat die oorvleueling van dataversameling en -analise, die kwaliteit van versamelde data sowel as die kwaliteit van analise verbeter solank as wat die

navorser nie toelaat dat hierdie inisiële interpretasies analitiese moontlikhede te veel beperk nie. Die navorser het in hierdie studie gevind dat die oorvleueling van data nie die analitiese moontlikhede beperk het nie, maar eerder 'n deurlopende basis van ryk en gedetailleerde inligting opgebou het. Die transkribering van onderhoude het ook vir die navorser 'n aaneenlopende proses met data-analise gevorm waar die navorser kon bepaal of die metode van data-analise gepas is of aangepas behoort te word. Die navorser het ook deurentyd die oorspronklike navorsingsvraag heroorweeg deur deurlopend gedurende die transkribering en data-analise te vra watter MIV- en VIGS-verbandhoudende risiko's voorkom rondom die geslagsrolle van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende MIV-positiewe vrou. Laasgenoemde is veral moontlik gemaak deur die onderhoude volledig te transkribeer in die presiese woorde van respondente, om sodoende te verseker dat geen inligting wat mag bydra tot die beantwoording van die navorsingvraag, verlore gaan nie. Die navorser het veral gelet op die betekenis van woorde en uitdrukkings wat deur respondente gebruik is ten einde bewus te wees van die werklike betekenis daarvan. 'n Voorbeeld hiervan was wanneer respondente sê "She is running" wat impliseer dat 'n vrou promisku is.

- Bestuur van data– Die navorser het kwalitatiewe inligting in rekenaar lêers georganiseer en benaam ten einde herwinning te vergemaklik.
- Lees en skryf van memo's– Getranskribeerde onderhoude is deur die navorser gelees en herlees terwyl memo's gemaak is. Laasgenoemde het veral verband gehou met sleutelkonsepte rondom die koderingsproses. Kreuger en Neuman (2006:440) verwys hierna as analitiese memo's.

Vermindering van data:

- Generering van kategorieë en kodering van data– De Vos (2005:338) verduidelik dat die analitiese proses verhoogde bewustheid van data, gefokusde aandag op data en ontvanklikheid vir subtiele, stilswyende ondertone van sosiale lewe vereis. Die navorser het eerstens gelet op kategorieë, temas en dimensies van inligting. Kategorieë is geskep na aanleiding van opvallende temas waaronder sub-temas weer geïdentifiseer kon word. Daar is van kodes gebruik gemaak om inligting te kategoriseer, waarna hierdie kodes weer verfyn is vir die geïdentifiseerde temas en sub-temas. Daar is van 'n data-analise spiraal gebruik gemaak om data tot kleiner

hanteerbare temas te verminder. Inligting wat nie benut is nie, is egter weer oorweeg deur dit te herlees en sodoende te verseker dat alle relevante inligting by die studie ingesluit word.

- Toetsing van die opkomende begrippe en soeke na alternatiewe verduidelikings– Schurink *et al.* (2011:415) konstateer dat die navorser moet bepaal hoe bruikbaar die data is om die vrae wat geëksploreer word uit te lig, en hoe sentraal dit is vir die storie wat ontvou rondom die sosiale verskynsel wat bestudeer word. Die navorser kon belangrike kategorieë en patrone identifiseer wat aangesluit het by die hooftema van die studie, terwyl daar ook gelet is op moontlike verduidelikings vir hierdie patrone en die verband tussen kategorieë. Die navorser het in data-analise ook gelet op aspekte in respondente se lewens wat afwyk van die norm ten einde MIV-risikopatrone te identifiseer in die geslagsrolle van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou. Laasgenoemde het bevestig dat daar belangrike patrone bestaan wat die navorsingvraag vir hierdie studie kon beantwoord.
- Interpretering en ontwikkeling van tipologieë– Schurink *et al.* (2011:416) verduidelik dat 'n tipologie gedefinieer kan word as 'n konseptuele raamwerk waarin verskynsels geklassifiseer word in terme van die karakteristieke wat dit in gemeen het met ander verskynsels. Taylor en Bogdan (1998:144) verduidelik dat deur die ontwikkeling van tipologieë, konseptuele verbindings tussen oënskynlik verskillende verskynsels gemaak kan word. Die navorser het hier veral gefokus op die ontwikkeling van moontlike teorieë rondom die MIV-risiko's wat deur respondente in hul verskillende geslagsrolle beleef word. Die navorser wou dus verstaan hoe oënskynlik verskillende verskynsels tog verbind kan word deurdat hierdie verskynsels almal aanleiding gee tot MIV-risiko vir respondente in hul geslagsrolle.

Visualisering, verteenwoordiging en vertoning van data:

- Aanbieding van data– Die navorser het veral van tabelle gebruik gemaak om ooreenkomste en verskille in kwalitatiewe inligting aan te dui. 'n Geskrewe verslag is aangebied waarin al die bogenoemde aspekte saamgevat is ten einde 'n duidelike beeld van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou se MIV-risiko's en die verbandhoudende probleme en behoeftes wat in haar geslagsrolle beleef word, te bekom.

8.8 Geldigheid van kwalitatiewe navorsing

Lincoln en Guba (in DeVos, 2011:346) stel vier konstrunkte voor wat die aannames van die kwalitatiewe paradigma rondom die betroubaarheid van navorsing meer akkuraat reflekteer. Hierdie vier konstrunkte sluit geloofwaardigheid, oordraagbaarheid, betroubaarheid en bevestigbaarheid in en was ook in hierdie studie van toepassing wat die geldigheid van hierdie studie aanbetref.

Lincoln en Guba (in DeVos, 2005:346) beskryf hierdie konstrunkte soos volg:

- Geloofwaardigheid– Die doel van geloofwaardigheid is om te demonstreeer dat die ondersoek uitgevoer is op wyses waardeur die subjek akkuraat geïdentifiseer en beskryf is. 'n In-diepte beskrywing van die kompleksiteit van veranderlikes en interaksies sal so ingewef wees met die data dat dit nie anders kan as om geldig te wees nie. Binne die grense van die studie sal die navorsing dus geldig wees. 'n Kwalitatiewe navorser behoort dus die grense voldoende te verklaar deur hierdie grense rondom die studie te plaas.

In hierdie studie het die navorser 'n duidelik uiteengesette kriteria benut vir die akkurate identifisering van respondente. Hierdie kriteria het die volgende ingesluit:

- Ras– Swart vroue, aangesien hierdie groep se kultuur-spesifieke geslagsrolle en die verbandhoudende MIV-risiko's in hierdie studie ondersoek wou word.
- Ouderdom– 18 jaar of ouer, aangesien die vorm vir ingeligte toestemming andersins deur 'n voog onderteken moet word, terwyl die respondent nie noodwendig haar serostatus al bekend gemaak het, of bekend wil maak aan haar gesinslede nie.
- Geslag– Vroulik, aangesien spesifiek vroue in hierdie studie betrek wou word as gevolg van vroue se groter kwesbaarheid vir MIV en VIGS.
- Serostatus– MIV-positief waar hierdie vroue moontlik met MIV geïnfekteer is as gevolg van MIV-risiko's wat na aanleiding van kultuur-spesifieke geslagsrolle ervaar word, en wat in hierdie studie ondersoek wou word.
- Etniesegroepering– Noord-Sotho/Tswana-sprekend, aangesien etniesegroepe in Suid-Afrika tot so 'n mate vermeng het dat taal die mees gepaste wyse van afbakening is.

Die navorser het verder die universum en navorsingspopulasie omskryf, die steekproef duidelik afgebaken en die wyse van steekproefneming bepaal. Duidelike

grense is dus vir die studie geskep waardeur die geloofwaardigheid van die studie gedemonstreer word. Die navorser het dus 'n duidelike idee gehad van wat ondersoek wou word, spesifieke kriteria ontwikkel wat die karakteristieke van MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue sou insluit wat ondersoek wou word, en wou daardeur relevante inligting versamel ten einde 'n riglyn vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading te ontwikkel.

- Oordraagbaarheid– Hierdie konstruk hou verband met veralgemeenbaarheid waar die las in die demonstrasie van die toepasbaarheid van een stel bevindings in 'n ander konteks meer rus by die ondersoeker wat die oordraging moet onderneem as by die oorspronklike ondersoeker. Die navorser kan hier terug verwys na die oorspronklike teoretiese raamwerk om aan te dui hoe dataversameling en -analise gelei sal word deur konsepte en modelle. Die ontwerp van 'n studie waarin meervoudige gevalle, informante of meer as een dataversamelingsmetode benut word kan die bruikbaarheid van die studie in ander opsette aansienlik versterk.

Daar is gebruik gemaak van die semi-gestruktureerde een-tot-een onderhoude ten einde kwalitatiewe data vanaf 12 respondente wat doelgerig geselekteer is, te versamel. Data is voorberei, georganiseer en verminder en daar is ook gelet op die visualisering, verteenwoordiging en vertoning van data. Bogenoemde aspekte maak dit dus moontlik vir die navorser om terug te verwys na die oorspronklike teoretiese raamwerk en spesifieke konsepte en modelle wat benut is. Die toepasbaarheid van een stel bevindings in 'n ander konteks word dus moontlik gemaak hierdeur en bevestig dus die oordraagbaarheid van hierdie studie.

- Betroubaarheid– Hier poog die navorser om rekening te doen van veranderende toestande in die verskynsel wat ondersoek wil word, sowel as veranderings in die ontwerp na aanleiding van toenemende verfynde insig van die opset. Die aanname van 'n onveranderende sosiale wêreld is in direkte kontras met die kwalitatiewe/interpreterende aanname dat die sosiale wêreld altyd besig is om gekonstrueer te word en die konsep van replisering opsigself problematies is.

Replisering mag hier veral problematies wees waar enige nuwe inligting die navorsingspopulasie se houdings, waardes, oortuigings, opinies, gedrag en norme mag beïnvloed, veral wat VIGS-verbandhoudende inligting aanbetref. Waar die

kollektiewe gevallestudie as mees gepaste navorsingsontwerp vir hierdie studie geselekteer is, kon die navorser egter meervoudige gevalle deur middel van gedetailleerde in-diepte dataversameling ondersoek. Hierdie ontwerp kan dus herhaal word in 'n ander ondersoek. Die verfyning van die ontwerp is duidelik in hierdie hoofstuk omskryf, hoewel die navorser nie beheer kan uitoefen oor enige toekomstige veranderende toestande in die navorsingspopulasie nie, aangesien die navorser oortuig is dat die sosiale wêreld van die spesifieke navorsingspopulasie vir hierdie studie altyd besig is om gekonstrueer te word na aanleiding van nuwe inligting, beradingsdienste en mediese tegnologie en vooruitgang.

- **Bevestigbaarheid**– Hierdie konstruk omvat die tradisionele konsep van objektiwiteit. Dit hou verband met die behoefte om te vra of die bevindings van die studie deur 'n ander bevestig kan word. Deur laasgenoemde word die evaluasie van sommige karakteristieke van die navorser (objektiwiteit) verwyder en word dit op die data self geplaas. Die kwalitatiewe kriteria hier is: Help die data om die algemene bevindings te bevestig en gee dit aanleiding tot die implikasies?

Deur die navolging van alle relevante aspekte wat die navorsingsmetodologie vir hierdie studie omvat, is die navorser oortuig dat die data self deur soortgelyke studies bevestig kan word. Laasgenoemde hou veral verband met die aantal (12) respondente wat betrek is by hierdie studie, asook die wyse van dataversameling wat aanleiding gegee het tot ryk inligting vanaf respondente. Hoewel hierdie studie aspekte ondersoek het waarvoor daar min navorsing bestaan en daar min literatuur beskikbaar is, is die navorser oortuig dat soortgelyke toekomstige studies sal toon dat die algemene bevindings bevestig kan word.

8.9 Samevatting

Hierdie studie was eksplorerend van aard ten einde 'n omvattende beeld van MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue te bekom, waarvolgens 'n raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading ontwikkel is. Die navorser het spesifiek die kollektiewe gevallestudie as navorsingsontwerp geselekteer, aangesien 'n wye spektrum van temas gedek is na aanleiding van die titel van hierdie studie. Die navorser het vir die doeleindes van hierdie studie 'n baie breë oorsig van die literatuur

benodig, en dus talle bronne rondom die Afrika-vrou, die Afrika-kultuur en MIV en VIGS bestudeer. Diverse bronne soos handboeke, joernale, koerantartikels, die internet, publikasies deur instansies, organisasies en konferensies, akademiese verhandelings en proefskrifte, Staatspublikasies, woordeboeke en ongepubliseerde onderhoude met kenners is ingesluit. Die voorondersoek het gedien as 'n kleinskaalse studie wat voor die hoofondersoek uitgevoer is ten einde te kon bepaal of die metodologie, steekproef, instrumente en analise voldoende en gepas is. Die uitvoerbaarheidstudie wat deel uitgemaak het van die voorondersoek was veral van belang met die oog op die praktiese beplanning van die navorsingsprojek soos vervoer, finansies en tydsfaktore. 'n Doelgerigte steekproef is onderneem waar daar van die kollektiewe gevallestudie gebruik gemaak is met semi-gestruktureerde onderhoude as dataversamelingsmetode. Onderhoude is deur die navorser op oudioband geneem en deurlopend deur die navorser getranskribeer soos wat onderhoude voltooi is. Dataversameling en -analise het oorvleuelend plaasgevind wat die kwaliteit van versamelde data sowel as die kwaliteit van analise verbeter het. In die opvolgende hoofstuk word die empiriese bevindings vir hierdie studie en die interpretasie daarvan, aangebied.

HOOFSTUK 9

Empiriese bevindings

9.1 Inleiding

In hierdie hoofstuk word die resultate wat uit die empiriese ondersoek verkry is en die interpretasie daarvan, aangebied. Empiriese bevindings word volgens kategorieë, temas en sub-temas aangebied. Daar is drie kategorieë waarvan die eerste kategorie bestaan uit die biografiese profiel en gesinsamestelling van respondente, wat dien as inleiding tot ander bevindings in hierdie studie. Die tweede kategorie sluit die belangrikste geslagsrolle van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou in naamlik die vrou as individuelewese, seksuelewese, versorger, moeder, huweliksmaat, enkelouer en broodwinner. In die derde kategorie word daar gelet op verbandhoudende aspekte van die geslagsrolle van die vrou wat die vrou en mishandeling, haar kultuur, geloof, geslag, gesondheid en spesifieke beradingsbehoefte insluit. Hierdie aspekte sal aanvullend benut word ten einde die vrou se geslagsrolle beter te verstaan en daarvolgens 'n gepaste kultuursensitiewe raamwerk vir MIV-berading te ontwikkel.

In die aanbieding van die kwalitatiewe bevindings vir hierdie studie dui die navorser die vrae wat aan respondente gestel is in kursief aan waar meer uitgebreide dele van onderhoude met respondente benut word. Skuilname word in hierdie hoofstuk gebruik as gevolg van die sensitiewe aard van inligting asook om respondente se identiteit te beskerm en sodoende hul anonimiteit te verseker. Inligting bekom vanaf respondente word direk aangehaal en is nie oorvertaal vanuit die tale waarin onderhoude gevoer is nie, ten einde te verseker dat geen inligting verlore gaan nie. Die meerderheid onderhoude is in Engels voltooi en aanhalings sal ook so benut word. Slegs respondent Lebo se onderhoud is met behulp van 'n tolk onderneem en die tolk se direkte vertaling sal in hierdie hoofstuk gebruik word. Respondent Katleho het tydens die onderhoud besluit om van Engels na Afrikaans oor te skakel, aangesien sy gevoel het dat sy haarself beter uitdruk in Afrikaans. Daar sal vir die doeleindes van hierdie studie onder die empiriese bevindings na die MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou/vroue slegs as vrou, vroue of die respondent verwys word, ten einde herhaling van die taalgroep en MIV-status te voorkom.

Tabel 2: Opsomming van kategorieë, temas en sub-temas

Kategorie 1	Biografiese profiel en gesinsamestelling
Kategorie 2	Geslagsrolle van die vrou
Tema 1	Die vrou as individuelewese
Sub-tema	1.1 Selfbeskrywing 1.2 Belangrikste prioriteite in vroue se lewens
Tema 2	Die vrou as seksuelewese
Sub-temas	2.1 Seksuele-opvoeding in die gesin van herkoms 2.2 Maagdelikheid 2.3 Kondoomgebruik tydens eerste seksuele-omgang 2.3.1 Eerste kennismaking met inligting rondom kondome 2.4 Risiko vir swangerskap tydens eerste seksuele-omgang 2.5 Risiko vir MIV en seksueeloorraagbare infeksies tydens eerste seksuele-omgang 2.5.1 Eerste kennismaking met inligting rondom MIV en VIGS 2.6 Toepassing van druk tydens eerste seksuele-omgang 2.7 Huidige gevoelens rondom seks 2.8 Keuse in seksmaats 2.10 Huidige seksmaats en kondoomgebruik
Tema 3	Die vrou as versorger
Sub-temas	3.1 Versorging van siek gesinslede 3.2 Invloed van take op die versorger se gesondheid
Tema 4	Die vrou as moeder
Sub-temas	4.1 Ouderdom tydens eerste swangerskap 4.2 Aantal swangerskappe en kinders per respondent 4.3 MIV-status en miskrame, aborsies en afsterwe van kinders 4.4 Huwelikstatus en geboortes van kinders 4.5 Aantal seksmaats by wie respondente kinders het en hul finansiële steun aan kinders 4.6 Beplanning van swangerskappe en die gebruik van voorbehoedmiddels 4.7 MIV-status en toekomstige swangerskappe/kinders 4.8 Toekomstige versorging van kinders
Tema 5	Die vrou as huwelikmaat
Sub-temas	5.1 Gereelde of permanente seksueleverhoudings 5.2 Terloopse seksueleverhoudings 5.3 Houidings rondom die huwelik 5.4 Die invloed van <i>lobola</i> op die huwelik 5.5 Die invloed van <i>lobola</i> op seksueleverhoudings 5.6 Die huwelik en meervoudige seksmaats 5.7 Kondoomgebruik en seksueleplesier 5.8 Hoë MIV-risiko verhoudings
Tema 6	Die vrou as enkelouer
Sub-temas	6.1 Probleemgedrag onder enkelouer-kindere 6.2 Enkelouerskap en kulturele verantwoordelikhede 6.3 Nakoming van vaders se pligte teenoor kinders
Tema 7	Die vrou as broodwinner
Sub-temas	7.1 Vroeë skoolverlating 7.2 Gevolge van vroeë skoolverlating

	7.3 Finansiële stand van die vrou en haar gesin 7.4 Materiële behoeftes in Noord-Sotho/Tswana-sprekende gesinne 7.5 Die vrou en grondbesit 7.6 Seksmats en inkomste 7.7 Die <i>sugar daddy</i> verskynsel
Kategorie 3	Verbandhoudende aspekte van die geslagsrolle van die vrou
Tema 8	Mishandeling van vroue
Sub-temas	8.1 Fisieke mishandeling 8.2 Verkragting van vroue 8.3 Verkragting en seksuele molesering van kinders 8.4 Nie-gewelddadige trauma en psigologiese/emosionele mishandeling
Tema 9	Die vrou en haar kultuur
Sub-temas	9.1 Die rol van kultuur in respondente se lewens 9.2 Kulturele gebruike en MIV en VIGS 9.3 Die rol van sangomas, inyangas en profete 9.4 Hekse en towenaars as oorsaak van siekte 9.5 Hekse en towenaars as oorsaak van MIV en VIGS
Tema 10	Die vrou en haar geloof
Sub-tema	10.1 Voor- en nadele van vroue se geloof en kerke
Tema 11	Die vrou en geslag
Sub-temas	11.1 Die effek van MIV en VIGS op vroue 11.2 Blamering van mans vir die verspreiding van MIV
Tema 12	Die vrou en haar gesondheid
Sub-temas	12.1 Persepsies van MIV-risiko 12.2 Versorging van siek respondente
Tema 13	Die vrou en haar beradingsbehoefte
Sub-temas	13.1 Bekendmaking van MIV-status 13.2 Gevoelens rondom MIV-positiewe status 13.3 Spesifieke beradingsbehoefte

9.2 Kategorie 1: Biografiese profiel en gesinsamestelling

Hierdie kategorie bied 'n perspektief op die respondent en haar gesin deur te let op verskeie aspekte soos die respondent se ouderdom, gebied van waar sy afkomstig is, haar posisie in die gesin en verhoudingstatus. Daar word ook gelet op die aantal gesinslede, hul ouderdomme, die respondent se aantal kinders sowel as wie optree as hoof van die huishouding.

Al 12 deelnemers aan hierdie studie was Swart Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue. Al die respondente is MIV-positiewe heteroseksuele vroue. Hierdie vroue het tydens onderneming van die studie, mediese- en beradingsdienste vanaf drie nie-regeringsorganisasies in die Limpopo Provinsie ontvang. Tabel 3 in hierdie afdeling word slegs benut om 'n biografiese profiel van respondente asook hul

gesinsamestelling te voorsien. Hoewel daar in Tabel 3 aangedui word dat daar onderhoude gevoer is met 12 respondente uit drie gebiede in die Limpopo Provinsie (stedelik, semi-landelik/stedelik en diep-platteland), sal daar nie onderskeid getref word tussen respondente afkomstig vanuit verskillende gebiede nie. Drie gebiede in die Limpopo Provinsie is hoofsaaklik geïdentifiseer ten einde te verseker dat Swart Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue van regoor Limpopo Provinsie ingesluit word by die studie. Opvallende verskille tussen gebiede sal wel uitgewys word indien die navorser dit relevant vind onder sekere temas en sub-temas.

Tabel 3: Biografiese profiel van respondente

Respondent Kode	Ouderdom	Gebied	Posisie in gesin	Verhoudingstatus
Kagiso	28	Stedelik	Dogter/woon saam met moeder	Ongetroud/tans in 'n verhouding
Lerato	25	Stedelik	Dogter/woon saam met moeder	Ongetroud/tans in 'n verhouding
Mpho	42	Stedelik	Moeder in gesin	Ongetroud/geen verhouding
Pulane	54	Stedelik	Moeder in gesin	Wettig en deur lobola getroud
Sesi	31	Semi-landelik/stedelik	Dogter/ouers woon by dogter	Ongetroud/tans in 'n verhouding
Karabo	39	Semi-landelik/stedelik	Moeder in gesin	Geskei/tans in 'n verhouding
Bonolo	36	Semi-landelik/stedelik	Dogter/woon saam met moeder	Ongetroud/tans in 'n verhouding
Kefilwe	30	Semi-landelik/stedelik	Eggenoot/woon saam met man	Getroud deur lobola
Lebo	40	Diep-platteland	Dogter/woon saam met moeder	Ongetroud/geen verhouding
Bontle	32	Diep-platteland	Moeder in gesin	Wettig en deur lobola getroud
Katleho	33	Diep-platteland	Dogter/woon saam met moeder	Ongetroud/tans in 'n verhouding
Tebelo	29	Diep-platteland	Niggie/woon saam met tante	Ongetroud/tans in 'n verhouding

Hoewel deelnemers aan hierdie studie doelgerig geselekteer is uit 'n aantal respondente wat bereid was om aan die studie deel te neem, is dit van belang om te

noem dat die ouderdomme van respondente wissel tussen 25-54 jaar waarvan die helfte (6) van die vroue in hul dertiger jare is. Daar word dus 'n groot spektrum van ouderdomsgroepe betrek by hierdie studie, wat impliseer dat inligting afkomstig is vanaf vroue in hul twintiger-, dertiger-, veertiger- en vyftiger jare.

Tabel 3 dui aan dat ses (6) respondente ten spyte van hul ouderdomme steeds woonagtig is saam met 'n moeder en een (1) respondent saam met 'n tante, terwyl agt (8) respondente nog nooit getroud was nie. Dit mag hier van belang wees om aan te dui dat die meerderheid (3) respondente wat by 'n moeder of tante woon, vanaf die diep-platteland afkomstig is en nooit getroud was nie. Die drie (3) respondente wat tans wettiglik en deur *lobola*/bruidskat of slegs deur *lobola* getroud is, kom onderskeidelik elk uit die drie betrokke gebiede in die Limpopo Provinsie. Van die 10 respondente wat tans in 'n verhouding betrokke is, is een (1) respondent voorheen geskei.

Tabel 4: Gesinsamestelling

Respondent kode	Hoof van gesin	Aantal gesinslede in huishouding	Aantal kinders per respondent	Aantal gesinslede jonger as 18 jaar	Aantal gesinslede ouer as 18 jaar
Kagiso	Respondent se moeder	11	1	3	8
Lerato	Respondent se moeder	5	0	0	5
Mpho	Respondent	6	4	2	4
Pulane	Eggenoot	5	3	0	5
Sesi	Respondent	7	2	1	6
Karabo	Respondent	7	5	4	3
Bonolo	Respondent se moeder	7	2	2	5
Kefilwe	Eggenoot	2	0	0	2
Lebo	Respondent se moeder	5	1	3	2
Bontle	Eggenoot	7	2	2	5
Katleho	Respondent se moeder	4	0	0	4
Tebelo	Tante	7	0	2	5

In Tabel 4 is die afwesigheid van mans of vaders in hierdie gesinne opvallend, aangesien daar slegs drie (3) seksmats/eggenote aan die hoof van die huishouding staan, terwyl geen van die respondente se vaders aan die hoof van die huishouding

staan nie. Dit blyk dat hoofde van hierdie huishoudings hoofsaaklik respondente se moeders en in een (1) geval, 'n tante is. 'n Studie wat deur Govender en Killian (2001:4) onderneem is, toon dat 40,2% gesinne in Swart woonbuurte in Suid-Afrika slegs een ouer per huishouding het, wat 'n akkurate weerspieëling is van die ekstreme hoë voorkoms van enkelouer-gesinne. Verder dui 60% Suid-Afrikaanse jeugdige aan dat die moeder as betekenisvolle versorger beskou word, terwyl slegs 11% jeugdige beide ouers as betekenisvolle versorgers aandui. Laasgenoemde bevinding stem ook ooreen met Austin (2002:161) se studie onder Swart MIV-positiewe vroue in Suid-Afrika wat aandui dat in slegs 12% gevalle die vrou se eggenoot of seksmaat as hoof van die gesin optree.

Die meerderheid (10) van die respondente se gesinne bestaan uit vyf (5) of meer gesinslede, waarvan die meerderheid gesinslede bo die ouderdom van 18 jaar is. Die meerderheid (8) respondente het kinders.

9.2.1 Opsomming van biografiese profiel en gesinsamestelling

Vanuit hierdie kategorie rondom respondente se biografiese profiel en gesinsamestelling is daar bevind dat die meerderheid vroue nooit getroud was nie, maar wel kinders het. Die afwesigheid van vaderfigure en eggenote word waargeneem aan die aantal moeders van respondente wat optree as hoof van die huishouding, asook die aantal respondente wat steeds by 'n moeder woon. Respondente se gesinne bestaan meestal uit vyf (5) of meer gesinslede waarvan die meerderheid gesinslede ouer as 18 jaar is.

9.3 Kategorie 2: Geslagsrolle van die vrou

Onder hierdie kategorie word daar gelet op die sewe relevante geslagsrolle van die vrou naamlik individuelewese, seksuelewese, versorger, moeder, huweliksmaat, enkelouer en broodwinner.

9.3.1 Tema 1: Die vrou as individuelewese

Onder hierdie tema is daar gelet op die vrou as individuelewese waar kultuur 'n invloed mag uitoefen op haar psigologiese prosesse. Wanneer daar gelet word op die

vrou se geslagsrolle behoort daar gekyk te word na hierdie psigologiese prosesse en behoort die spesifieke individualistiese/kollektivistiese aard van kultuur onder respondente ondersoek te word. Respondente wat blootgestel mag wees aan beide die Afrika- en Westerse kultuur in Suid-Afrika mag 'n unieke identiteit hê. Hierdie identiteit mag volgens die navorser verder gekompliseer word deur verskeie vorme van druk wat op vroue uitgeoefen word na aanleiding van hul geslagsrolle, kultuur en positiewe serostatus.

Oyserman (2006:352) konstateer dat kulturele en kruis-kulturele navorsing daarop dui dat samelewings en sosiale strata binne samelewings verskil in hul sosialiseringprosesse en dus ook verskil rondom inhoud oor die selfkonsep, wat welstand behels, hoe individue en groepe verband hou met mekaar en hoe mense dink. Gespesifiseerde beskrywings van verskeie groepe en samelewings maak die meervoudige wyses waarop die menslike strewe om 'n *self* te wees, goed te voel en met ander en die wêreld om die mens te skakel, duidelik. Oyserman (2006:353) verduidelik verder dat beide individualisme en kollektiwisme tot 'n sekere mate in alle samelewings bestaan en psigologiese prosesse wat na vore gebring word, beïnvloed. Die navorser wil dus fokus op individualisme en kollektiwisme deur te let op hoe hierdie vroue hulself sien en beskryf. Laasgenoemde is van groot waarde aangesien dit 'n belangrike agtergrond skep vir waarneming wat deur die maatskaplike werker benut kan word tydens die aanvangsfase van berading. Daar word in die opvolgende sub-temas op hierdie aspekte gelet.

9.3.1.1 Sub-tema 1.1: Selfbeskrywing

Onder hierdie sub-tema word daar gelet op hoe respondente hulself beskryf:

"I see myself as a brave woman who can look after her family and I teach people about HIV and AIDS." -Sesi

"I'm an ordinary person so I like to socialise with others. I'm involved in other communities, organisations and societies." -Mpho

"I'm a Christian, I'm open. I love people- I'm socialising. Most of the time I used to do some social groups. We keep money every month, maybe about R120. We are about 18 (people). We put it (the money) in the bank and at the end of the year we take it out and the other one (money) is for the funeral. I've got two social groups (for funerals)." -Kefilwe.

"I'm humorous and **I love people**. Sometimes **I'm a bit hyperactive**. I love God, I'm a Christian. **I'm always happy**." -Lerato

"**I love people** and **I respect them**". -Lebo

"**I am shy** but I like people. **I like to communicate**." -Bontle

"I am **a nice girl with HIV** who live a proper life." -Bonolo

"I can say **I'm a shy person**. I don't want to become cross but if something is hurting me I don't want to keep it in my heart. I want to talk about it." -Tebelo

"**I'm shy** but I could say I am strict. I like things to be straight not things to go like...I like things to go direct not indirect." -Kagiso

Del Prado *et al.* (2007:1121) het in 'n selfbeskrywingstaak gevind dat mense meer aspekte van hul individuele-self gelys het as van hul kollektiewe-self, ten spyte van hul vlakke van individualisme of kollektiwisme. Uit bogenoemde is dit egter duidelik dat die helfte (6) van die respondente in hierdie studie meer aspekte van die kollektiewe-self gelys het as van die individuele-self. Laasgenoemde dui vir die navorser daarop dat hierdie vroue se konsep van die *self* verbind kan word tot ingroepe wat meer algemeen voorkom in kollektivistiese kulture. Drie (3) respondente het genoem dat hul hulself as skaam beskou, wat sterk ooreenstem met hoe vroue respek behoort te toon in die Afrika-kultuur. Mönning (1983:63) noem dat respek deur vroue getoon word deur skaam, eerbiedig en terughoudend op te tree. Dit blyk vir die navorser dat kultuur dan 'n belangrike rol speel in hoe vroue hulself beskryf. Sosialisering, verwysing na kommunikasie en interaksie met ander asook geloof is dus van groot waarde vir respondente. Die navorser is van mening dat kultuur alleen nie verantwoordelik is vir hierdie respondente se fokus op sosiale verhoudings en geloof nie, maar dat hierdie verhoudings en geloof ook dien as bronne van ondersteuning vir Afrika-vroue met MIV en VIGS.

Respondente het ook verwys na die gesin, hul eie gesondheid, MIV en VIGS en self-geluk. Hierdie aspekte hou weer verband met die individuele-self, veral wat die gesin aanbetref. Volgens Del Prado *et al.* (2007:1121) is dit van belang om onderskeid te tref tussen die kollektiewe-self en die verhouding-self, wat die prominente aspekte in die selfkonsep van 'n individu se nabye verhoudings is. Dit blyk dat laasgenoemde verhouding-identiteit sterker geassosieer kan word met persoonlike-identiteit as met

kollektiewe-identiteit, moontlik omdat die verhouding-identiteit 'n verbinding tussen aparte individue insluit en nie tussen die individu en 'n groep nie. Verder blyk dit dat die belang van die verhouding-self meer 'n funksie van geslag as van kultuur is. Die navorser lei dus af dat respondente as vroulike geslag se verhoudings met gesinslede van groot waarde mag wees vir hulle.

Een (1) respondent noem egter: “I feel no pain. **I don't worry because lots of people are sick (with HIV and AIDS).**” -Katlho. Laasgenoemde kan voordele inhou vir die vrou wat voel dat sy aan 'n groep van persone behoort soortgelyk aan haarself en dus nie bestaande uitdagings en tekortkominge alleen beleef nie. Dit kan egter ook aanleiding gee tot risiko-gedrag wat kan lei tot MIV-herinfeksie waar die vrou haar siekte veralgemeen en nie fokus op haar unieke gesondheidsbehoefte nie.

Die belang van die individuele/persoonlike-self kom ook sterk na vore, veral onder twee (2) respondente:

“I'm a woman- **a strong woman**. Somebody who can take care of themselves, somebody who can take care of South Africa and Limpopo Province. I'm open with my status. I'm a hard worker. We as people living with HIV, **we have realised we need to sustain ourselves**. We need something to do, **we mustn't ask people for everything.**” -Pulane

“I'm the mother of five and the granny of one. I'm also HIV positive. Nine years I've known my status and I'm not on treatment yet. **I see myself as a strong person** because I've survived for nine years without the treatment. **There are challenges there but I overcome them.**” -Karabo

Bogenoemde twee (2) respondente reageer baie sterk op MIV as bedreiging deurdat 'n sterk individuele-self na vore tree. Hierdie aspek is volgens die navorser van groot waarde vir die vrou en haar gesin, aangesien sulke vroue moontlik nie sal terug staan vir uitdagings nie en dus sterk rolle as moeder, versorger, broodwinner, enkelouer of huweliksmaat kan inneem, ten spyte van hul MIV-positiewe serostatus. Verder hou dit ook voordele in vir die gemeenskappe waarin sulke vroue woon, aangesien hul groot voordele kan bring in gemeenskappe wat ernstig deur MIV en VIGS geteister word, soos om as aktiviste en lekeberaders op te tree. Del Prado *et al.* (2007:1121) verduidelik dat mense sterker reageer op bedreigings of versterkings met die individuele-self as met die kollektiewe-self. Die individuele-self kan gesien word as 'n aanpasbare menslike eienskap wat ontwikkel het in respons tot ekologiese en sosiale druk wat deur die menslike spesie ervaar word. Bogenoemde outeurs definieer

die individu as 'n *self* bestaande uit daardie eienskappe wat 'n persoon uniek uitbeeld in vergelyking met mede binne-groep lede. Die navorser is van mening dat sulke individue veral in meer geslote Noord-Sotho/Tswana-sprekende gemeenskappe benut kan word om ander vroue te oortuig om MIV-toetsing en -behandeling te ontvang en die kultuur van stilswye en geheimhouding rondom MIV en VIGS te verbreek.

Sommige respondente het onder hierdie afdeling verwys na die versorging van hul gesinne asook hul behoefte om ander bewus te maak van MIV en VIGS. Hierdie twee aspekte asook respondente se gesondheid sal vervolgens saam met die belangrikste prioriteite in hul lewens bespreek word, aangesien vroue die bogenoemde aspekte outomaties saam bespreek het. Die opvolgende afdeling sal om laasgenoemde rede dan onder die vrou as individuelewese bespreek word.

9.3.1.2 Sub-tema 1.2: Belangrikste prioriteite in vroue se lewens

Respondente het die volgende geïdentifiseer as die belangrikste prioriteite in hul lewens:

- Kinders en gesin.
- Gesondheid.
- Om ander bewus te maak van die gevare van MIV en VIGS.
- Om 'n inkomste te hê.

Respondente se kinders en gesinne is duidelik belangrike prioriteite in hul lewens:

“My important thing in my life is my children and my life. That are very important to me. (By saying “my life” do you mean your health?) Yes, **my health.**”-Karabo

“The important thing of myself is that I **just want to have a future to raise my child**, because my mother passed away and I am HIV-positive. I just want a long life.” -Bontle

“My **son and my family.**” -Kagiso

“I want to see **my family living a happy life.** I wanted them to have a nice house and to give them food.” -Sesi

“**My child.**” -Gedtrude

“The **most important things now in my life is my family and my career and my health.** My family is important because I can't live without them. I am who I am because of them and they're there for me.” -Lerato

“Maybe if I can get a small job né, then I can work. So now I get a disability grant so it is not enough for the family.” -Mpho

Dit blyk vir die navorser dat respondente hul verhouding-identiteit op ’n wedersydse vlak beleef. Eerstens bied die gesin ondersteuning aan respondente en tweedens bestaan daar ’n behoefte onder respondente om ondersteuning te bied aan hul gesinne. Soos reeds genoem word verhouding-identiteit sterker geassosieer met persoonlike-identiteit as met kollektiewe-identiteit (Del Prado *et al.*, 2007:1121). Laasgenoemde impliseer dat respondente die verhoudings met hul kinders en gesinne nie op ’n kollektiewe vlak beleef nie, maar op ’n persoonlike vlak. Del Prado *et al.* (2007:1153) het bevind dat verhouding-identiteite van soortgelyke belang is as persoonlike-identiteite in beide individualistiese- en kollektivistiese kulture, en altyd van groter waarde is as sosiale- en kollektiewe-identiteite. Die navorser is van mening dat die verhouding-identiteit van respondente direk verband hou met wedersydse ondersteuning wat op individuele vlak beleef word deur respondente, in vergelyking met ’n behoefte aan ondersteuning deur groepe wat op ’n kollektiewe vlak beleef word. Hierdie behoefte na wedersydse ondersteuning mag volgens die navorser moontlik direk verbind word met MIV en VIGS, waar respondente hul gesinne benodig om emosionele- en finansiële steun te bied, veral wanneer daar in ag geneem word dat meer as die helfte (7) van die respondente steeds by hul moeders of ’n tante woon. Respondente wil egter ook langer en gesond leef ten einde na hul kinders en gesinne om te sien en belangrike geslagsrolle van die Afrika-vrou te vervul soos moeder, versorger, broodwinner en enkelouer. Dit blyk dus vir die navorser dat die essensie van respondente se verhouding-identiteit juis gevind word in die aspek van wedersydse ondersteuning wat binne die gesin voorkom. Waar respondente dus met MIV en VIGS gekonfronteer word, blyk dit dat die behoefte na ondersteuning op ’n individualistiese vlak beleef word.

Die voorkoms van die kollektiewe-self en binne-groep verhoudings mag egter nie uit die oog verloor word nie, aangesien verskeie respondente ook toon dat om ander bewus te maak van die gevare van MIV en VIGS van groot belang is vir hulle:

“I want to make people aware of HIV and AIDS, that’s what I’m busy with right now.” -Sesi

“It’s to make sure we stop the spread (of HIV) because this thing of HIV it makes me sick over sick. That’s why we disclose our status because we want people to understand that

it's true- it's here. In our families we must know it's here. That's what I am doing right now. **We want people to tell the next person because the re-infection rate is high and these people are going to die.**" -Pulane

Dit blyk dat respondente bewus is van die impak wat MIV en VIGS op hul gemeenskappe en gesinne het. Hierdie aspek is aanduidend dat sekere respondente die behoeftes in hul gemeenskappe op 'n interafhanklike-self vlak beleef waar die welstand en gesondheid van respondente se gemeenskappe vir hul van belang is. Taegtmeier *et al.* (2006:306) se studie in Kenia dui daarop dat in die 15-19 jaar ouderdomsgroep, sewe keer soveel vroue as mans met MIV geïnfekteer word. Laasgenoemde word toegeskryf aan ekonomiese wanbalanse, hoë vlakke van seksuele geweld en beperkte onderhandeling rondom seks en kondoomgebruik in verhoudings. Die navorser is van mening dat soortgelyke behoeftes in respondente se gemeenskappe beleef mag word, en respondente se bewustheid van hierdie behoeftes hul aanmoedig om ander gemeenskapslede bewus te maak van MIV en VIGS. Hierdie aspekte word egter meer volledig onder opvolgende temas bespreek. Respondente mag verder moontlik ook die behoeftes in hul gemeenskappe op 'n interafhanklike-self vlak beleef omdat hul self MIV-positief is, en dus bewus is van die uitdagings wat 'n positiewe serostatus meebring. Moontlik ontstaan respondente se behoefte om ander in te lig van die gevare van MIV en VIGS juis hieruit. Del Prado *et al.* (2007:1122) konstateer dat die interafhanklike-self, dit wil sê die konsep van die *self* as verbind tot in-groepe, meer algemeen voorkom in kollektivistiese kulture soos Asië, Afrika en verskeie Suid-Europese lande.

Uit bogenoemde twee (2) respondente se genoemde prioriteite kan daar duidelik gesien word dat opofferings tot die groep se voordeel gemaak word, waar respondente hul serostatus aan ander bekend maak, en nie alleen hul gemeenskappe waarsku oor die gevare van MIV en VIGS nie, maar ook oor aspekte soos MIV-herinfeksie. Oyserman (2006:354) verduidelik dat kollektiwisme impliseer dat om in 'n groep te wees 'n basiese menslike strewe is. Die selfkonsep sluit groeplidmaatskap en self-definiërende kenmerke in en behoort die doelstellings vir kollektiwisme te reflekteer, byvoorbeeld opofferings tot die groep se voordeel en onderhouding van harmonieuse verhoudings met nabye ander. Bogenoemde respondente fokus ook nie alleenlik op persone in gemeenskappe wat nog nie met MIV geïnfekteer is nie, maar ook op persone in gemeenskappe wat reeds MIV-positief is. Laasgenoemde stem veral

ooreen met die kollektiewe-self waar eienskappe gedeel word met binne-groep lede (Del Prado *et al.*, 2007:1121). In hierdie studie blyk dit egter dat gedeelde eienskappe meer verband hou met die voorkoms en gevolge van MIV en VIGS in respondente se gemeenskappe.

Respondente het ook aangedui dat hul gesondheid 'n belangrike prioriteit is.

"I must stay (be monogamous) with my boyfriend only. I must use condoms. I must eat nice food- health food." -Katlheho

"I can say it's my health because as I'm HIV-positive I have to take care of myself for me to live for a longer time, for me to survive. So I have to follow the procedure. Whatever the doctor is asking me I have to do that." -Tebelo

"Right now I just want to see myself be ok cause I'm HIV-positive and I don't have children. So I don't want to rush things so that I want kids. I just want to see myself being ok first. Then after that I will see where my life is going. (*So your health is important?*) It's very important. It's very, very important." -Kefilwe

"To look after my health, to eat well, to deal with the HIV and live positive." -Bonolo

Bogenoemde respondente se fokus op hul gesondheid kan vereenselwig word met hul behoefte om 'n positiewe sin van die *self* te skep deur juis te let op hul gesondheid, en dus om langer te leef. Volgens Oyserman (2006:354) impliseer individualisme dat om 'n positiewe sin van die *self* te skep en te onderhou 'n basiese menslike strewe is, wat insluit om goed te voel oor die *self* en die *self* te definieer in terme van differensieerbare houdings, kenmerke en opinies. Respondente toon dus dat hul, hul positiewe serostatus met oordeel en insig benader deurdat goeie keuses gemaak word ten opsigte van hul gesondheid en lewenstyl. Respondente se gesondheidsbesluite mag moontlik op verskeie vlakke en deur middel van die verskeie rolle van die vrou, tot voordeel wees van hul seksmaats, kinders of toekomstige kinders, gesinne en gemeenskappe.

Oyserman (2006:354) noem dat waar groepe verskil in terme van individualisme en kollektiwisme en Europese Amerikaners hoog is in individualisme, dit impliseer dat psigologiese modelle wat binne hierdie kultureleraamwerk ontwikkel is, en verband hou met selfkonsep, funksionering, welstand en kenmerkende styl, nie universele modelle is nie, maar slegs modelle is wat van toepassing is op 'n individualistiese sienswyse. Ander modelle behoort dus ontwikkel te word vir ander groepe. Hoewel

daar nie in hierdie studie gepoog word om sulke nuwe modelle te ontwikkel nie, kan daar wel gesê word dat respondente 'n unieke samestelling van individualistiese- en kollektivistiese eienskappe het wat nie opmerkbaar sterker in 'n spesifieke rigting neig nie. Hoewel Del Prado *et al.* (2007:1153) se studie daarop dui dat individue uit beide individualistiese en kollektivistiese kulture, aspekte van persoonlike-identiteit as meer belangrik vir hul sin van *self* beskryf as aspekte van sosiale- en kollektiewe-identiteit, kan die navorser nie 'n soortgelyke afleiding maak in hierdie studie nie. Die vrou as individu kan wel onderskei word van ander groepe na aanleiding van enkele vrae deur die maatskaplike werker rondom selfbeskrywing en prioriteite tydens die aanvangsfase van berading. Laasgenoemde sal aanduidend wees van die kliënt se selfkonsep, funksionering, welstand en kenmerkende styl wat deur die maatskaplike werker benut kan word om hierdie vroue se behoeftes aan te spreek tydens berading. Laasgenoemde behoeftes sal ook meer duidelik verstaan word deur die maatskaplike werker en ander lede van die multi-dissiplinêre span wanneer die vrou se geslagsrolle binne die konteks van haar spesifieke kultuur gesien word.

9.3.1.3 Opsomming van Tema 1

Hierdie tema dui aan dat vroue 'n unieke identiteit het waarvan individualisme en kollektiwisme beide deel uitmaak. Vroue dui aan dat sosiale verhoudings, die gesin, kinders en die vrou se gesondheid, aspekte is wat van belang is in hul lewens. Vroue reageer ook op MIV en VIGS in hul gemeenskappe deur te noem dat hul ander bewus wil maak van die gevare van MIV en VIGS.

9.3.2 Tema 2: Die vrou as seksuelewese

Hierdie afdeling word in twee hoofdele verdeel. Daar sal eerstens gelet word op die respondent as seksuelewese deur te kyk na eerste seksuelekontak ten einde te bepaal waar en wanneer MIV-risiko voorkom. Daar word tweedens gelet op respondente se huidige benaderings tot seksualiteit asook risiko's wat steeds beleef word rondom hul gesondheid.

Tabel 5: Eerste seksuele-omgang

Respondent kode	Ouderdom *TESO	Tipe seks TESO	Kondoom-gebruik TESO	Bewus van risiko vir swangerskap TESO	Bewus van risiko vir MIV en VIGS TESO	Bewus van risiko vir *SOI TESO
Kagiso	18	Vaginaal	Nee	Nee	Nee	Nee
Lerato	16	Vaginaal	Ja	Ja	Ja	Ja
Mpho	18	Vaginaal	Nee	Nee	Nee	Nee
Pulane	23	Vaginaal	Nee	Ja	Nee	Ja
Sesi	15	Vaginaal	Nee	Ja	Nee	Nee
Karabo	18	Vaginaal	Nee	Nee	Nee	Ja
Bonolo	17	Vaginaal	Ja	Nee	Nee	Ja
Kefilwe	19	Vaginaal	Nee	Ja	Ja	Nee
Lebo	21	Vaginaal	Nee	Ja	Nee	Nee
Bontle	16	Vaginaal	Nee	Ja	Nee	Ja
Katleho	21	Vaginaal	Nee	Nee	Nee	Nee
Tebelo	18	Vaginaal	Nee	Nee	Nee	Nee

*TESO-Tydens eerste seksuele-omgang

*SOI-Seksueeloordraagbare infeksies

Tabel 5 dui aan dat respondente se ouderdomme tydens eerste seksuele-omgang gewissel het vanaf 15-23 jaar. Alle respondente het tydens eerste seksuele-omgang vaginale omgang gehad. Die meerderheid (10) respondente het nie van kondome gebruik gemaak tydens eerste seksuele-omgang nie, tog was die helfte (6) van die respondente bewus van die risiko vir swangerskap tydens eerste seksuele-omgang. Slegs twee (2) respondente was bewus van die risiko van MIV en VIGS tydens eerste seksuele-omgang, terwyl ongeveer die helfte (5) van die respondente bewus was van die risiko vir seksueeloordraagbare infeksies tydens eerste seksuele-omgang. Bogenoemde hou verband met bevindinge soos die van Gilbert en Walker (2002:1096) wat daarop dui dat dit hoofsaaklik jong vroue in Suid-Afrika en ander ontwikkelende lande is wat ernstig siek word en later sterf as gevolg van MIV en VIGS.

9.3.2.1 Sub-tema 2.1: Seksuele-opvoeding in die gesin van herkoms

Hierdie sub-tema let op kommunikasie rondom seksuele-omgang tussen respondente en hul gesinslede. Meer as die helfte (7) van die respondente noem dat geen gesinslede in hul gesin van herkoms ooit met hul oor seks gepraat het nie. Drie (3) respondente is onseker oor waarom daar nooit in hul gesin van herkoms met hul oor seks gepraat is nie. Ander respondente gee die volgende redes vir waarom daar nie in hul gesin van herkoms met hul oor seks gepraat is nie:

Tekort aan inligting rondom seks in gesin van herkoms

"They didn't know about it and I never asked." -Bonolo

Die respondent het saam met bejaardes groot geword

(Why do you think nobody in your family spoke to you about sex?) When I was young I **spend most of my time with my granny**. The other family (members) were not around. *(Did any family members talk to you about sex when you were a bit older and they were around?)* No, maybe they think because I was growing up I had more information." -Tebelo

"No because I grew up with old people. They were ashamed to talk about it (sex)." -Lebo

Kultuur weerhou ouers daarvan om met hul kinders oor seks te praat

"No, no, my parents didn't talk to me about sex. They cheat me. During the time of our parents they were so cruel because they did not tell us what's happening to us like if you have sex with your partner then you will be pregnant. They don't tell you, no, no, no, they just tell you don't play with boys. That's all- that's the end of it. They were cruel, very, very cruel. They did not even tell us about the STI's. We had sex on a risk because they did not say anything to us. *(Did your parents give you any information when you were going to marry your husband?)* **No, in our culture they don't tell you anything.** The mother-in-law, when you go there to her house she's going to give you the law of her own house. *(Does that include any sexual information?)* No, it's a taboo. *(As a young woman, how are you supposed to get information about sex?)* You'll experience it and get experience on the way- that's all. *(So as a young woman who was about to be married you didn't know what sex was?)* Yes, but you'll find out. **After I had sex with my husband I felt I had no value, I've lost my morals- the whole day I felt down, down, down.** I still remember I said to my mother 'I'm so sorry mama, but you've pushed me too far'. *(What did your mother say?)* She said to me 'You must be married. That's our law'. But I was so disappointed and after two days (of marriage) **I was destroyed- it was something that was very, very difficult to me. I was so angry, angry, angry, especially for my mother, because she was the one who was pushing me (to get married).** *(Do you think if your parents prepared you for this and you had all the information, it might have been different?)* Yes, because if they (parents) tell their children the truth, they (the children) can make their own decision. You can't just push them (children) and say 'We'll see what happens'. You need to tell your children the truth like 'If you have sex without a condom you'll get infected with STI's or whatever' but the way with our culture, it's (kept) so quiet. This is why most of the women are (HIV) positive, especially in the rural areas. I was at Blueberg at a support group and I was so shocked about the lack of information." -Pulane

Wilbraham (2002:7-8) konstateer dat ouers dit moeilik vind om met kinders oor seks te praat omdat hul onbekend is met die opvoeding van kinders rondom seksuele norme en -risiko's wat vandag bestaan, as gevolg van hul eie onderdrukte seksuele sosialisering of onopgeloste kwessies, of as gevolg van kulturele beperkings en taboes wat hul verhoed om met kinders oor seks te praat. Die tekort aan enige inligting rondom seks het duidelik negatiewe en selfs traumatiese gevolge ingehou vir respondente. Dit blyk ook dat respondente se kultuur 'n belangrike rol speel wat inligting rondom seks aanbetref en dus 'n definitiewe invloed mag uitoefen op hierdie

vroue se MIV-risiko, asook die voorkoms van onbeplande swangerskappe en seksueeloorloordraagbare infeksies. Waar respondente glad nie bewus was van wat seksuele-omgang impliseer nie, kan daar dus verwag word dat geen voorkomende gedrag rondom MIV en VIGS, seksueeloorloordraagbare infeksies en swangerskap geïnisieer sou word nie. Die maatskaplike werker behoort te bepaal op watter wyses inligting rondom seks tradisioneel oorgedra is binne 'n spesifieke kultuurgroep en laasgenoemde benut om relevante en ouderdomsgepaste inligting aan hierdie gesinne oor te dra, ten einde kinders en jong vroue in te lig van seksuele-omgang.

Vyf (5) respondente wat deur 'n familielid in die gesin of familie van herkoms ingelig is oor seks noem dat 'n tante, 'n ouma, 'n moeder en 'n suster met hul oor seks gepraat het. Respondente noem die volgende:

"My aunt, she told me that I mustn't rush to sex, I must grow up and finish school first. But I couldn't do it. *(Did she give you any details on what sex is?)* No." -Kagiso

"Yes, my grandparent told me about it- that she's going to take me to the clinic for prevention. *(Did she tell you what sex is?)* No." -Bontle

"My mother told me. *(Did she explain to you what sex is?)* **No.**" -Kefilwe

"Yes, my mom (spoke to me about sex) when I was 16. *(What did she tell you?)* **'You are going to get pregnant if you sleep around'**. *(Did she tell you what sex is?)* **No.** *(Did she tell you about anything that relates to sex like HIV, STI's and condom use?)* No." -Lerato

"My suster, sy't vir my gesê ek moet die condom gebruik. *(Het sy ook vir jou verduidelik wat seks is?)* **Nee** sy het nie." -Katleho

Dit blyk dat respondente se gesins- of familieleden daarin gefaal het om enige relevante inligting aan respondente oor te dra ten einde respondente voor te berei op wat seksuele-omgang impliseer. Inligting was vaag en respondente het nie werklik verstaan wat seks beteken nie. Die navorser is van mening dat respondente ontsien is van 'n veilige omgewing waarin relevante inligting deur 'n betroubare gesins- of familielid oorgedra kon word.

Daar word vervolgens kortliks gelet op waar respondente vir die eerste keer korrekte inligting bekom het oor wat seks impliseer. Vyf (5) respondente het na aanleiding van eerste seksuele-omgang met 'n seksmaat uitgevind wat seksuele-omgang impliseer.

Hierdie respondente het eerste seksuele-omgang as negatief of skokkend beleef.

Twee (2) van hierdie respondente beskryf hul ervarings soos volg:

“That older man, he just took me and go to his house and say ‘Lie on the bed. Do with your legs like this (open your legs)’ and I do that. (Is that how you found out what sex was?) Yes. It was very shocking because it’s the first time, it’s an older man. It was nothing that I could enjoy. (Do you mean there was no foreplay?) Yes.” -Mpho

“(How did you experience the first time you found out what sex was?) It was very difficult for me- the first day I had sex with my husband. When he put his penis in my vagina, this pain- the first pain, it caused the blood to come out. It was hurting and it was a very painful day of my life. After I had sex with him I thought maybe I’ve hurt something.” -Pulane

Twee (2) respondente is deur vriende ingelig van wat seksuele-omgang is. Een (1) respondent het deur middel van ’n pornografiese film uitgevind wat seksuele-omgang is. Vier (4) respondente het deur middel van programme wat by hul skole aangebied is, uitgevind wat seksuele-omgang is. Dit blyk dus dat die formele onderrigstelsel ’n belangrike rol mag speel in seksuele-opvoeding van jong vroue waar gesins- en familieledede daarin faal om jong vroue van hierdie inligting te voorsien.

9.3.2.2 Sub-tema 2.2: Maagdelikheid

Tabel 5 dui daarop dat respondente se kennis van risiko’s vir swangerskap, seksueeloordraagbare infeksies en MIV en VIGS beperk was tydens eerste seksuele-omgang, dit wil sê toe hul steeds maagde was. Tabel 5 dui verder daarop dat al 12 respondente vaginale omgang gehad het tydens eerste seksuele-omgang. Gupta (2000:4-5) konstateer dat die sterk waardes wat geheg word aan maagdelikheid asook die bestaan van ’n kultuur van stilswye rondom seks, toegang tot dienste vir die behandeling van seksueeloordraagbare infeksies onder vroue, ernstig kan stigmatiseer. Verder maak die tradisionele waarde van maagdelikheid by ongetroude meisies in baie kulture dit moeilik om risiko vir MIV-infektering met behulp van inligting teen te werk, aangesien daar gedink sal word dat ’n meisie seksueel-aktief is wanneer sy vir inligting mag vra. Gupta (2000:4-5) noem verder dat die belang van maagdelikheid in hierdie kulture veroorsaak dat meisies eerder anale seks sal hê wat hulle verder onder risiko plaas om MIV of ander infeksies op te doen. Dit blyk egter dat anale seks ten einde maagdelikheid te behou nie voorgekom het onder respondente nie, wat aanduidend mag wees dat hierdie vroue minder waarde heg aan maagdelikheid. Wight *et al.* (2006:991) verduidelik dat daar in Tanzanië nie van vroue verwag word

om maagde te bly totdat daar in die huwelik getree word nie. Daar bestaan dan moontlik soortgelyke houdings rondom maagdelikheid onder respondente in hierdie studie.

Die meerderheid (11) respondente noem dat hul verlies aan maagdelikheid voorgekom het saam met 'n mansvriend/*boyfriend*, hoewel die duur van die verhouding voordat eerste seksuele-omgang plaasgevind het van respondent tot respondent verskil. Eaton *et al.* (2003:151-160) noem dat die intensie om seksuele-omgang voor die huwelik te vermy deur slegs 'n klein persentasie individue in Suid-Afrika onderhou word, en dat dit gewoonlik ook konserwatiewe vroue met 'n Christelike agtergrond is wat hierdie intensie onderhou. Hierdie intensie word selde by jong mans gevind. In hierdie studie blyk dit dat die intensie om seksuele-omgang voor die huwelik te vermy nie onder respondente voorgekom het nie, aangesien die meerderheid (8) respondente nie wettiglik of tradisioneel getroud was nie en daar geen definitiewe indikasies van 'n tradisionele of wettige huwelik of betaling van *lobola* as aanduiding was dat 'n huwelik in die vooruitsig was nie. Respondente is gevra hoe lank hul saam 'n mansvriend was voordat eerste seksuele-omgang voorgekom het:

"I lost my virginity **to someone I just met.**" -Tebelo

"(We were together for) **a few days.** It was just (**long enough**) to say 'I love you' and then **during the night we had the same bed (had sex).**" -Sesi

"I think it was **three or four days.**" -Mpho

"(I lost my virginity) at 17 with **a boyfriend I knew two weeks.**" -Bonolo

"I lost my virginity to a boyfriend **after a month.**" -Lerato

"We were together **one month** (before I lost my virginity)." -Lebo

"**Two months.**" -Kattleho

"I lost my virginity with the guy I was staying with in Bela-Bela here. We were together for **six to eight months** (before I lost my virginity). I was staying at home and he (my first boyfriend) just used to come and check (visit) me." -Kefilwe

Temmerman en Marres (1995:65) noem dat Afrikane die aspek van seksualiteit nooit in die kern van hul morele- en sosialesistiem geplaas het nie en dat seksualiteit in Afrika nie sinoniem is met kuisheid nie. Die betekenis wat aan seksualiteit geheg

word mag volgens bogenoemde outeurs moontlik een van die redes wees vir die verspreiding van MIV in Afrika. Dit blyk dat agt (8) respondente soortgelyke houdings rondom kuisheid onderhou soos bo bespreek. Ander respondente was in langer verhoudings met 'n mansvriend voordat eerste seksuele-omgang plaasgevind het:

"We were together for **almost a year** before I lost my virginity." -Bontle

"We started to be friends when we were about 16. I think it was **two years** before we had sex." -Karabo

"He was my boyfriend. We've been together for **three years** (before we had sex)." -Kagiso

Druk is op een (1) respondent deur haar ouers uitgeoefen om seksuele-omgang te hê met die man wat besig was om haar *lobola* af te betaal.

"I lost it (my virginity) **to my husband who I am still married to**. It was a long time they (my parents) were begging me. It can be two years because I remember I said to them (my parents) I don't want to see that man, because he's older than me by ten years." -Pulane

Bogenoemde is vir die navorser aanduidend dat druk wat op hierdie respondent geplaas is om seksueel-aktief te raak ook 'n kulturele basis het. Eerstens het die respondent se ouers 'n huwelik gereël teen die respondent se wil. Die respondent het dus geen keuse gehad oor wie haar huweliksmaat mag wees nie. Temmerman en Marres (1995:64) noem dat huwelike in Afrika dikwels deur ouers gereël word en dat dit ondenkbaar is dat 'n vrou nie kinders wil hê nie. Tweedens is hierdie respondent se huwelik gereël met 'n man wat tien jaar ouer as die respondent was. Mill en Anarfi (2002:327) konstateer die formasie van seksuele vennootskap tussen jonger meisies en ouer mans die epidemiologie van MIV heeltemal verskuif het. Hierdie verskynsel het veroorsaak dat die MIV-spits op 'n baie jonger ouderdom onder vroue voorkom, en sterftes dus ook op 'n baie jonger ouderdom sal voorkom. Volgens Mataure *et al.* (2000:5) is die meer algemene patroon van MIV-oordraging waar ouer mans MIV oordra aan een of meer jonger vroue, asook sy eie vrou indien sy nie reeds MIV-positief is nie. Die navorser is dus van mening dat bogenoemde twee faktore naamlik die huwelik wat deur ouers gereël word, asook die ouderdomsverskil tussen die jonger respondent en 'n ouer man, sekere negatiewe gevolge ten opsigte van die respondent se gesondheid mag inhou. Kultuur speel dus 'n moontlike rol in die ondersteuning en aanmoediging van praktyke en gebruike wat sekere nadele vir vroue se gesondheid mag inhou.

9.3.2.3 Sub-tema 2.3: Kondoomgebruik tydens eerste seksuele-omgang

Uit die 12 respondente het slegs twee (2) respondente van kondome gebruik gemaak tydens eerste seksuele-omgang, terwyl 10 respondente nie van kondome gebruik gemaak het nie. Volgens Eaton *et al.* (2003:151-160) bestaan daar onsekerheid onder jeugdiges oor die korrekte gebruik van kondome, en hoewel jeugdiges bewus is dat kondoomgebruik MIV-oordraging kan voorkom, maak hulle steeds nie gebruik van kondome nie. Daar bestaan verskeie miskonsepsies onder jeugdiges soos dat ander vorme van voorbehoedmiddelgebruik soos hormonale- en intrauterêre voorbehoedmiddels ook MIV-oordraging kan voorkom. Verder word daar geglo dat kondome meer as een maal gebruik kan word, en dat kondome in die vrou kan agterbly na seksuele-omgang en ernstige beserings kan veroorsaak. Gómez en Marín (1996:355) verduidelik dat daar in die eerste dekade van MIV en VIGS gefokus is op gedragsnavorsing waardeur verskeie belangrike faktore geïdentifiseer is in verband met die individu se vermoë om kondome te gebruik of die gebruik daarvan aan te vra. Daar is gelet op groepsnorme wat veiliger seks aanbetref, houding ten opsigte van veiliger seks, die individu se waarneembare vermoë om veiliger seks te beoefen ten spyte van struikelblokke, asook die individu se persepsie van kwesbaarheid. Hoewel hierdie individuele faktore wel relevante komponente van suksesvolle seksuelegedragsverandering is, blyk dit volgens bogenoemde outeurs dat die kulturele- en kontekstuele realiteite van seksuele-interaksie daardeur geïgnoreer is. Die navorser is van mening dat 'n kombinasie van miskonsepsies rondom veilige seksuelegedrag, sowel as kulturele- en kontekstuele aspekte moontlik 'n invloed uitgeoefen het op waarom 10 respondente in hierdie studie nie van kondome gebruik gemaak het tydens eerste seksuele-omgang nie. Hierdie kombinasie van aspekte hou volgens die navorser verband met respondente se kennis rondom kondome en kondoomgebruik, sowel as inligting en houdings rondom kondome en kondoomgebruik in respondente se kultuur, gemeenskappe en gesinne. Aangesien 10 respondente nie van kondome gebruik gemaak het tydens eerste seksuele-omgang nie, dui dit moontlik op respondente se beperkte kennis van kondome en kondoomgebruik, asook negatiewe houdings wat in respondente se kultuur, gemeenskappe of gesinne mag voorkom rondom kondome en kondoomgebruik. Daar sal egter later in hierdie hoofstuk meer gefokus word op houdings teenoor kondoomgebruik. Daar word

vervolgens gelet op waarom 10 respondente in hierdie studie nie van kondome gebruik gemaak het tydens eerste seksuele-omgang nie.

Tabel 5 dui ook aan dat nege (9) van die 10 respondente wat nie van kondome gebruik gemaak het tydens eerste seksuele-omgang nie, ook nie bewus van die risiko van MIV en VIGS tydens eerste seksuele-omgang nie. Respondente gee die volgende redes vir waarom kondome nie gebruik is tydens eerste seksuele-omgang nie.

“No, I didn’t think about it, because by that time I **didn’t know there was (something like) a condom.**” -Kagiso

“No, because that time I **didn’t know anything about condoms** and I was still young.” - Bontle

“No. (*Why not?*) That time I didn’t think about the sicknesses like STI’s because I **didn’t have information**, but I did know there were some STI’s, but not HIV.” -Sesi

“No, I was still a kid by that time. I **didn’t even know about condoms and things like that.** He (my partner) used to tell me that “I like you. I want to take care of you. You are going to be my wife”. You see you don’t even think about things like condoms and whatsoever. So we just had it (sex).” -Kefilwe

“No, ai that time I **have never even heard about a condom.** It was a very rural area and I think condoms was only (available) in towns. There in that area even the clinic was too far and nobody was talking about condoms- I didn’t even know.” -Mpho

“No this thing of condoms, **maybe it was being used by whites but we didn’t know that thing.**” -Pulane

“I didn’t use anything because of **no knowledge.**” -Lebo

“No. (*Why not?*) I **don’t know.** (*Did you think about using a condom?*) **The first time I don’t use a condom.** The second time I tell him (my partner) ‘no, come let’s use a condom’.” -Katlheho

“No. (*Why not?*) Ai, at the time **we didn’t know about using condoms. Condoms was not available that time.** I come from the rural area.” -Tebelo

Eaton *et al.* (2003:151-160) noem dat toegang tot kondome in Suid-Afrika nie ’n groot probleem blyk te wees nie, aangesien jeugdige verskeie bronne het waardeur kondome bekom kan word. Bogenoemde is egter vir die navorser aanduidend dat VIGS-kennis in die Limpopo Provinsie nie alleen beperk was vir hierdie respondente nie, maar dat essensiële inligting soos bewustheid van kondoomgebruik ten einde MIV te voorkom, asook die beskikbaarheid van kondome beperk was.

Uit die twee (2) respondente wat wel tydens eerste seksuele-omgang van kondome gebruik gemaak het, blyk dit dat die seksmaat van een (1) respondent 'n sterk invloed uitgeoefen het op besluitneming rondom kondoomgebruik, en dat kondoomgebruik nie later in die verhouding meer voorgekom het nie. Hierdie respondent noem die volgende:

"Yes, I gave him a condom. I said 'Take this condom because someone taught me about it'. (You said you became pregnant later. Does that mean that you didn't always use a condom?) Yes because I did not always have a condom and he (my sex partner) didn't like using a condom. He said '**Let's not use a condom. The last time was your choice (to use a condom), this time it's my choice (to not use a condom)**'. "-Bonolo

Eaton *et al.* (2003:151-160) verduidelik dat baie jong mans in Suid-Afrika glo dat kondoomgebruik hul weerhou daarvan om aan ander te bewys dat hul wel vrugbaar is en dus kinders kan hê. 'n Studie het getoon dat 45% jong mans glo dat kondome "sperm mors" en dit blyk verder dat kondome nie as 'n effektiewe voorbehoedmiddel beskou word om swangerskap te voorkom nie. Volgens bogenoemde outeur is die grootste nadeel van kondome vir Afrikane die klaarblyklieke verlies aan seksueleplezier en die meeste Afrikane verkies "*skin-to-skin*" seksuele-omgang. Jong Suid-Afrikaanse mans se negatiewe houdings rondom kondoomgebruik word egter nie deur die navorser as enigste rede vir lae kondoomgebruik onder respondente beskou nie. Daar behoort ook gelet te word op seksuele-onderdanigheid onder vroue. Schoofs (1999:3) konstateer dat die vrou se seksuele-onderdanigheid aan die man in meeste Afrika-kulture lank voor volwassenheid reeds voorkom. In die meeste Afrika-kulture is seksuele-onderdanigheid meer subtiel van aard en word jong meisies geleer om seksuelebesluitneming aan die man oor te laat. Die navorser is van mening dat bogenoemde respondent se situasie verder ook verband hou met die Afrika-vrou as geslagsgroep se vermoë om te onderhandel vir veilige seks. Gómez en Marín (1996:360) noem dat kulture met tradisionele geslagsrolnorme, gewoonlik oor die kleinste vermoë beskik om vroue te voorsien van vaardighede en houdings wat hul sou benodig om effektief te onderhandel vir veiliger seks.

Die ander respondent wat ook van 'n kondoom gebruik gemaak het tydens eerste seksuele-omgang, noem dat sy nog nooit seksuele-omgang gehad het sonder die gebruik van kondome nie. Hierdie respondent het egter later MIV opgedoen na aanleiding van verkragting.

“Yes. (*Who decided to use a condom?*) My partner or rather let me say both of us, because **if he didn’t insist on using it I would have said ‘Let’s use a condom’.**” –Lerato

Die navorser is van mening dat aangien slegs twee (2) respondente van kondome gebruik gemaak het tydens eerste seksuele-omgang en verskeie respondente noem dat hul nie geweet het van die bestaan van kondome nie, of dat kondome nie beskikbaar was nie, daar gekyk behoort te word na wanneer respondente vir die eerste keer van kondome gehoor het en of respondente geweet het hoe om kondome te gebruik. Kategorieë is geïdentifiseer ten einde bogenoemde meer duidelik te maak.

- Sub-tema 2.3.1: Eerste kennismaking met inligting rondom kondome

Klinieke en hospitale

Een (1) respondent het in haar beroep as opgeleide verpleegster geleer wat kondome is en hoe om dit te gebruik. Drie (3) respondente noem dat hul by ’n kliniek of hospitaal uitgevind het van kondome:

“**At the clinic** here. (*Did you know how to use a condom the first time it was available to you?*) Yes, **because at the hospital they already explained how to use a condom.** It wasn’t difficult.” -Kagiso

“**Actually I heard about the condom that same time I heard about HIV** (in 1991). I did go to the clinic to ask for some information on how I can help this lady (HIV positive neighbour) because I really want to help her. **It was not easy to go home and tell my husband about the condom.** (*What did they tell you about condoms at the clinic?*) They showed me how to put on the condom and then they explained how the condom helps people to prevent the STI’s, even HIV and pregnancy. (*Where did you get your first condom from?*) At the clinic. (*Did you know how to use a condom the first time it was available to you?*) I was asked to practice it and they (staff at the clinic) showed me.” -Karabo

“**At the clinic.** I think it was after 1990 when I go to prevent (pregnancy prevention) then the sister said ‘Why don’t you take a condom. Don’t you want a condom?’. I said I don’t know anything about this (condoms). Then the sister started to explain and I said ‘I’m going to explain to my boyfriend’. **He (my boyfriend) said ‘Hey wena, I don’t want to see that thing in front of my eyes’ then we didn’t use it after that.** (*Did the sister also explain to you how to put a condom on?*) No. (*Did you know how to use a condom the first time it was available to you?*) The first time in 2004 when a worker from the home-based-care come there and he showed us how to use it. It’s this time I see how to use it in 2004. (*Did you start using condoms then?*) Yes.” -Mpho

Dit is vir die navorser opvallend dat bogenoemde respondente hoofsaaklik vir ander redes as MIV-voorkoming by klinieke of hospitale van kondoomgebruik te hore gekom het. Dit blyk ook dat inligting wat deur klinieke en hospitale aan vroue in die Limpopo Provinsie voorsien word rondom kondoomgebruik, nie altyd volledig is of

prakties toegepas kan word nie, en nie op enige wyse kan voorsien dat kondome saam met seksmaats gebruik sal word nadat inligting deur gegee is nie.

Skole

Vier (4) respondente noem dat hul op skool bewus gemaak is van kondome:

"It was at school when I was 16. **They told me "You must use a condom to protect yourself"**, but we didn't know how to use a condom. (*Where did you get your first condom from?*) I got the condom at the clinic. (*Did you know how to use it?*) I was 18 but I didn't know how to use it. **I gave it to the boy and he knew how to use.** I was not paying attention to how he was putting it on." -Tebelo

"The teacher at the school just told us that if you want to have sex with somebody you must use a condom. They show us how to use it. (*How old were you?*) I was 18. (*Did you know how to use a condom the first time it was available to you?*) No I didn't, because **the teacher demonstrated it to us, but I didn't know how to because I didn't do it** (practised how to put a condom on). (*Where did you learn how to put a condom on?*) When I started at a organisation to do the workshop on HIV and AIDS, because **they were doing a demonstration on condom. It's where I started to learn.**" -Bontle

"For the **first time at school.** (*Who told you at school?*) **The mobile sisters.** (*Have you ever used condoms?*) I'm now using. (*Where did you get your first condom from?*) The clinic. (*Did you know how to use a condom the first time it was available to you?*) Yes, because they did show us how to use it." -Sesi

"At primary school. We used to play with condoms. We blow them like the balloons. By that time we didn't know (What a condom was). I remember one time a teacher shouting at us 'You know what that thing is?'. **Calling us to the class room and start explaining.** She even came to the clinic and ask (them) to come to talk to the school children. They (personnel from the clinic) came from class to class. They used to come to talk about it (condoms). I was about 12-13. (*Where did you get your first condom from?*) I didn't bring it myself. They guy (sex partner) came with the condom. I got my first condom here at the clinic. I take them here every month (since 2006 when started coming to clinic). (*Did you know how to use a condom the first time it was available to you?*) **He (sex partner) knew. I didn't know. He just put it on.** I was watching." -Kefilwe

Hoewel hierdie respondente reeds op skool bewus was van kondome is daar nie tydens eerste seksuele-omgang van kondome gebruik gemaak nie. Verskeie redes kan hiervoor aangevoer word waarvan 'n tekort aan kennis oor hoe om 'n kondoom te gebruik een van die hoof redes blyk te wees. Wanneer bogenoemde respondente se ouderdomme waartydens hul van kondome bewus gemaak is op skool en ouderdomme tydens eerste seksuele-omgang vergelyk word, blyk dit dat ten minste twee (2) van die bogenoemde vier (4) respondente voor eerste seksuele-omgang bewus was van kondome, maar nie tydens eerste seksuele-omgang van kondome gebruik gemaak het nie. Die navorser is van mening dat inligting rondom

kondoomgebruik onder respondente wat op skool bewus gemaak is van kondome, vaag en onvolledig was en respondente nie kondoomgebruik met werklike gesondheidsvoordele geassosieer nie. Dit blyk verder dat hierdie inligting nie gepaard gegaan het met praktiese toepassing soos om te leer hoe om 'n kondoom te gebruik nie. Ander leemtes wat klaarblyklik voorkom is dat inligting rondom kondoomgebruik op skool oorgedra word nadat eerste seksuele-omgang reeds plaasgevind het, en dat hierdie inligting by skole nie gepaard gaan met die beskikbaarheid van kondome nie. Bogenoemde respondente noem byvoorbeeld dat hoewel hul vir die eerste keer inligting rondom kondoomgebruik by die skool ontvang het, hul eerste kondoom by 'n kliniek gekry is.

Media

Twee (2) respondente het deur middel van die media bewus geword van kondome en die funksie daarvan. 'n Studie in Suid-Afrika toon dat jeugdiges met voldoende toegang tot die media, beter kennis dra van MIV en VIGS. Dit blyk dat jong mense in plattelandse of armoedige gebiede 'n alternatiewe bron van inligting soos bogenoem nodig het (Eaton *et al.*, 2003:151-160).

“On the radio. (*Do you know how to use a condom now?*) Yes. (*Where did you learn how to use a condom?*) At the clinic.” -Lebo

“By die radio en die TV. (*Het jy geweet wat 'n kondoom is en hoe dit werk?*) Ja. (*Wat het hulle op die radio en TV gesê?*) Hulle het gesê jy moet gebruik die condom want anders sal jy siek word. (*Waar het jy jou eerste kondoom gekry?*) Ek het hom by die winkel gekoop. (*Hoekom het jy besluit om kondome te koop?*) Sommer. (*Het jy toe al geweet jy is MIV positief?*) Nee. (*Het jy geweet hoe om 'n kondoom te gebruik die eerste keer toe een beskikbaar was vir jou?*) Ja. (*Hoe het jy geweet om 'n kondoom aan te sit?*) Ek het op die papiertjie gekyk wat saam die boksie kom.” -Katlheo

Uit bogenoemde kom dit vir die navorser voor dat die respondent wat op beide TV en radio inligting bekom het oor kondoomgebruik, meer gemotiveerd was om van kondome gebruik te maak. Hierdie respondent het die inisiatief geneem om self kondome te gaan koop en die gepaardgaande inligting te lees ten einde te weet wat die funksie van kondome is en hoe om 'n kondoom te gebruik. In vergelyking met ander respondente wat meestal hul eerste kondoom by 'n kliniek ontvang het, blyk dit dat meervoudige boodskappe in die media 'n belangrike invloed mag uitoefen om respondente te motiveer om gesondheidsbevorderende gedrag te inisieer.

Laasgenoemde impliseer egter dat toegang tot radio, TV en ander vorme van media vir hierdie vroue beskikbaar moet wees.

Eerste kennismaking met kondome deur respondente wat van kondome gebruik gemaak het tydens eerste seksuele-omgang

Die twee (2) respondente wat tydens eerste seksuele-omgang van kondome gebruik gemaak het is beide deur hul eerste seksmaats daaraan blootgestel, waar die verantwoordelikheid vir kondoomgebruik duidelik nie by hulself nie, maar eerder by hul seksmaats berus het.

“By that time (in primary school) **my brother was an (HIV) activist** and he was making poems for the AIDS Centre. *(Did you hear about condoms from him?)* Ja but then I never understood. **You know at school they give you condoms and then you just blow them (up) and laugh.** I didn’t imagine myself one day using them when I was a virgin. *(Where did you get your first condom from?)* **I never had my own condom.** *(Do your boyfriends always bring the condoms?)* Yes. *(Did you know how to use a condom the first time it was available to you?)* **He (one of my partners) knew how to use it. I only knew how to put it on last year.** *(Where did you learn how to put it on?)* At a workshop.” -Lerato

“My first boyfriend. **He said ‘You see this- it’s a condom. You put it on then you do it (have sex)’.** *(Did he tell you what the purpose of a condom was?)* To have safe sex. *(Did you know how to use a condom the first time it was available to you?)* No my first boyfriend taught me.” -Bonolo

Bogenoemde seksmaats se houdings rondom kondoomgebruik verskil duidelik van die algemene negatiewe houdings wat onder Afrika-mans gevind word. Eaton *et al.* (2003:151-160) verduidelik dat in verhoudings tussen Suid-Afrikaanse jeugdiges, seksuele aktiwiteite hoofsaaklik deur die man bepaal word en dat vroue deur middel van geweld of verwerping weerhou word van kondoomgebruik. Jong Suid-Afrikaanse mans glo ook dat dit hul reg is om meervoudige seksmaats te hê en in hierdie tipe verhoudings is dit dus vir vroue baie moeilik om veilige seks te beoefen. Gupta (2000:5) is van mening dat kwesbaarheid vir MIV verhoog word deur die bestaande norm van manlikheid waar daar van die man verwag word om seksuele kennis en ervaring te hê. Laasgenoemde verhoog die risiko vir MIV en seksueeloordraagbare infeksies, aangesien mans voorkom word om vir inligting te vra en daardeur hul onkunde te erken. Jong mans eksperimenteer dus met seks op ’n onveilige wyse op ’n jong ouderdom ten einde hul manlikheid te bewys.

Die navorser is van mening dat daar in bogenoemde respondente se gevalle op die volgende belangrike aspekte gelet moet word. Eerstens was hierdie respondente die

enigste respondente wat van kondome gebruik gemaak het tydens eerste seksuele-omgang. Tweedens het nie een van die respondente self kondoomgebruik voorgestel nie, maar is dit deur hul seksmaats voorgestel. Hierdie twee punte demonstreer dat mans wel meer mag het in seksuelebesluitneming as vroue, aangesien hierdie respondente se seksmaats die besluit rondom kondoomgebruik beïnvloed het. Verder demonstreer dit ook die respondente se eie verwagting dat die seksmaat meer seksuelekennis en ervaring behoort te hê as die respondent self. Indien respondente se seksmaats geen inligting rondom kondoomgebruik gehad het nie, en negatiewe houdings rondom kondoomgebruik onderhou het, sou kondoomgebruik waarskynlik nie voorgekom het nie.

9.3.2.4 Sub-tema 2.4: Risiko vir swangerskap tydens eerste seksuele-omgang
Ses (6) respondente was bewus van die risiko vir swangerskap tydens eerste seksuele-omgang.

“Yes, because **when I started to have menstruation my sister told me she was going to take me to a clinic for (pregnancy) prevention.** So I told her that I was going, but I had sex before I went to the clinic and I fall pregnant.”-Bontle

“Yes, because **at the school the mobile clinic used to come and talk with us about that.** (*Were you afraid that you might fall pregnant the first time you had sex?*) I didn't thought it would come to me, I thought maybe pregnant is for older people.” -Sesi

“Yes, I was. **I even fall pregnant** (with my first boyfriend). I miscarried.” -Kefilwe

“Yes.” (a condom was used). -Lerato

“Yes.” (a condom was not used). -Lebo

“Yes I know it because **I said to myself because he's going to marry me it's no problem.** (*Is that what your parents wanted as well?*) Yes, they pushed me. If you push your daughter to the man what do you expect? You expect the baby.” -Pulane

Hoewel die helfte (6) van die respondente bewus was van die risiko vir swangerskap tydens eerste seksuele-omgang, het risiko-gedrag steeds voorgekom. Uit bogenoemde ses (6) respondente wat ingelig was rondom swangerskap het vyf (5) respondente onbeplande swangerskappe gehad. Temmerman en Marres (1995:64) konstateer dat die samelewingsmodel van Afrikane gerig is op voortplanting waar die huwelik gesien word as 'n ooreenkoms waarbinne kinders voortgebring sal word. In geval van hierdie studie blyk dit dat die huwelik nie noodwendig dien as kriteria vir die

voortbring van kinders nie, en dat ingeligte respondente min vrese rondom die gevolge van swangerskap gehad het. Die navorser is van mening dat onkunde en 'n tekort aan insig hier 'n belangrike rol speel, aangesien die inligting waaroor respondente oor swangerskap beskik het en die gevolge wat swangerskap vir die respondent se toekoms mag inhou, nie bymekaar uitgebring is nie. Laasgenoemde mag ook gekoppel word aan kulturele waardes waar die voorkoms van swangerskap, selfs onder ongetroude respondente meer aanvaarbaar is as in ander kulture. Volgens die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:45) blyk dit dat tiener swangerskappe onder Afrikane en Kleurlinge nie in dieselfde negatiewe lig beskou word as onder Wittes nie. Beide Afrika-mans en -vroue koppel groot waarde aan vrugbaarheid. Swangerskap onder ongetroude Afrika-vroue en tiener meisies dra dus steeds 'n positiewe waarde in vergelyking met Wit gemeenskappe.

Kultureleredes speel ook 'n rol in die voorkoms van swangerskap onder respondente waar een (1) respondent se ouers druk op haar toegepas het om seksuele-omgang te hê met die man wat haar *lobola* af betaal. Die navorser is van mening dat laasgenoemde veral dui op die samelewingsmodel van Afrikane wat gemik is op voortplanting, waar die vrou dan moet bewys dat sy kinders kan hê voordat die man met haar in die huwelik sal tree.

Ses (6) respondente was nie bewus van die risiko van swangerskap tydens eerste seksuele-omgang nie.

"My mother told me. (*Did your mother inform you about the risk of pregnancy before or after you had sex for the first time?*) **After (I had sex the first time).** (*So when you had sex the first time you didn't know that you could get pregnant?*) No." (a condom was used to prevent STI's).
-Bonolo

"No, I **knew nothing.**" -Karabo

"No, I **just thought maybe I have sex for fun.** I just thought that." -Kagiso

"No I **didn't know.** (*Did anybody talk to you about pregnancy before?*) No." -Mpho

"No. I **didn't think nothing.** (*Did you start using condoms later because your sister made you aware of the risk of pregnancy?*) Ja." -Katlheo

"No I **was not aware.** (*So you didn't know that you may become pregnant and have a baby when you have sex?*) No." -Tebelo

Die navorser is van mening dat swak of geen kommunikasie tussen kinders en volwassenes aanleiding gee tot die tekort aan inligting onder respondente rondom die risiko vir swangerskap. Eaton *et al.* (2003:151-160) konstateer dat Suid-Afrikaanse jeugdige swak kommunikasie met hul ouers rapporteer oor seksuele sake. Ouers weier om met kinders te praat, gee slegs vae inligting en straf selfs kinders wanneer sekere vrae gevra word. In hierdie studie was daar egter 'n tekort aan enige inligting rondom swangerskap, en waar inligting wel aan respondente oorgedra is, is dit te laat oorgedra. Hierdie respondente kon dus geen ooreenkoms trek tussen seksuele-omgang en die voortbring van kinders nie, wat respondente in 'n situasie van algehele onkunde gelaat het ten opsigte van die gevolge van onbeskermdde seksuele-omgang en swangerskap.

9.3.2.5 Sub-tema 2.5: Risiko vir MIV en seksueeloordraagbare infeksies tydens eerste seksuele-omgang

Slegs twee (2) respondente was bewus van die risiko vir MIV en VIGS tydens eerste seksuele-omgang, terwyl vyf (5) respondente bewus was van die risiko vir seksueeloordraagbare infeksies tydens eerste seksuele-omgang. Een (1) van die 10 respondente wat nie bewus was van die risiko vir MIV en VIGS tydens eerste seksuele-omgang nie, noem die volgende:

"(Did you know you could be infected with HIV) No, no because at that time there was some songs they were singing about HIV, AIDS, but **we were so ignorant we did not know they are talking about a real thing.** They were singing 'Pasoppa die AIDS (watch out for AIDS). Stop running (promiscuous behaviour)'. *(Did you know about STI's the first time you had sex?)* Yes. I was thinking about the illnesses only (while having sex)- the STI's." -Karabo

Respondente noem ook dat hul wel van MIV en VIGS gehoor het, maar nie geglo het dat daar 'n risiko bestaan om geïnfekteer te word nie.

"I used to know about HIV and AIDS but **I didn't think that I will get that thing.** I used to think that people who are running with guys (promiscuous behaviour) and things like that is the ones who are getting it. **I won't be able to have that thing** (HIV). *(Did you think your boyfriend might be HIV-positive or have STI's)* No. I used to know about it (STI's) cause I once had a friend, that friend of mine was sick. He even came to the clinic in town and they used to charge (payment) him every time, so I started knowing that there are things like that (HIV and STI's)." -Kefilwe

"(Did you know about STI's the first time you had sex?) Yes, but **I also heard about HIV, but I didn't think this thing (HIV) exist.**" -Lerato

Eaton *et al.* (2003:151-160) konstateer dat die Suid-Afrikaanse jeug ernstige gapings in VIGS-kennis het, hoewel basiese aspekte van MIV en VIGS deur die meeste jeugdige verstaan word. Bogenoemde outeurs is verder van mening dat die persepsie van lae persoonlike kwesbaarheid groot risiko onder jeugdige veroorsaak aangesien dit die motivering om die nodige voorsorgmaatreëls te tref, verminder. Suid-Afrikaanse navorsing dui aan dat daar wel 'n ooreenkoms tussen persoonlike kwesbaarheid en voorsorgmaatreëls bestaan, maar dat die Suid-Afrikaanse jeug hul risiko om MIV op te doen, onderskat. Daar is bevind dat minder as 20% van die Suid-Afrikaanse jeug hulself onder hoë risiko vir MIV beskou. Een van die faktore wat die persepsie van MIV-risiko verlaag is dat die voorkoms van MIV in gemeenskappe ontken word, veral in plattelandse gemeenskappe waar MIV steeds gestigmatiseer word. In hierdie studie blyk dit dat die redes vir lae persoonlike risiko onder respondente ooreenstem met bogenoemde studie. Die navorser is van mening dat die tekort aan relevante kennis en inligting tydens eerste seksuele-omgang; die tekort aan insig van beskikbare inligting; geen of lae persoonlike kwesbaarheid en ontkenning van die siekte, respondente se risiko op MIV verhoog het. Dit blyk dus dat MIV-risiko nie as realiteit beskou of ervaar is deur respondente nie.

Ongeveer die helfte (5) van die respondente was bewus van die risiko vir seksueeloorloordraagbare infeksies. Dit blyk dat die sterkste bewuswording rondom seksueeloorloordraagbare infeksies voorgekom het waar respondente blootgestel is aan iemand wat hul ken wat 'n seksueeloorloordraagbare infeksie opgedoen het. Laasgenoemde mag aanduidend wees van die belang van publieke bekendmaking deur persone met MIV en VIGS asook bewusmakingsveldtogte rondom seksueeloorloordraagbare infeksies.

Onder hierdie afdeling is dit ook van belang om te bepaal waar respondente vir die eerste keer gehoor het van MIV en VIGS, aangesien slegs twee (2) respondente bewus was van MIV en VIGS tydens eerste seksuele-omgang. Kategorieë is geïdentifiseer om bogenoemde meer duidelik te maak.

- Sub-tema 2.5.1: Eerste kennismaking met inligting rondom MIV en VIGS

Klinieke en hospitale

Een (1) respondente in hierdie studie het in haar beroep as opgeleide verpleegster geleer wat MIV en VIGS is. Twee (2) respondente het deur middel van klinieke of hospitale uitgevind van MIV en VIGS:

“(I heard for the first time) **When I get tested** (for HIV). I was in hospital. I didn’t know what HIV was. I hear some girls talk and say ‘There’s another illness, it’s HIV. People get it and there after they die.’” -Bonolo

“**At the hospital.** They told me (at the hospital) if I want to have sex I have to use a condom. They told me about the STI’s, the HIV also. So they told me why I should use a condom.” -Kagiso

Die mate van onkunde rondom MIV en VIGS onder respondente kan veral waargeneem word aan bogenoemde respondente wat vir die eerste keer tydens MIV-toetsing uitgevind het wat MIV en VIGS is.

Skole

Beide respondente wat by die skool bewus gemaak is van MIV en VIGS het nie verstaan wat MIV impliseer of watter gevare dit mag inhou nie:

“It was 1996 né. **People were coming to our school when I was doing grade 12 and they teach us about HIV.** But myself I didn’t believe this HIV, it was something outside (far removed). (*Why did you see it as something far removed from you?*) Because I didn’t know anyone who was HIV-positive. I didn’t see anyone who was sick with this thing of HIV, because at that time HIV was a secret. (*When they talked to you at your school about HIV, what did they tell you?*) They just told us that if you have HIV, how it is spread through sexual intercourse and you must use a condom. (*Did you then understand exactly what HIV meant?*) No.” -Bontle

“**At school. They were giving information on HIV** and bring someone who was HIV positive to talk to us. I was 16. (*Did you understand what HIV was after they spoke to you?*) No I didn’t understand it. I didn’t take it seriously. I thought I was not dangerous.” -Tebelo

Media

Drie (3) respondente het deur middel van die media bewus geword van MIV en VIGS:

“**On the radio.** (*Did you understand what HIV was when you heard about it on the radio?*) No, I didn’t understand. (*When did you understand for the first time what HIV was?*) In 1989. It’s the time I started to become sick and sick and flu after flu. Then when I went to the clinic the sister said to me ‘Do you know HIV?’. Ai, I don’t know. Then they started to explain to me.” -Mpho

“**On the radio they talk about HIV for the first time.** Many people didn’t believe it. (*Did you believe it?*) I didn’t believe for the first day but when I hear more about it I believe. (*What did you think HIV was when you heard about it the first time?*) I didn’t understand it.” -Lebo

“Ek het gehoor **by die radio toe ek was 22.** (*Wat het jy gedink is MIV?*) Ek het gedink dis die siekte. (*Het jy geweet jy kan MIV kry deur onbeskermd seks?*) Ja.” -Katlho

Slegs een (1) van bogenoemde respondente het verstaan wat MIV en VIGS impliseer. Dit blyk dus dat spesifiek radio as media vorm nie effektief is in die oordra van inligting rondom MIV en VIGS nie. Laasgenoemde mag moontlik verband hou met 'n tekort aan visuele materiaal waardeur MIV en VIGS voorgestel kan word op wyses wat deur respondente verstaan kan word.

Kennisse/vriende

Een (1) respondent het van MIV en VIGS te hore gekom nadat haar buurvrou met MIV geïnfekteer is. In hierdie geval behoort daar ook gelet te word op hoe inligting rondom MIV en VIGS vir hierdie respondent gepaard gegaan het met die ernstige stigma waarmee die gemeenskap gereageer het:

“It was about my neighbour when people said she’s HIV positive- it was 1991. **They were saying she (my neighbour) is HIV positive and people were just swearing at her and talking about her** and she was having a baby and the baby was sick- it (the baby’s health) was on and off until that baby died. Then she was at hospital and I was visiting her at hospital. People said that they closed her in a room, but it was not like that. I was so scared to hear that she was HIV positive, at that time we hear that it’s killing. (*Did you at that stage understand what HIV was?*) Actually I did, but you know sometimes you’ve got some information, but you fail to practice (it).” -Karabo

Ten spyte van bogenoemde het die respondent steeds nie die kennis/inligting rondom MIV en VIGS toegepas nie. Daar blyk dus 'n gaping te bestaan tussen beskikbare inligting rondom MIV en VIGS en die praktiese toepassing van hierdie inligting deur respondente. Laasgenoemde mag dalk in verband gebring word met hierdie vroue se persepsie van lae persoonlike kwesbaarheid wat aanleiding gee daartoe dat die nodige voorsorgmaatreëls nie getref word nie.

Kombinasie van inligting

Die volgende kombinasies van blootstelling aan inligting rondom MIV en VIGS is ook onder respondente gevind:

Aktiviste, familieledede en skool

“**My brother was an activist.** He was doing the poems about HIV and AIDS. I was young, about nine. I heard about HIV but I never understand. I never thought that thing(HIV) really exist. (*What did you hear at that stage when you were nine?*) HIV and AIDS was a killer disease. (*When did you understand what HIV really was?*) **I was in high school. There was an assignment.** I think it was at the age of 15- it was 1997. (*Did you understand what HIV*

was then?) I understand but I never take it into consideration. (*When did you take into consideration what HIV was?*) When people were dying and they were saying it's AIDS. (*When did you find out your mother was HIV positive?*) I think it was between 2002 and 2004. **She was admitted to the hospital and I knew when a person is (HIV) positive.** She was referred to Hope Clinic and it clicked to me 'Ok she's (HIV) positive'. (*So she never told you she's HIV positive?*) No, I told her I knew. It took her a long time to get used to the fact that I know. (*Did your brothers and sisters know?*) Yes, I had to tell them because she was having the ups and downs." -Lerato

Media en nie-regeringsorganisasies

"I heard on the radio and then the first time I had the information was here (at the NGO). (*How old were you then?*) I think I was 25 that time I came here (to the NGO). I was 19 when I tested and then I didn't come for the result, till my second child (was born). When I gave birth to this child is when they gave me my results in 1999. (*How old when heard on radio about HIV?*) It was that time when I started to have an affair with somebody, because I was here that they say 'HIV and AIDS' but I thought it won't come here, it's far. Then I used to say to my mother 'When HIV comes here, it will find me being alone not having boyfriend'. (*So did you know about HIV before you had a boyfriend?*) After (*So first you had a boyfriend but didn't know about HIV and then after you had a boyfriend you found out about it?*) Yes. (*Did you understand what HIV and AIDS implied the first time you heard about it?*) No, the first time I understand everything was here (at the NGO) in 2000 when I came here they just started telling me everything about HIV. (*When you heard them talking about HIV for the first time, what did you think it was?*) I thought it's the sick from the people from the outside country or maybe for the people who's doing sex worker or maybe for the one who's sleeping around with white people." -Sesi

Media, familieledede en gesondheidswerkers

"On the TV- they used to talk a lot about it. Every time you open (put on) the TV- 'HIV and AIDS kill so many people'. I have wanted to know what is this thing (HIV), why it kills people like this. **I remember the first time I saw a person who was HIV-positive was my aunt.** I was about 16-17. That time they didn't have the treatment. I went there, I see her- Ah! she was not ok. They told us that she's HIV-positive. She was ill, she was even small and she was a big person before. By that time she was small, her head was small. She was having bad things. She was not ok. I talk to her but she didn't even talk back to me. I was talking to her and she was busy doing this (respondent moves lips). I don't know whether she was answering me or not. She was very, very sick. (*When you heard about HIV for the first time, did you understand what it meant?*) **Ja, because there used to be people who are working on the houses (working in communities), teaching people about this thing (HIV).** By that time we didn't take it serious. We thought that it gets people who are running (promiscuous behaviour), changing men, taking new men." -Kefilwe

Ten spyte van respondente se meervoudige blootstelling aan inligting rondom MIV en VIGS het respondente steeds MIV opgedoen. Daar mag dus 'n moontlikheid bestaan dat respondente nie 'n ooreenkoms trek tussen voorkoming van die siekte, metodes waardeur dit voorkom kan word en die praktisering van hierdie metodes nie. Lae

persoonlike kwesbaarheid blyk weer eens 'n belangrike rol te speel in MIV-risiko onder respondente.

9.3.2.6 Sub-tema 2.6: Toepassing van druk tydens eerste seksuele-omgang

In hierdie studie is daar verskeie redes gevind vir waarom respondente seksueel-aktief geraak het. Ongeveer die helfte (5) van die respondente het vir die eerste keer seksuele-omgang gehad uit vrye wil en sonder dat daar enige druk op hul toegepas is. Nuuskurigheid is deur nog een (1) respondent aangedui as rede vir eerste seksuele-omgang:

"I hear some girls talk about sex at the hut and **I want to see what sex was**. I said '**Let me try it**'. I discussed it with my boyfriend." -Bonolo

Druk is wel op ses (6) respondente uitgeoefen om seksueel-aktief te raak om die volgende redes:

Mansvriend het druk op respondent uitgeoefen om seks te hê:

"**It was pressured** because I didn't know anything at that time about sex. **The father (first boyfriend) of my first born pressured me**. He just told me that we can have sex, but I didn't know it was going to be like that and when we started I see that it was difficult for me and then that's why I fall pregnant." -Bontle

"You know when you meet a guy and there's the pressure. You know in high school guys are all over you and there are all the gorgeous ladies, but he chooses you and you are with the guy. And there is all the pressure if you don't do this (have sex with him). So I wasn't thinking. **I was doing this (having sex) for having the guy in order not for him to go**. So it wasn't the right reasons (to have sex)." -Lerato

Bogenoemde dui aan dat respondente nie alleen gedwonge gevoel het om seksueel-aktief te raak nie, maar dat daar ook die vrees bestaan het om 'n seksmaat te verloor indien seksuele-omgang nie voorkom nie. Eaton *et al.* (2003:151-160) verduidelik dat jong mans voel dat 'n romantiese verhouding outomaties penetrerende seksuele-omgang insluit. Dit blyk dus dat hierdie tipe druk soos in die res van Suid-Afrika, ook op sommige respondente toegepas is en dat hierdie vroue teenwillig ingestem het om seksueel-aktief te raak.

Vriende het druk op respondent uitgeoefen om seks te hê:

"**I was pressured by my friends**. They use to say **I am stupid**, they are having boyfriends, why don't I have one. So I did do it (have sex) because my friends were doing it." -Sesi

Suid-Afrikaanse studies toon dat jong Afrika-seuns en -meisies ernstige druk van hul eie geslagte ervaar om seksueel-aktief te raak (Eaton *et al.*, 2003:151-160).

’n Familielid het druk op respondent uitgeoefen om seks te hê as gevolg van finansiële omstandighede:

“I was pressured by my sister to do it (have sex). I was staying with my sister and then she said ‘You see, we have no parents. Why don’t you get someone who can take you from me and then you go stay with him and he’ll support you. You see me too, I’m in the family of another (stayed with boyfriend’s family)’. Then I do that.” -Mpho

Eaton *et al.* (2003:162) verduidelik dat vanuit die vrou se perspektief mag beskerming teen toekomstige siekte ’n laer prioriteit wees as haar onmiddellike ekonomiese behoeftes. Nattrass (2004:27) verwys na hierdie ruil van seksuelegunste uit desperaatheid as “oorlewingseks”. Die navorser is van mening dat onmiddellike ekonomiese behoeftes onder respondente ’n belangrike rol speel in seksuelebesluitneming tussen mans en vroue en dus ’n belangrike rol mag speel in risiko-gedrag wat die vrou se kanse op MIV-infeksie verhoog.

Respondent het seks gehad as gevolg van kultureledruk en -oortuigings:

“You know in our culture I had sex with my husband-to-be because of our tradition. (Did you feel pressured by your culture to have sex?) Yes because our culture push you there. It was pressured. I was not ready and there was an argument in the family and they say I’m so stubborn and I don’t want to get married. But I did it (had sex) but it was very painful to me.” - Pulane

“It’s because of in my family in my mother’s house there was some other lady who came with her daughter. Her daughter, she was about 17 years old and she was having a baby (pregnant). I just told my mother ‘This silly child, she is having a baby and I don’t have (a baby), I’m going to have my own baby’. I was not even having sexual intercourse, I knew nothing about sexual intercourse. (Did you want to have a baby?) Yes, I wanted a baby because the younger one (17 year old girl) to me she’s got a baby- what about me? I was still at (in) school that time and I was having the boyfriend but we were not having sex that time (at that stage). But I didn’t want to have sex actually, it just happened. My boyfriend said ‘no, you can sleep (here) I won’t do nothing to you’ and then we end up having sex. I fell pregnant the same day. (Did you have the baby?) Yes, I had the baby, my first girl. I named her Tebogo. It means ‘Thanks’ because I wanted the baby and I got the baby.” -Karabo

Gupta (2000:12) verduidelik dat gebruike en praktyke wat die vrou onderdruk en mans vasvang in skadelike seksuelegedrag, gebaseer is op bevooroordeelde interpretasies van kultuur wat noue belange dien. Gebruike en praktyke word geassosieer met manlike- en vroulikerolle, en in baie samelewings vandag word die regte en vryheid van individue tenagekom in terme van seksualiteit, en moedig dit die

siklus van siekte en sterfte aan. Die navorser is van mening dat respondente in hierdie studie soortgelyke kultureledruk beleef het as gevolg van die interpretasie van hul kultuur, selfs waar seksuele-omgang uit vrye wil voorgekom het. Bogenoemde respondente se situasies is dan aanduidend van twee belangrike aspekte van respondente se kultuur naamlik die huwelik wat tradisioneel deur die ouers gereel word en gepaard gaan met die betaling van *lobola* en die voortbring van kinders ten einde te bewys dat die vrou vrugbaar is. Na aanleiding van bogenoemde asook respondente se MIV-positiewe status behoort daar gelet te word op hoe vroue tans oor seksuele-omgang voel.

9.3.2.7 Sub-tema 2.7: Huidige gevoelens rondom seks

Vier (4) respondente ervaar seksuele-omgang tans as positief en noem die volgende:

“It’s just an **enjoyment.**” -Bontle

“Sex to me is like part of something **to relieve stress.**” -Sesi

“**I don’t have a problem** (with sex). (Do you still enjoy sex?) Yes.” -Mpho

“Sex is a **nice thing because God made sex** in order for two people when they get married **to be a symbol of communication.** It connects people spiritually. It’s a nice thing.” -Lerato

Gupta (2000:2) konstateer dat ’n individu se seksualiteit gedefinieer word in terme van met wie die individu seks het, op watter maniere, waarom, onder watter omstandighede en wat die uitkoms daarvan mag wees. ’n Individu se seksualiteit is dus meer as net seksuelegedrag, maar ook multi-dimensioneel en ’n dinamiese konsep. In Afrika bestaan daar egter verskeie stigmatiserende oortuigings rondom MIV en VIGS. Sommige Swart Christene glo byvoorbeeld dat MIV en VIGS God se straf is vir immorelegedrag en sonde soos promiskuïteit en voorhuwelikse seks, terwyl Afrikane byvoorbeeld ook glo dat ’n man MIV en VIGS kry wanneer hy vee steel (Temmerman & Marres, 1995:63; Van Dyk, 2001:112). Bogenoemde respondente se positiewe houdings rondom seksuele-omgang hou verband met spesifieke redes, en nie noodwendig ’n multi-dimensionele benadering tot waarom respondente steeds positiewe houdings teenoor seksuele-omgang onderhou nie. Dit blyk egter dat ten spyte die diverse redes wat respondente gee vir waarom hul steeds positief voel teenoor seksuele-omgang, MIV en VIGS nie enige negatiewe houdings meegebring het wat respondente se houdings rondom seksuele-omgang aanbetref nie. Hierdie

respondente het dus geen stigma's ontwikkel na aanleiding van die verband tussen seksuele-omgang en MIV-oordraging nie.

Die meerderheid respondente (8) ervaar seksuele-omgang egter as negatief. Vyf (5) van hierdie respondente gee die volgende redes vir waarom hul seksuele-omgang as negatief ervaar:

"Sometimes I just ask (tell) myself I'm HIV (positive) because of sex. **Sometimes I hate it (sex).** Actually this **now-a-days I don't like it (sex)** at all. (*Why don't you like sex anymore?*) The reason is that sometimes when I have sex I just think about my children. I think about my children because of my status, because I really know that one day they have to involve with a man outside (be in a sexual relationship one day) or even the girls. So they will get HIV through the sexual intercourse- that's what I'm thinking about it (while having sex). And then (I think) why can't I stop this and then try to teach my children about this. But I'm doing- I'm trying to teach them. But the thing comes to my mind is that I'm doing this (having sex) but telling my children it's not good. So sometimes I feel regret (while having sex)." -Karabo

"I used to love it (sex) before I find out I'm (HIV) positive. **Since I found out I don't even enjoy it.** I just stay with my man because we're married before this thing (becoming HIV-positive) and we found out we were sick. So ai! I don't take it (sex) serious now. (*Do you enjoy sex with your husband?*) Not really. Even when we are in support group meetings we discuss things about our lives and issues that we came across with this thing (being HIV-positive and having sex). I don't know how to explain it, but sex for me right now, no! (*Do you still love your husband?*) I do, I just don't enjoy the sex part (of the relationship)." -Kefilwe

"**I don't like it.** (*Why not?*) Because since I know my status I don't have sex anymore." -Lebo

"**I don't like sex now.** Not everyday- (I'll have sex) once a month. (*Did you like sex in the past?*) Ja. (*Why don't you like it now?*) Because I'm sick. I'm going to die fast. (*Do you think if you have sex you are going to die sooner?*) Ja." -Katlheho

"**Sex is a dangerous thing** because it brings the sickness, you become ill. You must be watchful about sex." -Bonolo

Uit bogenoemde blyk dit dat die meerderheid respondente negatiewe gevoelens rondom seksuele-omgang ontwikkel het nadat hul bewus geword het van hul positiewe serostatus. Dit blyk dat respondente seks assosieer met siekte, vroeë sterfte, gevaar, berou rondom vroeëre onveilige seksuelegedrag en kinders wat self later as jong volwassenes MIV sal opdoen. Die navorser wil hier veral verwys na die konsep van *ditshila* of "vuilheid" wat in verskeie Afrika-kulture gevind word. Hierdie aspek word veral onder die Pedi in Suid-Afrika gevind en Mönnig (1983:66) verduidelik dat *ditshila* in die Pedi-kultuur letterlik verwys na "vuilheid". Hierdie toestand van onreinheid is onder sekere omstandighede onvermybaar vir vroue. Die toestand van

ditšhila word as gevaarlik beskou nie net vir die onrein persoon nie, maar ook vir enige iemand wat met daardie persoon in aanraking kom. Daar word geglo dat die toestand van *ditšhila* ander kan infekteer en siekte veroorsaak. Siekte en die dood word veral as “vuil” gesien. Hierdie konsep van “vuilheid” wat ook volgens Leclerc-Madlala (2001:6) bekend staan as die besoedelingsideologie word verbind met biomediese konsepte van kieme. Daar word veral onder die Zoeloes geglo dat die vrou se “vuil” reprodktiewe anatomie en verbandhoudende afskeidings soos menstruele bloed, vaginale-afskedings en -lubrikasie ’n bron van MIV-“kieme” is. Dit is dan nie vir die navorser verbasend dat ten spyte van die beskikbaarheid van kondome, respondente steeds seksuele-omgang assosieer met siekte, vroeë sterfte, dood en gevaar nie. Respondente se kulturele konteks mag dus ’n belangrike rol speel in seksualiteit en die vrou se identiteit as seksuelewese.

Nog twee (2) respondente wat seksuele-omgang as negatief ervaar gee die volgende redes:

“I can say **sex is just a part of an exercise**. (*What do you mean with exercise?*) Because I’m not doing it each and every day so I can say maybe I do it once a month. (*So if you have to do it more than once a month will you still enjoy it?*) I’ve never tried it. (*So have you never had sex more than once a month?*) No. (*How does your boyfriend feel about it?*) He doesn’t mind because we are staying far from one another.” –Tebelo

“To me it’s **like an exercise, but I don’t like it that much**. Ja, I just have it sometimes, maybe once in a month or twice. What can I say, **I just don’t like having it.**” -Kagiso

Bogenoemde aspekte is volgens die navorser aanduidend van respondente se seksuele plig teenoor hul seksmaats, asook seksuele-omgang wat vereenselwig word met oefening een tot twee maal per maand. Hierdie aspek kan moontlik verband hou met oortuigings in die Afrika-kultuur dat seksuele-omgang van groot belang is vir psigologiese en liggaamlike welstand. Van Dyk (2001:122) verduidelik dat daar in tradisionele Afrika geglo word dat die vloeistowwe wat met seksuele-omgang gepaard gaan die uitruiling van die “gawe van die self” is, en waar laasgenoemde weerhou word die betrokke individu(e) siek kan word. Bogenoemde respondente mag om hierdie rede dan ook voel dat seksuele-omgang ten minste een tot twee maal per maand beoefen moet word.

Nog 'n respondent verduidelik onder hierdie sub-tema die verloop van haar gevoelens rondom seksuele-omgang soos volg:

“You know because of the stigma attached to this (HIV) epidemic, when I had sex before, not now, now I'm strong- I've had the virus for 19 years, but at first it was very difficult to think about sex because **I was told that it's only sex that put me in trouble**. To me comes (as a reason for HIV infection) only sex, sex, sex. I was told not to do sex because this thing can bring trouble. **I was angry with myself. I was angry at my partner. I was angry at the world. I was angry at everybody.** (*How do you perceive sex now?*) **Now sex is fine.** I think people who are living with HIV/AIDS they are like all the (other) people- they must have a partner because you must rely on somebody. If you rely on somebody you feel honoured to have somebody next to you, but you need to take care of yourself whether it's rain or thundering you must use condoms if you want to prolong (your life) and you must be honest with yourself.” -Pulane

Dit blyk dat hierdie respondent se kennis en insig rondom MIV en VIGS, haar tot insig gebring het dat 'n seksmaat ondersteuning kan bied en dat veilige seksuele-omgang steeds geniet mag word ten spyte van 'n positiewe serostatus. Die navorser is van mening dat die meerderheid respondente se negatiewe gevoelens rondom seksuele-omgang verband hou met MIV-stigma, onrealistiese vrese rondom seksuele-omgang en kulturele-oortuigings. Respondente se vrese mag veral verband hou met vroeëre boodskappe wat deur die media rondom MIV en VIGS verprei is. Orr en Patient (2004:11) verwys byvoorbeeld na voorstellings deur die media en kenners dat almal met MIV en VIGS gaan sterf.

9.3.2.8 Sub-tema 2.8: Keuse in seksmaats

Onder hierdie afdeling let die navorser op hoe respondente in die verlede 'n seksmaat gekies het in vergelyking met hoe repondente noudat hul bewus is van hul positiewe serostatus, 'n seksmaat kies. Hierdie vergelyking mag volgens die navorser relevant wees om te bepaal of respondente se keuses van 'n seksmaat in die verlede moontlik enige MIV-risiko's meegebring het, en of respondente se bewustheid van hul serostatus 'n invloed uitoefen op keuses in 'n seksmaat en andersom. Dit mag dui op belangrike MIV-risiko's vir jong vroue in die Limpopo Provinsie en ook dui op hul benaderings tot gesondheidsbevorderende gedrag, en dus die mate van insigontwikkeling wat rondom positiewe gesondheidsgedrag voorgekom het.

Die helfte (6) respondente noem dat seksmaats in die verlede hoofsaaklik gekies is om finansiële steun te bied:

“Maybe he **buy me lunch** or something.” -Bontle

“I looked for the one who’s working. I want **someone who can support me.**” -Sesi

“**He must work** and understand my (financial) situation.” -Bonolo

“That’s what I wanted- to live a nice life with a nice guy. (*So were you looking for a man who was financially stable?*) Yes, it was important. You know guys, they have many ways of attracting us. **They will buy you things, take you out. And when you look at your family, they don’t do such things for you.**” -Kefilwe

“**Because of our suffering life I was looking for a boyfriend who was working.**” -Mpho

“**He showed me the money and I accepted, but this came after sex.**” -Pulane

Dit blyk dat die helfte (6) van die respondente se keuses in eerste seksmaats sterk gedryf is deur hul finansiële omstandighede. Die navorser wil laasgenoemde veral in verband bring met Tabel 3 wat aandui dat die meerderheid (7) respondente steeds woonagtig is saam met ’n enkelouer (moeder of tante) en moontlik nie toegang gehad het tot genoegsame finansiële ondersteuning vanaf die ouer nie. In drie (3) gesinne in hierdie studie is alle gesinslede insluitende die respondent werkloos, en in vier (4) gesinne in hierdie studie het slegs die respondent ’n inkomste. Natrass (2004:27) verwys na ’n verslag gedurende die onlangse hongersnood in Zambië waar vroue genoem het dat hul eerder as gevolg van MIV en VIGS sal sterf as van honger. Dit blyk dus dat respondente se ekonomiese behoeftes van groter belang was in die keuse van ’n seksmaat, as wat hul gesondheid was. Verder blyk dit dat respondente se onkunde rondom hul eie gesondheid ook gekoppel kan word aan die keuse van ’n seksmaat, waar respondente veral gefokus het op aantreklikheid van die seksmaat. Ses (6) respondente het onder hierdie sub-tema ook genoem dat aantreklikheid ’n belangrike faktor was toe ’n seksmaat in die verlede gekies is.

Daar word vervolgens opsommend gelet op wat respondente tans as van belang beskou in die keuse van ’n seksmaat. Respondente het die volgende genoem wat hul huidige keuses in ’n seksmaat beïnvloed:

- ’n Seksmaat wat eerlik en betroubaar is.
- ’n Seksmaat wat die respondent met respek en as gelyke sal behandel.
- ’n Seksmaat waarop die respondent kan staatmaak en wat na die respondent sal omsien.

- 'n Seksmaat wat emosionele ondersteuning sal bied en insig sal hê van die respondent se situasie (MIV-positiewe status).
- 'n Seksmaat met wie die respondent openlik kan gesels oor probleme.
- 'n Seksmaat wat enige probleme wat mag voorval sal hanteer.
- 'n Seksmaat wat nie kwaad of aggressief word nie.
- 'n Seksmaat wat vir die respondent lief sal wees.
- 'n Seksmaat wat met die respondent sal trou en saam met die respondent 'n gesin sal begin.

Uit bogenoemde was dit vir die navorser opvallend dat eerlikheid en betroubaarheid veral van belang is vir respondente. Respondente het byvoorbeeld die volgende genoem rondom hierdie aspekte:

"It's because like right now we have foreigners né, so if I don't have someone who is trustworthy he would go and have sex with someone else who is coming from the other side. *(Do you mean from another country?)* Yes, so that person may be having the HIV too. Then he won't be using a condom because we would say that we are partners. So we have to be trustworthy." -Kagiso

"We blacks, you will find there are guys who are staying (having sexual relationships with) five girls. Even in the same place like here in Warmbad one guy can stay with five girls. *(Do the girls know about each other)* Sometimes they know, sometimes they don't. Like the time I was staying with that guy (first boyfriend) **he was seeing another girl behind my back** and the girl used to know me, but I didn't know anything. I just found out later." -Kefilwe

"Somebody who is honest. *(Why is honesty important to you?)* Because if he's not honest both of you are at risk for STI's and HIV." -Pulane

Eaton *et al.* (2003:151-160) konstateer dat jong Suid-Afrikaanse mans glo dat dit hul reg is om meervoudige seksmaats te hê. Bogenoemde respondente toon dat hul wel bewus is van hierdie houdings rondom meervoudige seksmaats onder mans in Suid-Afrika, maar toon ook dat hul bewus is van die belang daarvan om slegs een seksmaat te hê ten einde MIV-infeksie of -herinfeksie te verlaag.

Aangesien respondente MIV-positief is sou die navorser verwag dat aspekte soos gereelde MIV-toetsing van die seksmaat, asook die seksmaat se gewilligheid om deurlopend van kondome gebruik te maak, hier genoem sou word. Dit blyk egter vir die navorser dat MIV-positiewe respondente eerder fokus op eienskappe in 'n seksmaat wat respondente se daaglikse lewens kan verbeter wanneer 'n seksmaat

gekies word. Hierdie eienskappe in 'n seksmaat dui vir die navorser op respondente se behoefte om 'n liefdevolle en ondersteunende verhouding met 'n seksmaat te hê. Laasgenoemde mag ook verband hou met respondente se behoefte om in die huwelik te tree en 'n permanente verbinding met 'n seksmaat te hê. Een respondent noem:

“He must **stay with me and marry me.**” -Katlheo

'n Ander respondent noem dat haar keuse van 'n seksmaat verband hou met kinders:

“To share and then to **raise children together.**” -Bontle

Gupta (2000:4-5) verduidelik dat in baie kulture, moederskap soos maagdelikheid beskou word as 'n vroulike ideaal. Dit blyk dat hierdie ideaal ook onder MIV-positiewe vroue gevind word.

Twee (2) respondente het egter genoem dat hul tans nie belangstel om 'n seksmaat te hê nie:

“It (having a partner) is not important now. **I'm sick. I don't want one (a partner).** HIV is dangerous and I live with it. The sex-thing will kill a boyfriend. I want a boyfriend only for a short time and he must use a condom.” -Bonolo

“**I don't like men** now.” -Lebo

Onrealistiese vrese kom hier weer eens na vore, terwyl negatiewe teenoor mans ook waargeneem kan word, moontlik juis as gevolg van respondente se MIV-status.

9.3.2.9 Sub-tema 2.9: Huidige seksmaats en kondoomgebruik

Onder hierdie afdeling sal daar gepeog word om te kyk na die houdings van respondente se seksmaats rondom kondoomgebruik, wat aanduidend mag wees van watter invloed die huidige seksmaat op respondente se gesondheid uitoefen, noudat hierdie vroue almal bewus is van hul MIV-status. Tien (10) van die 12 respondente is tans in 'n verhouding met 'n seksmaat. Ses (6) van hierdie respondente noem dat hul seksmaats positief gereageer het toe hul gevra is om van kondome gebruik te maak tydens seksuele-omgang. Respondente noem die volgende:

“Even when I came to the support group **I used to tell him what we are talking about.** So **since then we have been using condoms** and my recovery at the doctor is very good. (So does your husband mind using condoms?) No. (Are you transferring all the information to him?) Ja, I teach him.” -Kefilwe

“The only thing he said was ‘**You must teach me more about HIV and AIDS.**’” -Lerato

“He understand my situation because **I told him I have HIV and every time we have sex we must use a condom.** (*Is he also HIV positive?*) No. (*Did he go for HIV testing?*) Yes but he must come here (to the clinic) on Monday next week and test again.” -Bonolo

Dit blyk dat hierdie seksmaats se positiewe reaksie op kondoomgebruik verband hou met twee belangrike aspekte:

- Eerstens het kondoomgebruik voorgekom waar respondente hul MIV-status aan ’n seksmaat bekend gemaak het en dit met die seksmaat bespreek het.
- Tweedens het kondoomgebruik voorgekom waar die seksmaats self MIV-toetsing ondergaan het en dus bewus was van hul eie MIV-status.

Twee (2) respondente het probleme ervaar om hul seksmaats te oortuig om van kondome gebruik te maak, hoewel die seksmaats uiteindelik ingestem het tot kondoomgebruik:

“It was difficult for him. He told me that it was his first time. (*Has he never used a condom before?*) No. (*Did he know how to put the condom on?*) I did help... He said yes (he will use a condom) **but that ‘yes’ was not ok- it did not come from the heart.** (*How does he feel about using a condom now?*) He’s ok now and he’s enjoying (sex with a condom).” -Karabo

“He said to me it was very difficult. **He said ‘This is plastic’.** I said to him ‘Wear this because otherwise you are going to die. Just do the plastic. We don’t have a choice. You make the choice, we stop having sex for the rest of our lives or we use the condom’ and he said ‘Let’s use the condom’. **He take a long time not having sex with me. I don’t know (if he had sex) outside (the marriage).**” -Pulane

Bogenoemde twee seksmaats se gevalle dui op ’n tekort aan relevante kennis sowel as die voorkoms van negatiewe houdings teenoor kondoomgebruik. Hierdie twee aspekte behoort veral deur die maatskaplike werker in ag geneem te word wanneer die seksmaat gedurende berading betrek word.

Twee (2) respondente maak nie deurlopend gebruik van kondome saam met hul huidige seksmaats nie. Een (1) van hierdie respondente gee die volgende rede:

“We have **always used a condom except for when we plan for the baby.** I just brought him here (to the clinic) to talk to the counsellors. They talk to him and then he understood (why he should use a condom).” -Kagiso

Wat hierdie respondent aanbetref verduidelik Van Dyk (2001:121) dat dit nodig is om aan Afrikane te verduidelik hoe om hulself teen seksueeloordraagbare siektes en MIV te beskerm, en om somtyds onbeskermd seksuele-omgang te hê ten einde kinders te

kan hê. Die navorser is van mening dat hierdie respondent die korrekte stappe geneem het in 'n poging om swanger te raak deur haar seksmaats na die kliniek te neem waar prosedures aan hom verduidelik is. Dit blyk vir die navorser dat respondente wat hul seksmaats oortuig om 'n kliniek te besoek meer samewerking tot 'n veilige seksueleverhouding met die seksmaat kan bewerkstellig. Laasgenoemde mag veral verband hou met inligting wat op 'n verstaanbare wyse deur maatskaplike werkers en mediese personeel by klinieke oorgedra kan word.

Die ander respondent wat nie deurlopend van kondome gebruik gemaak het nie noem:

“Ai, he doesn't want to use it (a condom). He doesn't explain it, he just say he doesn't like the condom. But I explained the risk. He just say he'll never get HIV, he don't know how (it can happen to him). We use (a condom) sometimes and sometimes not. We have sex without condoms more often.” -Bontle

Negatiewe houdings teenoor kondoomgebruik blyk algemeen voor te kom onder Afrika-mans. 'n Ander respondent wat nie tans in 'n seksueleverhouding is nie, noem dat haar vorige seksmaat ook negatief gereageer het toe hy gevra is om van kondome gebruik te maak tydens seksuele-omgang:

“He said 'no, I hear your status but I don't use the condom, so never come again to me to have sex'.” -Mpho

Van Dyk (2001:121) noem dat kondome nie baie populêr is in Afrika nie en dat Westerlinge die tekort aan kondoomgebruik dikwels toeskryf aan promiskuïteit, onderdanigheid of 'n tekort aan morele- en godsdienstige waardes. Laasgenoemde toon min insig van die Afrika-filosofie en -kultuur aangesien daar ten spyte van sosiale en politiese probleme, diep-gewortelde oortuigings teen die gebruik van kondome bestaan soos dat kondome die “rypwording van die fetus” voorkom tydens swangerskap en dat kondome die “gawe van die self” blokkeer tydens seksuele-omgang. Respondente is egter almal bewus van hul MIV-positiewe status en kondoomgebruik is dus van groot belang vir hierdie vroue en hul seksmaats se gesondheid. Soos reeds bespreek word besluitneming rondom kondoomgebruik dikwels beïnvloed deur die seksmaat. Daar bestaan dan ook ekstreme gevalle waar die seksmaat bereid is om sy seksueleverhouding op te gee eerder as om van kondome gebruik te maak. Die navorser is oortuig dat twee redes moontlik aangevoer mag word vir hierdie negatiewe houding teenoor kondoomgebruik, naamlik dat Afrika-mans voel dat sekere tradisionele waardes en -oortuigings ondermyn word deur kondoomgebruik

en dat Afrika-mans nie seksuele-omgang met kondome geniet nie. Seksueleplezier en kondoomgebruik sal dan ook later meer volledig in hierdie hoofstuk bespreek word.

9.3.2.10 Opsomming van Tema 2

Hierdie tema het getoon dat meer as die helfte van die respondente se gesinslede nooit met hul oor seks gepraat het nie as gevolg van 'n tekort aan seksuele inligting in die gesin, omdat bejaardes die respondent groot gemaak het of as gevolg van kulturele-oortuigings wat ouers daarvan weerhou om met kinders oor seks te praat. Respondente wie se gesinslede wel met hul oor seks gepraat het, het inligting oorgedra wat vaag was en respondente het nie verstaan wat seks impliseer nie. Ongeveer die helfte van die respondente het eers tydens eerste seksuele-omgang uitgevind wat seks is. Respondente se kennis rondom swangerskap, kondoomgebruik, seksueeloorloordraagbare infeksies en MIV en VIGS was beperk tydens eerste seksuele-omgang. Die meerderheid respondent het hul seksmaats nie lank geken voordat eerste seksuele-omgang voorgekom het nie, en kondome is ook selde gebruik tydens eerste seksuele-omgang. Waar respondente blootgestel is aan inligting rondom kondoomgebruik en MIV en VIGS, blyk dit dat inligting dikwels vaag was of dat inligting aan respondente bekend gemaak is nadat eerste seksuele-omgang reeds voorgekom het. Druk is ook op respondente uitgeoefen om seksueel-aktief te raak. Die meerderheid respondente ervaar seksuele-omgang tans as negatief as gevolg van die voorkoms van MIV en VIGS. Waar respondente se keuses rondom seksmaats in die verlede hoofsaaklik verband gehou het met finansiële bystand, kies respondente tans seksmaats wat as betroubaar en eerlik beskou word. Ten minste die helfte van respondente se huidige seksmaats het ook positief gereageer waar respondente kondoomgebruik aangevra het.

9.3.3 Tema 3: Die vrou as versorger

Die navorser wil onder die vrou se rol as versorger let op wat haar daaglikse take en versorging van die gesin behels asook die versorging van ander siek gesinslede, en die moontlike invloed hiervan op die vrou se gezondheid. Tabel 4 dui daarop dat agt (8) respondente kinders het, terwyl slegs twee (2) van hierdie agt (8) respondente met kinders ook eggenote het. Marcenko en Samost (1999:37) noem dat vroue die primêre versorgers van hul kinders is, en hierdie studie dui ook daarop dat die

meerderheid respondente wel primêre verantwoordelikheid dra vir die versorging van kinders.

Daar word eerstens gelet op respondente se take tuis. Elf (11) respondente onderneem daaglikse die volgende take tuis:

- Huis skoonmaak.
- Kos kook.
- Skottelgoed was.
- Klere en beddegoed was.
- Na kinders omsien soos om hul te bad, kos vir hul voor te berei en met skoolwerk te help.
- Versorging van babas.
- Versorging van 'n groentetuin en ploeg van grond.

Daar behoort in ag geneem te word dat hierdie take onder vroue in die diep-platteland asook in semi-landelik/stedelikegebiede van Limpopo Provinsie dikwels vereis dat vroue water aandra om klere, beddegoed en skottelgoed te was, kinders te bad en vir huishoudelike gebruik. Verder moet vroue dikwels vure maak waarop kos voorberei word. Respondente wat nie kinders het nie noem dat hul ook verantwoordelik is vir die versorging van jonger broers en susters, jong kinders van broers en susters asook jonger nefies en niggies. Agt (8) respondente werk tans, maar is ook verantwoordelik vir huishoudelike take. Een (1) respondent beskryf haar verantwoordelikhede soos volg:

"I'm working and then I'm a girl at home. I'm doing washing, I'm cooking, I'm cleaning- I do everything. You know sometimes I say to myself 'This make me angry'. **I'm carrying a big, a huge load.** I must make sure everything at work is running smooth and I take care of so many people working here. At home I'm taking care of four people. **Every weekend I'm working like a slave.** I say to myself 'When you are HIV positive you must exercise, but this is over-exercise because I tell you every Monday when I come to work I'm so tired. I wish I can sleep the whole day. *(So you are mostly tired when the two boys are home on weekends?)* Yes, and **their father, he's so lazy.** He just take the clothes and throw it down. He eats and leaves his dishes. He will scream from the bathroom 'Bring me a towel, bring me this'." –Pulane

Fuhrer en Stansfeld (2002:811) is van mening dat die MIV positiewe-vrou min aan haar situasie as moeder en versorger kan verander ten einde voordele daaruit te trek, indien daar nie veranderings in kulturele-oortuigings ten opsigte van geslagsrolle plaasvind, en die man 'n verantwoordelike rol as vader en mede-versorger inneem nie.

Studies deur die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) noem dat 'n tekort aan verantwoordlikheid vanaf die vader in die gesin, MIV positiewe-vroue in moeilike omstandighede laat. Druk wat op vroue geplaas word om huishoudelike-sowel as ekonomiese verantwoordelikhede te dra, laat dan min tyd oor vir die versorging van die kinders of die vrou se eie behoeftes. Bogenoemde respondente se situasie is aanduidend van ekonomiese- en huishoudelike verantwoordelikhede wat op vroue geplaas word. Verder blyk dit dat die vrou se rol as versorger onder Noord-Sotho/Tswana-sprekendes steeds gekenmerk word aan die vrou se tradisionele verantwoordelikhede wat die versorging van haar man aanbetref.

'n Ander respondente noem:

“Actually it’s too difficult- it’s very, very difficult. (Why?) Because of being a single parent everything is about you. When there’s no mealie meal-it’s you. The school fees and everything and you know sometimes you find you don’t have money to maintain the children but you just have to survive through that things that are there at that time. **Sometimes you find that the children they try to get something from you and you can’t get it for them. It’s a lot of stress.** First time (when the children wanted something I couldn’t give them) I was shouting at them, but I told myself I will never shout again and just respond positively and say ‘As you can see my daughter I don’t have anything. Do what you want to do to me, but because I have no money there’s nothing I can do. Just accept the way that things are.’” – Karabo

Hoewel respondente se ekonomiese behoeftes en finansiële situasie nie onder hierdie afdeling bespreek word nie is dit wel van belang om reeds hier te noem dat respondente duidelik ernstige finansiële druk ervaar in die versorging van hul gesinne. In geval van hierdie spesifieke respondente is die respondente verantwoordelik vir vyf (5) kinders wat almal steeds by haar woon, terwyl die respondente tans die enigste gesinslid met 'n inkomste is.

Nog 'n respondente noem:

“I just feel tired when I finished the work (ploughing) in the mid-day.” –Lebo

Dit blyk dat respondente in diep-plattelandsegebiede steeds verantwoordelik is vir tradisionele take soos ploeg. Gysels *et al.* (2002:183) verduidelik dat die man tradisioneel veronderstel is om die gesin se kontant inkomste te genereer, terwyl die vrou verantwoordelik is vir tuiswerk, bestaansekonomiese landbou, reproduksie (voortplanting) en versorging van kinders. Daar word na 'n vrou in Afrika verwys as

“sittend” wanneer sy getroud is, wat daarop dui dat sy uitgesluit is van ekonomiese verantwoordelikhede. Hierdie term dui op ’n totale tekort aan waardering vir tuiswerk wat deur die Afrika-vrou verrig word. Hoewel die meerderheid (9) respondente nie getroud is nie, blyk dit dat die vrou steeds verantwoordelik is vir al die tradisionele take wat tuiswerk, bestaans ekonomiese landbou en versorging van kinders insluit, maar ook wyses moet vind waarop ’n kontant inkomste gegeneraar kan word.

9.3.3.1 Sub-tema 3.1: Versorging van siek gesinslede

Respondente moet ten spyte van hul MIV-positiewe status dikwels ook omsien na ander siek gesinslede. Vyf (5) respondente noem dat hul verantwoordelik is vir die versorging van ’n siek gesinslid:

“Yes, it was (I cared for) my **mother** who passed away in December(2008).” –Bontle

“Yes, I’ve got my **daughter** who is on ARV (anti-retroviral medication). (*Is she HIV positive?*) Yes. (*Is she very sick at the moment?*) No she’s ok. She’s taking her vitamins, she’s ok. I have to give her, her treatment everyday in the morning and in the evening. (*Do you have any other family members that you have to care for?*) Yes, my **mother** she’s not ok. It was so difficult because in the morning I had to travel to my mother and see how did she sleep and then come back to work again. Then in the evening I have to go there from work and see how she did spend the day.” –Mpho

“Yes, my **sister** had a stroke and she had no children, then I go (to her) home and take her and I stay with her at my home. (*What does caring for her involve?*) I have to wash her and wash her clothes. She can feed her(self) with her one hand. I just prepare food and then give her then she eat (by) herself.” -Karabo

“Ja, my **mother**. I’m doing everything for her. She has high blood (pressure) and had an operation to take the womb out. My **sister** is also HIV positive but she can still look after herself.” –Katlheho

“My **mom**. She is (HIV) positive and she has to eat healthy so I buy food for the balanced diet. (*How long has your mom been HIV positive?*) Close to 20 years.” –Lebo

Sommige respondente sien ten spyte van hul eie MIV-positiewe status na meer as een siek gesinslid om. Hoewel respondente ook noem dat sommige van hul siek gesinslede steeds na hulself kan omsien, behoort die spanning wat siek gesinslede se siekte vir respondente mag meebring ook in ag geneem te word waar daar na die vrou as versorger gekyk word. Drie (3) respondente noem dat hul ander MIV-positiewe gesinslede het. Hierdie respondente mag volgens die navorser konstante spanning

ervaar as gevolg van die aard van die siekte. Twee (2) respondente wat elk twee MIV-positiewe kinders het verduidelik hul situasie soos volg:

“My first born and my last born (are HIV positive). *(How old is the first born now?)* **She is 21** and the last born she is still a baby. The last one is HIV positive because of me (mother to child transmission). *(How is the health of your youngest child who is HIV positive?)* Now she’s ok because of the treatment. Ja, she was having on and off. She was not ok. Then the doctors take her CD4 count and it was dropping and then they start her with ARV (antiretroviral treatment) last year around June. *(How old is she?)* **She’s nine.** *(How does she handle her HIV positive status?)* Actually I don’t know if she’s really understanding what’s going on. She knows the treatment and even when I’m not there (at home) I just call and she say ‘Mamma I already prepared my treatment’. I try to help her to care for herself because I know one day I must die and she must look after herself. *(Is she open about her status for example at school?)* No, actually that’s why I’m saying I don’t know if she’s really understanding because the doctor just told me that I have to disclose her status to her but I don’t think it’s a really good thing because she’s still young. *(Have you ever told her that she’s HIV positive?)* No, I didn’t tell her. I don’t know if she knows because I’m just talking sometimes (about HIV) but I’m not talking to her (saying) ‘You’re HIV positive’ or what. Even herself she didn’t ask me about the medication, what (it’s) for. *(Has she ever asked why she has to drink medication?)* No. *(You said her health wasn’t good last year?)* Yes, she was having oral thrush. *(Did she ask for any information when they put her on ARV’s last year?)* No, **that treatment (ARV’s) is for life** and she knows she has to take her treatment. **But the thing is what I’m going to tell her when she’s asking about the treatment? That is still most on my mind.”** –Karabo

“Both two kids of mine they are also HIV-positive and it’s hard for me to cope with my own status and also theirs.” –Sesi

Marcenko en Samost (1999:37) is van mening dat die MIV-positiewe moeder haar kinders probeer onderhou met beperkte middele tot haar beskikking, waar sy moet sorg vir ’n kind wat terminaal siek is, en ook haar eie skuldgevoelens en self-blamering probeer verwerk. Dit blyk vir die navorser dat bogenoemde respondente veral spanning ervaar rondom hul kinders se MIV-status, wat moontlik ook ’n invloed op die respondent se gesondheid mag uitoefen. Daar word vervolgens kortliks gelet op respondente se take tuis en hul gesondheid.

9.3.3.2 Sub-tema 3.2: Invloed van take op die versorger se gesondheid

Uit die 12 respondente het nege (9) respondente genoem dat hul daaglikse take tot oormatige uitputting lei, terwyl twee (2) respondente genoem het dat hul nie oormatig uitgeput word deur hul daaglikse take tuis nie. Een (1) respondent wat geen take tuis onderneem nie, noem dat haar werk wel stresvol is en ook ’n mate van uitputting veroorsaak. Respondente noem die volgende rondom hul daaglikse take as versorger en hul gesondheid:

"I think **it affects my health** because the last time **I was sick with oral thrush** and the doctor said to me 'You must go and rest- it's stress. You are tired. You need help' and I gave me a week off and I rested. It (daily tasks at home) makes me very tired." -Pulane

"**I feel tired.** If I do washing and clean the house and **the baby didn't sleep the whole night, that is when I feel tired.**" -Bontle

(Do you think your daily tasks have an influence on your health?) Yes, really, really I do. **Sometimes I just force myself to do this kind of job** (tasks at home), **but I don't feel to do it-** there's nothing I can do. **My first born she's just a naughty girl- she just left whenever she wants and then left her daughter here.**" -Mpho

"After washing the washing (clothing) **I feel tired.** I have a problem with backache, that's why I get a disability grant. So after doing the washing I feel tired and there's pain in the back. *(Do you think you become more tired doing these tasks because you are HIV positive?)* I think so. **I never had this problem before- like it is now.**" -Karabo

Esu-Williams (2000:123) is van mening dat Afrika-vroue gekondisioneer word met die idee dat hul eie lewens van minder belang is as die van hul mans en kinders. Evans en Steptoe (2002:482) is van mening dat patrone soos bo deur respondente genoem veral relevant is vir vroue, aangesien vroue steeds verantwoordelik bly vir die meeste huishoudelike take, selfs waar beide die man en die vrou 'n beroep beoefen of werk. Die navorser is oortuig dat respondente se take tuis 'n definitiewe invloed uitoefen op hul gesondheid. Bogenoemde respondente se situasie dui daarop dat hierdie vroue meestal alleen verantwoordelik is vir hierdie take, en dikwels ook na kleinkinders moet omsien wat in hul sorg gelaat word.

Slegs een (1) respondent het genoem dat haar eggenoot haar soms help met take tuis: "Sometimes he helps me clean when I'm busy. **He cleans, he can even cook.**" -Kefilwe

Dit blyk dan dat bogenoemde 'n uitsondering is onder Noord-Sotho/Tswana-sprekende egpare.

9.3.3.3 Opsomming van Tema 3

Hierdie tema het aangedui dat vroue die primêre versorgers van hul kinders is. Vroue is ten spyte hiervan ook verantwoordelik vir diverse take tuis, wat aanleiding gee tot oormatige uitputting. Vroue is verder verantwoordelik vir die versorging van ander siek familieledes, soos moeders asook die versorging van hul eie MIV-positiewe kinders, wat spanning by hierdie vroue veroorsaak.

9.3.4 Tema 4: Die vrou as moeder

Onder hierdie afdeling word daar gelet op die vrou se rol as moeder wat die voortbring van kinders, die omstandighede waarin die vrou haarself as moeder bevind asook kulturele-aspekte wat 'n invloed mag uitoefen op moederskap en die voortbring van kinders, aanbetref.

Tabel 6: Swangerskap en kinders

Respondent kode	Ouderdom *TES	Aantal kinders wat respondent wou hê	Aantal kinders wat respondent het	Aantal kinders afgesterf	Aantal miskrame	Aantal aborsies
Kagiso	21	4	1	2	geen	1
Lerato	20	3	geen	geen	geen	1
Mpho	18	6	4	geen	1	geen
Pulane	23	2	3	geen	geen	geen
Sesi	17	2	2	geen	geen	1
Karabo	18	onseker	5	1	1	geen
Bonolo	18	2	2	geen	1	geen
Kefilwe	19	3	geen	geen	1	geen
Lebo	30	2	1	geen	geen	geen
Bontle	16	2	2	1	geen	geen
Katleho	29	3	geen	geen	1	geen
Tebelo	25	2	geen	1	geen	geen

*Tydens eerste swangerskap

9.3.4.1 Sub-tema 4.1: Ouderdom tydens eerste swangerskap

Hierdie sub-tema hou ook verband met die vrou se rol as seksuelewese wat getoon het dat die helfte (6) respondente nie bewus was van die risiko vir swangerskap tydens eerste seksuele-omgang nie, hoewel hierdie sub-tema eerder let op ouderdom van respondente tydens eerste swangerskap. Tabel 6 toon dat respondente se ouderdomme tydens eerste swangerskap gewissel het tussen 16-30 jaar. Vyf (5) respondente was onder die ouderdom van 19 jaar tydens eerste swangerskap, terwyl sewe (7) respondente 19 jaar of ouer was tydens eerste swangerskap. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:45) verduidelik dat ten spyte van die afnames in geboortesiferys in Suid-Afrika, 'n studie gedurende 1998 getoon het dat 35% van alle meisies onder die ouderdom van 19 jaar alreeds 'n kind gehad het of swanger was. Mill en Anarfi (2002:326) is van mening dat kulturele-oortuigings en -gebruike wat verband hou met vrugbaarheid, seksualiteit en geslag belangrike

struikelblokke kan veroorsaak in die aanneem van MIV-voorkomende strategieë vir vroue. In die meeste Sub-Sahara Afrika-lande word 'n vrou se sosialestatus ook direk bepaal deur haar vermoë om kinders voort te bring.

Die navorser is van mening dat bogenoemde veral verband hou met respondente se kennis rondom swangerskap. Onder die vrou as seksuelewese is daar reeds bevind dat die helfte (6) van die respondente nie bewus was van die risiko vir swangerskap tydens eerste seksuele-omgang nie. Van hierdie ses (6) respondente het drie (3) respondente swanger geraak op dieselfde ouderdom as waarop eerste seksuele-omgang voorgekom het, dit wil sê op 18 (twee (2) respondente) en 21 jaar. Een van hierdie respondente noem:

“The first time I get with that boy (first boyfriend) then **the first time we do sex I get pregnant.” -Mpho**

Verder blyk dit dat risiko-gedrag steeds voorgekom het onder die ses (6) respondente wat wel bewus was van die risiko vir swangerskap tydens eerste seksuele-omgang, aangesien twee (2) van hierdie respondente swanger geraak het op dieselfde ouderdom as waarop eerste seksuele-omgang voorgekom het. Hierdie swangerskappe het onderskeidelik op die ouderdomme van 16 en 19 jaar voorgekom.

Bogenoemde dui aan dat swangerskappe vir ten minste vyf (5) respondente op dieselfde ouderdom voorgekom het as wat eerste seksuele-omgang voorgekom het. Die navorser is van mening dat die maatskaplike werker ag behoort te slaan daarop dat jong vroue wat vir die eerste keer seksueel-aktief raak, 'n groot kans staan om op dieselfde ouderdom swanger te raak, en dat die bewustheid van die risiko vir swangerskap tydens eerste seksuele-omgang, nie noodwendig gepaard sal gaan met voorsorgmaatreëls om swangerskap te voorkom nie.

9.3.4.2 Sub-tema 4.2: Aantal swangerskappe en kinders per respondent

Hoewel al 12 respondente al swanger was, het vier (4) respondente geen kinders nie, terwyl agt (8) respondente altesaam 20 kinders het. Laasgenoemde getal sluit twee (2) respondente in wat elk een (1) kind het, drie (3) respondente wat elk twee (2) kinders het, een (1) respondent wat drie (3) kinders het, een (1) respondent wat vier (4) kinders het en een (1) respondent wat vyf (5) kinders het, in. Indien afgestorwe

kinders, miskrame en aborsies ingesluit word onder al 12 respondente, het daar 33 swangerskappe voorgekom, wat dus dui op 2.75 swangerskappe per respondent, maar slegs 1.6 kinders per respondent.

’n Vergelyking in geboortesifers tussen Suid-Afrika en Sub-Sahara Afrika toon dat Suid-Afrika se geboortesifers aansienlik laer is as dié van ander Afrika-lande. Suid-Afrika se ervaring van die vrugbaarheidstransisie is dus die mees gevorderde in Sub-Sahara Afrika. Suid-Afrika toon demografiesetendense wat ooreenstem met beide ontwikkelende en ontwikkelde lande en hierdie tendense hou verband met sosio-ekonomiese onderskeid volgens ras en stedelike/plattelandse faktore. Waar die gemiddelde aantal kinders per vrou gedurende 1950-1970 in Suid-Afrika ongeveer 6-7 kinders was het dit gedaal na 4-5 kinders tussen 1980-1995. Dit gemiddelde aantal kinders per vrou (alle rasse-groepe ingesluit) is tans 2,9 (*Departement van Maatskaplike Ontwikkeling*, 2001:42). Die navorser is oortuig dat die aantal kinders per vrou in hierdie studie minder is as die Suid-Afrikaanse gemiddeld vir alle rasse-groepe ingesluit, aangesien hierdie vroue MIV-positief is, en nie omdat hierdie vroue afkomstig is vanuit ’n spesifieke kultuurgroep nie.

Tabel 6 dui aan hoeveel kinders respondente graag wou hê voordat hul ooit kinders gehad het en hoeveel kinders respondente tans het. Meer as die helfte (7) van die respondente het tans minder kinders as wat hul wou hê. Een van hierdie respondente noem:

“How can I want fewer children. I’m old and I’m HIV positive.” -Pulane

Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:49) verduidelik dat die gaping tussen vroue se voorkeure van wanneer swangerskappe gewens is, en die sifers van wanneer swangerskappe wel voorkom, aanduidend is dat Suid-Afrikaanse vroue beperkings ervaar ten opsigte van reprodktiewe besluitneming. Die ideale aantal kinders wat vroue wou hê en die aantal kinders wat vroue wel het, stem ook nie ooreen nie, wat weer eens aanduidend is van ongewenste swangerskappe onder Suid-Afrikaanse vroue. Drie (3) respondente het tans die aantal kinders wat hul graag wou hê, terwyl twee (2) respondente meer kinders het as wat hul graag wou hê. Een (1) van laasgenoemde respondente het tans vyf (5) kinders en die ander respondent het vier (4) kinders. Die meerderheid (7) respondente het minder kinders as wat hul wou

hê, en hierdie studie verskil dus van die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* se studie onder Suid-Afrikaanse vroue in die algemeen. Die navorser is van mening dat die redes waarom respondente minder kinders het as wat hulle wou hê, verband mag hou met die voorkoms van miskrame, aborsies en die afsterwe van kinders onder MIV-positiewe vroue.

9.3.4.3 Sub-tema 4.3: MIV-status en miskrame, aborsies en die afsterwe van kinders

In hierdie studie was al 12 respondente al swanger, hoewel slegs agt (8) respondente tans kinders het. Van hierdie 12 respondente was sewe (7) respondente onbewus van hul MIV-status tydens al hul swangerskappe, terwyl vyf (5) respondente bewus was van hul MIV-status tydens latere swangerskappe. Een (1) respondent wat bewus was van haar MIV-status tydens 'n latere swangerskap noem die volgende:

“(Did you know your HIV status when you got pregnant?) Yes. (Did you want to become pregnant?) No because I was afraid my child will get HIV. I didn’t realise Nevirapine can protect my child. (Is she HIV positive?) No she’s fine.” -Bonolo

Aangesien die meerderheid (7) respondente onbewus was van hul MIV-status tydens al hul swangerskappe, mag dit 'n aanduiding wees van die belang vir alle seksueel-aktiewe vroue om MIV-toetsing te ondergaan. Sodoende kan MIV-voorkomende strategieë aan jong seksueel-aktiewe vroue oorgedra word en mag ongewenste geboortes ook beperk word.

In hierdie studie het vier (4) respondente kinders aan die dood afgestaan. Temmerman en Marres (1995:64) konstateer dat die voorkoms van swangerskappe in Afrika baie hoog is, en die gebruik van voorbehoedmiddels baie laag is, en wat MIV en VIGS aanbetref die Afrika-vrou poog om soveel moontlik kinders te hê voordat die siekte sy tol eis. Aangesien die meeste van hierdie MIV-positiewe kinders sterf, is die poging egter doelloos. Respondente noem die volgende:

“Two (children) passed away. The first one passed away when she was nine months old and then the second one passed away when he was eight days old. **(Were they HIV-positive?) I don’t know, I think so.** I just saw them sick. The first one was having oral thrush. The second one didn’t get sick for long. He just got sick for one day and then passed away. He was hot (had a fever) and then I brought him to the clinic and then they gave me medicines. So when we got back home then he was gone.” -Kagiso

“One has passed away- the middle child. (*What happened?*) Ai I don’t know, the sisters at the clinic said it was the problem with the liver. (*Was the child very young when she passed away?*) Five days. It was 1989.” -Mpho

“I had one (child) then she passed away before I know my status. (*How old was she?*) 1 month. (*Do you believe the child was HIV-positive?*) At that time not, but now yes I think so.” -Tebelo

“The one that passed away they say she was HIV-positive (eight years ago).” -Bontle

Mill en Anarfi (2002:326) noem dat die belang van vrugbaarheid ’n invloed uitoefen op besluitneming onder vroue gedurende swangerskap, waar hierdie vroue mag besluit om ’n swangerskap voort te sit ten einde die sosiale verwagtinge om kinders te hê, te vervul ten spyte van die risiko van MIV-oordraging van moeder na kind. In hierdie studie was al vier (4) respondente wat kinders aan die dood afgestaan het egter onbewus van hul MIV-status tydens swangerskap en het nie een van die respondente al MIV-toetsing ondergaan nie. Een (1) respondent was oortuig dat sy nie MIV-positief was op daardie tydstip nie en ’n ander respondent het eers nadat twee kinders oorlede is, uitgevind dat sy MIV-positief is.

Die navorser is van mening dat respondente wat kinders aan die dood afgestaan het, wel die kulturele verwagting van kinders hê vervul het, maar dat hierdie verwagting nie gegaard gegaan het met desperate pogings om swangerskappe voort te sit ten spyte van die voorkoms van MIV en VIGS nie. Daar kan dus nie aangeneem word dat respondente swangerskappe sal voortsit ten spyte van hul positiewe serostatus nie. Die navorser is wel van mening dat die sterftes van kinders bydra tot respondente se behoefte om meer kinders te hê as wat hul tans het. Die maatskaplike werker behoort ook hier in ag te neem dat siekte en sterfte onder respondente se kinders, ernstige spanning en emosionele gevolge vir respondente mag inhou, wat tydens berading aangespreek behoort te word.

Ten einde te bepaal hoe respondente wat nou bewus is van hul MIV-status, swangerskappe sal hanteer, behoort daar onder hierdie afdeling op twee aspekte gelet te word naamlik die voorkoms van aborties en of hierdie vroue steeds kinders wil hê ten spyte van hul positiewe serostatus. Drie (3) respondente het aborties ondergaan, waarvan een (1) van hierdie respondente na aanleiding van verkragting swanger geraak het. Twee (2) respondente noem die volgende:

“Yes, in 2004. **By that time I was sick (with HIV) so I thought the baby will be HIV-positive already because I was not on ART** (anti-retroviral treatment) by that time. I felt sad (after the abortion) but **I had no choice**. My CD4 count was 83 and then after the abortion my CD4 count was 3. So that’s when I started ART. (*Who was the father of the child?*) The partner I am with now. (*Did he support you during the abortion?*) Yes, he supported me. He thought it (the abortion) wasn’t something I had to do, but because I was sick he saw that I had to do it.” - Kagiso

“Yes, I did have an abortion. It was 2002 I think. (*Why did you have an abortion?*) Because at that time **my condition was not good, so the doctor said “Your condition is not good to have this baby”**. (*Did the doctor recommend the abortion?*) Yes, but he did first tell me about the risk and I did understand that I have two kids (already), I have to live for them, so then I do the abortion. (*How did you feel about the abortion?*) Ah, it was difficult but I did it because although I was four months pregnant and I did go to the theatre and then they just helped me back to the ward, because they say they can’t do it, the baby is too big. (*What happened then?*) They did do the other one for the spine (epidural) and then they put something in my vagina so that it can bring out the water and then after that I was bleeding and it’s when we go to the theatre. (*How did you feel about what was happening?*) I feel bad about that poor child because although I didn’t plan for that child I feel that I’m now killing it. (*Was the father of the child there to support you?*) No, he did run away. (*Did you ever see him again?*) No. (*Do you think you also decided to have the abortion because the father of the child left you?*) No, because that time I was four months (pregnant) I thought maybe he will come when the child comes, because we were keeping contacting (each other) with the phone.” -Sesi

Dit blyk dat aborsies onder respondente hoofsaaklik verband hou met hul gesondheid wat in gevaar gestel word deur die voorkoms van swangerskap. Respondente het dus gevoel dat hul gesondheid van groter belang is as om ’n swangerskap voort te sit. Laasgenoemde stem ooreen met die vrou as individuelewese waar respondente ’n behoefte ervaar om ’n positiewe sin van die *self* te skep deur te let op hul gesondheid en dus om langer te leef. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:49) verduidelik dat waar die voorkoms van MIV en VIGS en die nadele wat ’n swangerskap vir die vrou self asook haar bestaande kinders mag inhou, aborsies aansienlik toegeneem het in Suid-Afrika.

Albei bogenoemde respondente het ander kinders gehad voordat aborsies ondergaan is. Dit blyk dus dat respondente wat bekend is met hul MIV-status (veral hul CD4-seltelling) en reeds een of meer kinders het, meer geneig mag wees om aborsies te ondergaan. Dit blyk dat swangerskappe nie voortgesit word ter wille van die kulturele belang van kinders nie. Hierdie studie stem dus nie ooreen met ander studies wat aandui dat MIV-positiewe Afrika-vroue poog om soveel as moontlik kinders te hê voordat hul sterf nie. Dit sou egter tot voordeel van hierdie vroue se gesondheid wees

om swangerskappe te voorkom in plaas van aborsies te ondergaan, wanneer hul gesondheid nie swangerskap toelaat nie. Hierdie aspek behoort veral deur die maatskaplike werker aangespreek te word in oorleg met die multidissiplinêrespan ten einde swangerskappe wat gevaar mag inhou vir die vrou se gesondheid, te voorkom. Die navorser is egter van mening dat die voorkoms van aborsies onder respondente steeds bydra daartoe dat die meerderheid respondente noem dat hul minder kinders het as wat hul sou wou hê, aangesien aborsies nie ondergaan is om die aantal kinders te beperk nie, maar eerder ter wille van die respondent se gesondheid. Die voorkoms van aborsies onder vroue wat bewus is van hul MIV-status dui verder op onbeplande swangerskappe onder hierdie vroue.

Twee (2) van die vyf (5) respondente wat miskrame gehad het noem dat hul geen spesifieke gevoelens het rondom die miskrame wat voorgekom het nie. Drie (3) respondente wat miskrame gehad het, ervaar egter uiteenlopende gevoelens hieroor. Een (1) respondent noem dat haar lewe beter sou wees indien die kind oorleef het:

“(How did you feel after miscarriage?) By that time I didn’t have a problem. Right now, because I’m married, I’m at my house, I used to think about it (the baby that I miscarried) **that maybe if I had only that one baby it was better**. It’s right now I used to think that if at least if that child was able to be there, to survive.” -Kefilwe

Bogenoemde is aanduidend van die respondent se behoefte aan kinders en dus aanduidend van waarom respondente voel dat hul tans minder kinders het as wat hul sou wou hê. ’n Ander respondent noem egter dat ten spyte van haar miskraam sy steeds voel dat sy te veel kinders het:

“(I had) Just one miscarriage. (Would you have wanted fewer children than you have now?) **Yes, but I do accept the way I am** because there’s nothing I can change. I think God give me this (children) because of a reason.” -Karabo

Bogenoemde is weer eens aanduidend van ongewenste swangerskappe. Soos reeds onder die vrou as seksuelewese bespreek, mag laasgenoemde veral verband hou met ’n tekort aan kennis en beperkte toegang tot voorbehoedmiddels. Nog ’n respondent noem dat sy ten spyte van haar miskraam, ’n aborsie sal ondergaan indien ’n toekomstige swangerskap sou voorkom en sy nie getroud is nie:

“Yes (I miscarried) in 2004. I was two months pregnant. (What will you decide if you become pregnant now?) **If I am married I will keep the child, if not I will have an abortion.** *(Why will you get an abortion if you are not married?)* It’s my wish (choice).” -Bonolo

Bogenoemde mag volgens die navorser aanduidend wees van die belang van die bystand en finansiële steun vanaf 'n egmaat vir vroue wat besluit om kinders te hê. Hierdie aspek mag verband hou met die afwesigheid van die vaders van respondente se kinders soos aangedui onder biografiese profiel en gesinsamestelling van respondente. Die navorser is verder oortuig dat 'n tekort aan finansiële steun vanaf vaders aan respondente se bestaande kinders 'n verdere bydra mag lewer tot houdings soos onder laasgenoemde respondent gevind.

9.3.4.4 Sub-tema 4.4: Huwelikstatus en geboortes van kinders

In hierdie studie was nege (9) respondente nie getroud toe swangerskappe voorgekom het nie. Een (1) respondent is steeds getroud met die vader van al haar kinders, terwyl 'n ander geskeide respondent getroud was tydens sekere van haar swangerskappe. Een (1) ongetroude respondent het swanger geraak na aanleiding van verkragting. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:45) noem dat die aantal kinders per ongetroude vrou in Suid-Afrika gedurende 1996 ongeveer 3,9 kinders was, in vergelyking met 4,3 kinders per getroude vrou. Laasgenoemde kan gesien word in terme van die onbelangrikheid van die verskil tussen getroud of ongetroud vir Suid-Afrikaanse vroue. Volgens bogenoemde dokument word geboortesifers in die meeste populasies direk gekoppel aan die huwelik, en getroude vroue het meer kinders as ongetroude vroue van dieselfde ouderdom. Die navorser is van mening dat aangesien die meerderheid (9) respondente nie getroud was toe swangerskappe voorgekom het nie, dit aanduidend mag wees dat die huwelik nie vir respondente as kriteria dien vir die geboortes van kinders nie. Hoewel respondente onder die afdeling van die vrou as seksuelewese beperkte kennis aangedui het rondom swangerskappe, voorbehoedmiddels, seksueeloordraagbare infeksies en MIV en VIGS, bestaan daar steeds die kulturelnorm van maagdelikheid waardeur hierdie vroue swangerskappe sou kon voorkom voordat daar in die huwelik getree word. Een (1) respondent noem: "My grandfather used to say that sex before marriage is not good, you have to wait until you get married, but it's not happening here (in Limpopo Province). **Most of us girls we are getting pregnant before we marry-** that means you are having sex before marriage." -Sesi

Waar dit blyk dat die huwelik nie vir respondente in hierdie studie 'n vereiste was vir die voorkoms van swangerskap of kinders nie, mag die evaluering van vroue se vermoë om as enkelouers op te tree en versorging en finansiële steun aan kinders te

bied, groter waarde aanneem vir die maatskaplike werker. Laasgenoemde hou veral verband met hierdie vroue wat moontlik alleen verantwoordelik sal wees vir die finansiële versorging van kinders.

9.3.4.5 Sub-tema 4.5: Aantal seksmaats by wie respondente kinders het en hul finansiële steun aan kinders

Uit die agt (8) respondente wat tans kinders het, het vier (4) respondente kinders gehad by twee (2) verskillende seksmaats en een (1) respondent het kinders gehad by drie (3) verskillende seksmaats. Drie (3) respondente het elk kinders gehad by slegs een (1) seksmaat. Bogenoemde is vir die navorser aanduidend van lae voorbehoedmiddelgebruik onder respondente saam met die verskillende vaders van hul kinders.

Tydens die agt (8) respondente wat kinders het se swangerskappe, het vyf (5) respondente steeds by hul ouers gewoon, een (1) by 'n grootmoeder, een (1) op haar eie en een (1) respondent saam met 'n eggenoot. Tabel 7 dui aan dat uit die 14 vaders waarby respondente tans kinders het, slegs vier (4) vaders permanente finansiële steun bied aan kinders, terwyl vier (4) vaders tydelike finansiële steun gebied het aan kinders. Laasgenoemde is vir die navorser aanduidend van die vaders van hierdie kinders se onbetrokkenheid in die finansiële versorging van hul kinders. Tabel 7 sluit alle respondente wat kinders het in, en nie slegs vroue wat as enkelouers optree soos wat later onder die vrou as enkelouer bespreek sal word nie.

Tabel 7: Finansiële ondersteuning van kinders deur vaders

Respondent kode	Vader 1 van kinders	Vader 2 van kinders	Vader 3 van kinders
Pulane	Permanente finansiële steun		
Bontle	Tydlike finansiële steun, tans geen		
Lebo	Tydlike finansiële steun, tans geen		
Bonolo	Permanente finansiële steun	Geen finansiële steun	
Kagiso	Tydlike finansiële steun, tans geen	Tydlike finansiële steun, tans geen	
Sesi	Geen finansiële steun	Geen finansiële steun	
Karabo	Geen finansiële steun	Permanente finansiële steun	

Mpho	Oorlede, geen finansiële steun	Kan nie opgespoor word, geen finansiële steun	Permanente finansiële steun
------	--------------------------------	---	-----------------------------

Daar word vervolgens gelet op waarom die vaders van respondente se kinders selde permanente finansiële steun bied aan hul kinders. Respondente noem die volgende:

“(For how long did he support you?) Until that child was five years, he just got a job in Joburg and just got **another girlfriend** and we got separated. (Does he still help support the child?) No.” -Bontle

“We separated because he had **another girlfriend**. He just got me pregnant and then left me.” -Sesi

“He doesn’t give enough money and he doesn’t give food and **he like women**.” -Bonolo

“The father of the child (respondent miscarried) was ok. It’s just that he was a ladies’ man. He used to go out with **many girls** behind my back. I didn’t know. I found out later- I was 19. I lived with my mother at home. (Was the pregnancy planned?) No. (Did you use birth control?) No. (Did you know your HIV status?) I didn’t know.” -Kefilwe

Dit blyk dat ander seksmaats of vriendinne ’n belangrike rol speel in die vaders van respondente se kinders se onbetrokkenheid in finansiële steun aan hierdie kinders. Respondente se seksmaats beweeg klaarblyklik van een verhouding tot die volgende en finansiële steun van kinders wat uit hierdie verhoudings gebore word, kom selde voor of word na ’n tydperk gestaak. Een (1) van die respondente wie se kind tydelike finansiële steun vanaf die vader ontvang het noem:

“The father of the child was my boyfriend. (Where did you live when you were pregnant?) With my mamma. (Did the father of the child support you?) No but sometimes he came here and then he was gone forever. **I saw him the last time in December last year. Since last year December he didn’t give anything.**” -Lebo

Respondente waarvan die kinders verskeie vaders het ervaar ook probleme wanneer hierdie vaders se families betrokke raak by die versorging en finansiële ondersteuning van kinders. Een (1) respondent noem:

“This father promised to marry me and I stayed with him for a certain period **then his mother started shouting ‘Hey you are not married you have to go’**. Then I leave all four children there when I go. Then I go to the other area to do some work. Then they (family of the father of the two youngest children) say to **the other two children (who have a different father) ‘You must go to your mother and the youngest two they belong here. They stay’**.” -Mpho

Die vader van die jongste twee kinders se familie was dus nie bereid om na die respondent se kinders met 'n ander vader om te sien nie en die kinders is van mekaar geskei na aanleiding van wie die vader van elke kind is.

Een (1) respondent is oortuig dat dit haar skuld is dat die vader van haar kinders geen finansiële steun bied aan die kinders nie.

*“(Did the father of the first two children support you financially when you were pregnant and later when you had the children?) No. **Actually I can't blame him so much because during the pregnancy I did hate him. I didn't want to see him.** (Why did you hate him?) I don't know, I was just hating him because (of) the thing he did to me (pregnancy) I was not prepared to do. So I was hating him- I didn't want him to see me until I get my baby (until the baby was born). And then he did follow me up (saw me for the first time) after my baby was seven months. So I fall pregnant again. (Did you fall pregnant by the same man who was the father of your first baby?) Yes, by that time she **(the baby) was 11 months when I fall pregnant, so I start hating (the father of the baby) again**, because off in my mind I don't know what I was thinking, because I didn't know about the contraception or whatever. So I hated him and didn't want to see him because he did the same thing to me- the same mistake what he did first time. (Did he ever support you or the children financially?) No.” -Karabo*

Die meerderheid respondente is self verantwoordelik vir die versorging van hul kinders en die vaders van hierdie kinders sal selde permanente finansiële steun bied. Respondente het verder min negatiewe gevoelens getoon rondom die afwesigheid van hul kinders se vaders en ook aanvaar dat finansiële steun onttrek sal word wanneer die vader van die kinders 'n volgende seksmaat of vriendin ontmoet. Die navorser lei hieruit af dat die afwesigheid van vaders van kinders onder Noord-Sotho/Tswana-sprekendes in die Limpopo Provinsie 'n algemene tendens mag wees.

Bogenoemde situasie word verder gekompliseer vir respondente wat MIV-positiewe kinders het. Twee (2) van die agt (8) respondente wat tans kinders het, het albei twee (2) MIV-positiewe kinders. Waar die afwesigheid van die vaders van kinders impliseer dat die respondent self verantwoordelik sal wees vir die versorging en finansiële steun van kinders, is die navorser oortuig dat die versorging van MIV-positiewe kinders selfs meer vereistes aan hierdie moeders mag stel. Respondente het meer verantwoordelikhede wat kinders se anti-retroviralemedikasie, gereelde mediese ondersoeke, gereguleerde dieet, die neem van vitamienes ensameer aanbetref. Die navorser is dan van mening dat respondente ernstige spanning mag ervaar waar die vaders van kinders selde enige finansiële bystand bied wat hierdie kinders se spesiale behoeftes aanbetref.

9.3.4.6 Sub-tema 4.6: Beplanning van swangerskappe en die gebruik van voorbehoedmiddels

Agt (8) van die 12 respondente het geen van hul swangerskappe beplan nie. Twee (2) respondente het sommige van hul swangerskappe beplan en een (1) respondent was slegs een keer swanger, maar het hierdie swangerskap beplan. Een (1) respondent het na aanleiding van verkragting swanger geraak. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46-47) konstateer dat laer geboortesyfers in Suid-Afrika gesien kan word in die konteks van Afrika-vroue wat beheer geneem het van hul vrugbaarheid waar hul hulself in toenemende wisselvallige omstandighede bevind. Baie faktore, insluitende kulturele-, politiese- en sosiale faktore dra by daartoe om vroue van finansiële- en gesinsekuriteit te ontnem. Hierdie situasie forseer vroue om swangerskappe te beperk en die gesin te beplan met of sonder die wete van haar man of seksmaat. Dit blyk egter in hierdie studie dat die beplanning van swangerskappe selde onder respondente voorgekom het, ten spyte van moontlike wisselvallige omstandighede. Vier (4) respondente het nog *nooit* van enige voorbehoedmiddel gebruik gemaak ten einde swangerskap te voorkom nie. Die navorser is van mening dat respondente se onkunde ten opsigte van swangerskap en kondoomgebruik nie aangevoer kan word as rede vir 'n tekort aan voorbehoedmiddelgebruik nie, aangesien respondente na die voorkoms van hul eerste swangerskappe kennis sou opdoen uit persoonlike ervaring, of andersins kontak sou hê met 'n kliniek of hospitaal wanneer die kind gebore word. Temmerman en Marres (1995:64) konstateer dat die voorkoms van swangerskappe in Afrika baie hoog is, en die gebruik van voorbehoedmiddels baie laag is. In hierdie studie blyk dit dat daar 2.75 swangerskappe per respondent voorgekom het, wat net laer is as die nasionale gemiddeld in Suid-Afrika. 'n Respondent wat geen van haar swangerskappe beplan het nie, noem die volgende:

“(Did you plan any of your pregnancies?) No, I just become pregnant. (With all five of your pregnancies?) Yes.” -Mpho

Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:49) het bevind dat beide Afrika-mans en -vroue in Suid-Afrika groot waarde heg aan vrugbaarheid en tradisionele kulturelewaardes, en dat swangerskap onder ongetroude Afrika-vroue en tiener meisies steeds 'n positiewe waarde dra in vergelyking met Wit gemeenskappe. Van Dyk (2001:122) verduidelik dat in tradisionele Afrika daar byvoorbeeld geglo

word dat die blokkering van vloleistowwe wat met seksuele-omgang gepaard gaan, vrugbaarheid voorkom en betrokke individu(e) ook siek mag word as gevolg van hierdie blokkering. Afrika-mans se negatiewe teenoor kondoomgebruik, mag volgens die navorser ook hierdie oortuigings vir vroue versterk waar Afrika-mans hul vrugbaarheid bewys deur kinders te hê. Die navorser is van mening dat tradisionele waardes rondom swangerskap deur vroue in hierdie studie onderhou is, veral waar hierdie vroue nie bewus was van hul MIV-status nie en vroue daarom min kommer getoon het rondom die voorkoms van onbeplande swangerskappe.

Respondente noem veral dat swangerskappe per ongeluk voorgekom het:

“(Did you plan your pregnancy?) No, I **became pregnant by mistake.**” -Bonolo

“(Did you plan this pregnancy?) No. I **don’t know if the condom was broken or what.** Because I have HIV I was using the condom and drink my medication. (Did you know your HIV status when you got pregnant?) Yes. (Did you want to become pregnant?) No.” -Bonolo

“For **three months I didn’t know I was pregnant because when I was using these pills sometimes I was not menstruating.** One day I feel there’s something moving here (in the womb). I rushed to the sonar (while still working as a nurse at the hospital). I phoned my husband and said ‘I’m pregnant’. He said ‘I can’t believe it. You won’t be pregnant after so many years’. We decide not to do an abortion. We thought because it came unexpectedly it will be a girl.” -Pulane

Dit blyk dat respondente wel van voorbehoedmiddels gebruik maak, maar steeds daarin faal om onbeplande swangerskappe te beperk. Tabel 8 dui op respondente wat swangerskap voorkom het deur middel van voorbehoedmiddelgebruik.

Tabel 8: Agt (8) respondente wat swangerskap voorkom het deur voorbehoedmiddelgebruik

Voorbehoedmiddel	Suid-Afrika	Respondente in studie
Voorbehoedinspuiting	30%	62.5% (5)
Voorbehoedpil	13%	12.5% (1)
Kondome	2.3%	25% (2)
Sterilisasië	12%	0%
Tradisionele Metodes	0.7%	0%

Vier (4) respondente het op ’n *ongereelde* basis gebruik gemaak van die voorbehoedinspuiting ten einde swangerskap te voorkom, terwyl een (1) respondent op ’n *gereelde* basis van die voorbehoedinspuiting gebruik gemaak het om

swangerskap te voorkom. Een (1) respondent het op 'n *gereelde* basis van die voorbehoedpil gebruik gemaak om swangerskap te voorkom. Een (1) respondent het op 'n *ongereelde* basis van kondome gebruik gemaak om swangerskap te voorkom, tewel een (1) respondent wat op 'n gereelde basis van kondome gebruik gemaak het om swangerskap te voorkom, na aanleiding van verkragting swanger geraak het.

Dit blyk dat die meerderheid (4) respondente wat van 'n voorbehoedmiddel gebruik gemaak het om swangerskap te voorkom, die voorbehoedinspuiting verkies. Volgens die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) maak Afrika- en Kleurling-vroue hoofsaaklik gebruik van die voorbehoedinspuiting. Laasgenoemde mag vrae laat ontstaan rondom die vrou se beheer oor haar eie liggaam en seksualiteit. Die hoë gebruik van die voorbehoedinspuiting mag daarop dui dat baie vroue nie vry is om reprodktiewe sake soos die gebruik van 'n voorbehoedmiddel met hul mans of seksmaats te bespreek nie. Respondente wat van die voorbehoedinspuiting gebruik gemaak het noem die volgende:

"(Did you at any time use any form of birth control?) I've used the injection. ***(When did you use the injection?) In between the oldest and the youngest child.*** *(How long did you use the injection?)* For one year. *(Did you know your HIV status when you became pregnant with each child?)* No. *(Are any of your children HIV positive?)* No." -Mpho

"(Did you plan that pregnancy?) No. ***(Were you using any form of birth control when you got pregnant?) I was using the injection and then I stopped.*** It was a long time before I got pregnant. *(So you were not using anything when you got pregnant?)* No. *(Did you know your HIV status at that stage?)* No I didn't know." -Tebelo

"(Did you plan the pregnancy?) Yes. *(Did you use any form of birth control?)* **I used the injection.** *(Did you stop using the injection when you wanted to become pregnant?)* Yes. *(Did you start using the injection again after the child was born?)* Yes. *(Did you know your HIV status when you were pregnant?)* Yes, **I was not HIV positive then.** *(Is the child HIV negative?)* Yes." -Lebo

"There I was without job, still young. The other one (planned pregnancy) is the third one. **Other children I didn't plan.** *(So you didn't plan your second, fourth and fifth pregnancies?)* No. *(Did you use any form of birth control with any of the two fathers of your children?)* Nothing. *(And with the third child who was planned?)* No we just went to the doctor. *(Did you use any form of birth control after the third child was born?)* No. *(Were you using birth control before your last two pregnancies?)* Yes I do. **I was using the injection and then after some four years I want to change the injection for the tablets- that's when I fall pregnant.** *(Did you know your HIV status when you were pregnant with each of your children?)* No." -Karabo

Die maatskaplike werker behoort veral die keuse van 'n voorbehoedmiddel met hierdie vroue te bespreek in 'n poging om nie net ongewenste swangerskappe nie, maar ook

MIV-infeksie en MIV-herinfeksie te voorkom. Die navorser is van mening dat bogenoemde dui op 'n belangrike leemte naamlik kondoomgebruik. Indien personeel by gesinsbeplanningsdienste eerder MIV-toetsing en deurlopende kondoomgebruik aanbeveel het, in plaas van die voorbehoedinspuiting of die voorbehoedpil soos deur die respondent aangevra, kon beide ongewenste swangerskappe sowel as MIV-infeksie vir hierdie respondent voorkom word. Die navorser neem egter ook hier in ag dat vroue moontlik eerder van 'n voorbehoedmiddel wil gebruik maak waarvan hul seksmaat of man nie bewus is nie. Laasgenoemde verhoog egter die vrou se MIV-risiko. Die navorser is ook bewus dat 'n volledige multidissiplinêrespan nie noodwendig beskikbaar is in meer afgeleë plattelandsegebiede soos waar navorsing onderneem is nie, maar dit blyk dat beskikbare personeel by bestaande gesinsbeplanningsdienste, klinieke, hospitale of nie-regeringsorganisasies die volgende in ag behoort te neem:

- Vroue se kennis van voorbehoedmiddels asook kennis van die oorgang van een voorbehoedmiddel na 'n ander, mag beperk wees.
- Vroue is selde bewus van hul MIV-status tydens swangerskappe en MIV-toetsing mag dus van groot belang wees.
- Vroue beplan selde hul swangerskappe wat 'n aanduiding is dat voorbehoedmiddels nie gebruik word nie.

Die navorser is verder van mening dat daar seker gemaak moet word dat vroue verstaan dat nie alle voorbehoedmiddels wat swangerskap kan voorkom ook MIV-oordraging sal voorkom nie. Kondoomgebruik behoort dus steeds gevolg te word teen MIV-oordraging. Daar word dan ook vervolgens gelet op vroue en die gebruik van voorbehoedmiddels.

Tabel 8 dui aan dat die voorbehoedinspuiting deur dubbel soveel respondente gebruik word, in vergelyking met syfers wat die hele Suid-Afrikaanse vroulike bevolking insluit. Tabel 8 dui verder dat kondoomgebruik onder respondente aansienlik hoër is as Suid-Afrikaanse peilings. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) konstateer dat die gebruik van moderne voorbehoedmiddels in Suid-Afrika hoog is in vergelyking met die res van Sub-Sahara Afrika, en 'n aanduiding is dat Suid-Afrikaanse vroue beter toegang het tot gesinsbeplanningsdienste. Afrika- en Kleurling-vroue maak die grootste groepe uit wat van gesinsbeplanningsdienste

gebruik maak, en maak hoofsaaklik van die voorbehoedinspuiting gebruik. Aangesien houdings teenoor kondoomgebruik in Afrika dikwels negatief is, is die navorser van mening dat die voorkoming van swangerskap deur middel van kondoomgebruik nie die hoof rede vir kondoomgebruik onder respondente was nie, hoewel kondoomgebruik swangerskap mag voorkom. Die navorser is van mening dat respondente se bewustheid van hul MIV-status en pogings om MIV-infeksie van hul seksmaats asook MIV-herinfeksie van hulself te voorkom, eerder as hoof rede vir kondoomgebruik gesien kan word.

9.3.4.7 Sub-tema 4.7: MIV-status en toekomstige swangerskappe/kinders

Onder hierdie afdeling word daar gelet op vroue se behoefte na nog kinders noudat hul bewus is van hul MIV-status. Ses (6) respondente noem dat hul nie nog kinders wil hê noudat hul bewus is van hul positiewe serostatus nie. Een (1) van hierdie respondente is in haar vyftiger jare en voel dat sy nie meer op hierdie ouderdom enige kinders wil hê nie. Ander respondente noem die volgende:

“No. (*Why wouldn't you like to have more children?*) **Because both two kids of mine they are also HIV-positive and it's hard for me to cope** with my own status and also theirs.” -Sesi

“No. (*Why not?*) I mean I've (**already**) **got the children**. Also I know that when you fall pregnant **with my HIV status the immune system is dropping**.” -Karabo

“No. (*Why not?*) **It's not safe to have children when you're HIV positive**. If that baby comes and is HIV positive then it's going to be a stress, for you are HIV positive and the baby, so I don't want any children again.” -Mpho

“No because **things are very expensive**.” -Lebo

“No. (*Why not?*) They tell me when I'm going to have the child **I will die because I will loose lots of blood**.” -Katlho

Respondente en hul kinders se gesondheid speel dus 'n rol in redes waarom respondente nie nog kinders wil hê nie.

Vyf (5) respondente noem dat hul wel nog kinders sal wil hê ten spyte van hul positiewe serostatus:

“Yes, **my wish is to get married and have another child** if it's possible.” -Bonolo

“If you are HIV-positive it's a risk of both (mother and father) having a child, even myself I was surprised by my husband because he got another child, that is why **I just want to make only**

one child for him. But we say if we can have another one child it will be ok. And we are going to have another child.” -Bontle

“Yes one. (*Why only one?*) For the sake of my life. **Too many pregnancies will make me sick.**” -Tebelo

“Maybe one, the last one. Because **I don’t want my baby growing up alone.** He needs to have someone, maybe a brother or a sister.” -Kagiso

“I would like two (more children). I wish if I get pregnant I can just get twins. (*Why would you still like to have children now that you know your HIV status?*) Because being HIV positive doesn’t mean that I’m sick. **I’m not sick, I’m just like any other person. I don’t see any difference. I’m a woman and I too would like to have kids.** (*Do you feel as a woman it is important for you to have children?*) Ja, I’m a woman, that is my desire.” -Lerato

Een (1) respondent was onseker of sy nog kinders wil hê noudat sy bewus is van haar positiewe serostatus:

“Eish. Right now **I’m not sure, but you know when you are a woman you just want to see yourself one day having kids.** So I will think about it. Maybe in the future, I don’t know when, maybe starting from next year. I was looking for my CD4 counts and my viral loads. I just wanted to see myself be ok. So maybe, maybe.” -Kefilwe

’n *UNAIDS* studie (2002:3) verduidelik dat vir MIV-positiewe vroue wat volhard in verdere swangerskappe, hierdie swangerskappe dien as bewys van hul vrugbaarheid en gesondheid aan hul vriende, familie en aan hulself ten spyte daarvan dat hul bewus is van hul positiewe serostatus. Verdere swangerskappe word dus benut as wyse om die dood te ontken en die vrou se verhouding met haar man en skoonfamilie te onderhou, haar teen verwerping en verlating te beskerm en haar te help om haar status as vrou en moeder te onderhou. Hierdie tendense is gevind aan die Ivoorkus, Kenia, Uganda en Zambië waar dit blyk dat vroue “verstandig” optree deur soveel moontlik kinders te hê en te hoop dat sommige sal oorleef. Onder respondente in hierdie studie blyk dit dat die moederlike behoefte aan kinders steeds by sekere respondente voorkom ten spyte van hul MIV-status. Die navorser merk egter geen desperate pogings op onder respondente om kinders te hê in die hoop dat sommige sal oorleef nie. Die maatskaplike werker mag dit relevant vind om te let op redes waarom vroue nog kinders sal wil hê, of nie kinders wil hê nie en hierdie redes gebruik as voor- en nadele wat tydens berading teen mekaar opgeweeg kan word, ten einde hierdie vroue te help om ’n ingeligte besluit te neem ten opsigte van toekomstige kinders.

9.3.4.8 Sub-tema 4.8: Toekomstige versorging van kinders

In hierdie studie het drie (3) van die agt (8) respondente wat kinders het genoem dat hul onseker is van wie na hul kinders sal omsien indien hul sterf. Een (1) van hierdie respondente noem:

“Ai, **I don’t know**. I’m not sure. (*Is there anybody to care for them when you pass away?*)
No.” -Mpho

Bogenoemde respondente se situasie sou van die maatskaplike werker vereis om die kliënt se gesondheidstatus deurlopend op te volg ten einde te verseker dat kinders nie na afsterwe van die MIV-positiewe moeder, sonder toesig en versorging gelaat word nie. Vanmali (1997:16) konstateer dat die impak van MIV en VIGS sterk gevoel word deur welsynsorganisasies wat fokus op kinder- en gesinsorg in Suid-Afrika, veral waar groot getalle familieledede aansoek doen vir pleegouertoelae. In Pietermaritzburg het aansoek vir pleegouertoelae by welsynsorganisasies ’n toename vanaf 20% na 80% getoon gedurende 1997. Navorsing toon ook dat groot getalle gesinne in KwaZulu-Natal alreeds kinders versorg wat nie hul eie is nie, en daar dus ’n bereidheid in gemeenskappe bestaan om ouerlose kinders te versorg. Dit blyk egter dat hierdie bereidheid afhanklik is van eksterne ondersteuning soos pleegouertoelae.

Mataure *et al.* (2000:3) verduidelik dat daar die gevaar bestaan van toenemende getalle kinders wat onopgevoed, ongeletterd en ongesosialiseerd grootword om ’n generasie van jong volwassenes te vorm sonder enige vaardighede of vermoë om ’n bydrae tot die samelewing te lewer. Laasgenoemde beklemtoon volgens die navorser die belangrike rol wat welsynsorganisasies in die Limpopo Provinsie mag speel, wanneer MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende moeders afsterf sonder dat daar enige voorsiening gemaak is vir die versorging van kinders. Laasgenoemde is veral van groot belang waar Lewis (2003:10) noem dat daar nie genoeg volwassenes oorbly vir die versorging van kinders nie, daar geen kennis, ervaring en belangrike waardes oorgedra word van een generasie tot ’n volgende nie. Baie kinders word dus groot sonder enige emosionele anker wat stabiliteit in hul lewens kan bring. In gesinne waar ’n kind aan die hoof van die huishouding staan is daar byvoorbeeld niemand beskikbaar om basiese konsepte soos menstruasie aan jong meisies te verduidelik nie.

Een (1) respondent noem dat haar man na haar kinders sal omsien na haar afsterwe. Laasgenoemde is vir die navorser aanduidend van die res van die respondente se tekort aan vertrouwe in die vaders van hul kinders, wat versorging van kinders na afsterwe van respondente aanbetref. Drie (3) respondente is oortuig dat die kinders se grootouers na hul sal omsien. Lewis (2003:9) verduidelik dat dit reeds 'n algemene verskynsel is dat grootmoeders die versorgers van VIGS-wesies word. Hierdie grootmoeders is self verarm en mag moontlik nie meer lank leef nie, en die uitdunning van families is van so aard dat daar dikwels niemand oorbly in opvolgende generasies nie. Singizi (2003:7) sluit by laasgenoemde aan deur te verduidelik dat die las van die versorging van weeskinders op die reeds verarmde grootouers val, wat gewoonlik die enigste direkte familie van hierdie kinders is. Grootouers versorg dikwels nie net hul eie siek kinders nie, maar worstel ook om na groot getalle kleinkinders om te sien. Dit blyk dat spesifiek die grootmoeders in Sub-Sahara Afrika versorgers van VIGS-wesies is. In hierdie studie is daar aangedui dat ses (6) respondente steeds by hul moeders woon en (1) respondent by 'n tante woon. Dit is dus verstaanbaar dat drie (3) respondente wat wel kinders het, oortuig is dat die grootmoeders van hierdie kinders na hul sal omsien wanneer respondente sterf. Lim (2003:12) noem dat grootouers na een uit drie VIGS-wesies in Zambië omsien. Daar kan dus soortgelyke gevolge verwag word onder Noord-Sotho/Tswana-sprekende gemeenskappe in die Limpopo Provinsie.

Een (1) van die bogenoemde respondente wat oortuig is dat haar kinders se grootouers na hul sal omsien is egter bevrees dat haar kinders ernstige lyding mag ervaar indien sy sterf, en beskryf haar kinders se situasie soos volg:

"The thing that I'm thinking about is that they (my children) are going to be suffering that's why I'm praying to my God to prolong my life until two or three of them get some job to do (bring in money). (Why do you think they will suffer?) I know I don't have any support financially through my family. (Why don't you have financial support from your family?) You know, my mother she's a cultural person. She believes the children have to do their own thing and then they have to look for jobs (possible way to look after themselves). My parents they didn't mind (care) about the schooling (of children), the children they must just work and do everything at home and the parents must just stay and relax. I know they (my children) will suffer- they will get food after working. Without working they will not have something to eat. (So are you worried about the children's financial situation after you pass away?) Ja because it has already happened (before). When I came from my house back home (at) the time I was sick my sister took me to Joburg. I left my children with my mother- they were suffering. It was very difficult. (How did they suffer?) **They**

was going out to find the food in the dustbin, sleeping at my friend's (house). My mother she's strict and she's bitter." -Karabo

Hierdie respondent ervaar vrese rondom die toekoms van haar kinders, aangesien die kinders se grootmoeder sterk tradisionele waardes onderhou rondom die rol van kinders in die gesin. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:42) noem dat groot gesinne steeds die norm is in armoedige plattelandsegebiede waar kinders nog as ekonomiese bate gesien word. Mill en Anarfi (2002:329) se studies in Ghana het getoon dat kinders, veral jong meisies wat in pleegsorg geplaas word by uitgebreide familieledere na aanleiding van hul ouers se sterfte of egskeiding, nie skoolonderrig voltooi nie. Daar is bevind dat daar van hierdie kinders verwag word om huishoudelike take, versorging van ander kinders asook die generering van 'n inkomste te onderneem. In sekere gevalle is daar ook bevind dat hierdie kinders weggestuur word na stede om as sekswerkers 'n inkomste vir die familie in wie se pleegsorg hul geplaas is, te verdien. Hierdie respondent se vrese is dus nie ongegrond nie en haar vorige ervaring toon dat die grootmoeder nie die kinders versorg het toe die respondent siek was nie, en tot so mate afgeskeep het dat hul kos moes soek in asblikke en self plek moes vind waar hul kon slaap. Hierdie respondent noem dan:

"It was so difficult and so I just imagine what would happen if I die. Is this thing going to happen to them (my children) again? **Please God, don't let it.**" -Karabo

Een (1) respondent is van mening dat haar broer en suster na haar kinders sal omsien na haar afsterwe. Lim (2003:12) verduidelik dat die uitgebreide familie soos ooms en tantes wel as veiligheidsnet dien en die gesegde "daar is geen weeskinders in Afrika" dus gebruik word. Singizi (2003:7) is egter van mening dat dié tradisionele buffer vir weeskinders, naamlik die uitgebreide familie tot 'n breekpunt gedryf is. Die realiteit wat weeskinders in die gesig staar is dat die uitgebreide familie wat self skaars oorleef, selde die middele of motivering het om na VIGS-wesies om te sien. Aangesien daar nie in hierdie studie gelet word op die uitgebreide familie en versorging van VIGS-wesies nie, kan die navorsers geen aannames hieroor maak nie, maar die navorser is van mening dat die respondent se verhouding met haar broer en suster moontlik mag bepaal tot watter mate hul bereid sou wees om na hierdie kinders om te sien na afsterwe van die respondent. Verder behoort daar in ag geneem te word dat die respondent se broer en suster moontlik self deur MIV geaffekteer mag word, en in die toekoms in 'n soortgelyke situasie as die respondent mag verkeer.

9.3.4.9 Opsomming van Tema 4

Hierdie tema het aangedui dat beide respondente wat bewus en onbewus was van die risiko van swangerskap, onbeplande swangerskappe gehad het. Daar het meer swangerskappe onder respondente voorgekom as die aantal kinders wat respondente het. Laasgenoemde is as gevolg van miskrame, aborsies en sterftes van kinders, wat aanleiding gee daartoe dat respondente noem dat hul tans minder kinders het as wat hul wou hê. Die meerderheid respondente was onbewus van hul MIV-status tydens swangerskappe, terwyl dit ook blyk dat respondente wat tydens latere swangerskappe bewus was van hul MIV-status, meer geneig sou wees om aborsies te ondergaan ter wille van hul gesondheid. Die huwelik het in hierdie studie nie gedien as kriteria vir die voortbring van kinders nie, en vaders van kinders bied selde finansiële steun aan die kinders wat hul by vroue het. Die meerderheid respondente het nie hul swangerskappe beplan nie en voorbehoedmiddelgebruik vir die voorkoming van swangerskappe was laag. Ten minste die helfte van die vroue in hierdie studie wil steeds kinders hê ten spyte van hul MIV-positiewe status, hoewel respondente onseker is oor wie na hul kinders sou omsien indien respondente sterf. Dit blyk dat grootmoeders hoofsaaklik verantwoordelik sal wees vir die versorging van respondente se kinders na afsterwe van die respondent.

9.3.5 Tema 5: Die vrou as huweliksmaat

Onder hierdie afdeling word daar gelet op die vrou as huweliksmaat deur te kyk na terloopse sowel as gereelde seksuele verhoudings. Daar word ook gelet op houdings en oortuigings rondom die huwelik en die invloed van kulturele-aspekte soos *lobola*/bruidskat op die huwelik. Laastens word daar gelet op meervoudige seksmaats en die huwelik, asook die verband tussen seksuele plesier en kondoomgebruik, en die tipe verhoudings wat die belangrikste MIV-risiko vir vroue inhou.

Onder die vrou as huweliksmaat is dit van belang om te bepaal wat deur Afrikane as 'n huwelik beskou word. Gysels *et al.* (2002:182) konstateer dat die huwelik in Afrika 'n relatiewe konsep is en verskeie eenhede beskou word as 'n huwelik tussen 'n man en vrou. Afrikane beskou dan die volgende tipes verhoudings of verbintenisse as 'n huwelik: die religieuse huwelik (Christen of Moslem); die wetlike huwelik; die tradisionele huwelik waar die huwelik slegs officieel erken word wanneer die man die

lobola aan die vrou se vader afbetaal het, en laastens pare wat saamwoon sonder enige intensie om ooit formeel in die huwelik te tree, maar steeds na hulself as getroud verwys. Na aanleiding van bogenoemde word alle respondente dus vir die doeleindes van hierdie studie ingesluit onder die vrou as huweliksmaat en word daar na beide permanente en terloopse seksueleverhoudings gekyk.

Drie (3) respondente is getroud, terwyl een (1) respondent voorheen getroud was, maar tans geskei is. Onder laasgenoemde vier (4) respondente is drie (3) respondente wettig en deur *lobola* getroud (waarvan een (1) respondent geskei is), en 'n ander (1) respondent is slegs deur *lobola* getroud. Agt (8) respondente was nooit wettig of deur *lobola* getroud nie. Die *UNAIDS (HIV/AIDS and Fertility in Sub-Saharan Africa, 2002:8)* het bevind dat daar 'n tendens onder veral jong volwassenes in Suid-Afrika bestaan om die huwelik as instansie te verwerp na aanleiding van MIV en VIGS en ekonomiesedruk. Daar word dan vervolgens gelet op permanente en terloopse seksueleverhoudings.

9.3.5.1 Sub-tema 5.1: Gereelde of permanente seksueleverhoudings

Respondente is bekend gemaak met die definisie vir gereelde verhoudings en gevra om die aantal gereelde of permanente verhoudings asook kondoomgebruik in hierdie verhoudings te beskryf. Daar word eerstens gelet op die aantal permanente verhoudings en die duur van hierdie verhoudings. Een (1) respondent is reeds vir 31 jaar met dieselfde man getroud en het geen ander seksueleverhoudings buiten hierdie een gehad nie. Ander respondente se verhoudings het gestrek vanaf een jaar tot elf jaar met soveel as drie (3) gereelde seksmaats op verskillende tye. Respondente noem die volgende rondom die aantal verboudings:

“Three (relationships). (How long did each last?) The other one was three years, the second one was three years also and this is almost three years now, but it’s (the current relationship) still going on.” -Kagiso

“It’s only three (relationships). (How long did each relationship last?) The first one last five years, the second one last 11 years and this one almost three years.” -Karabo

“Three (relationships), with the fathers of my children. They lasted between one and two years.” -Mpho

“Three (relationships). (How long did they last?) One and a half year, two years and this one now going for three years.” -Lerato

“It was two (relationships). (*How long did these relationships last?*) **It’s three years and five years.**” -Bontle

“**Two (relationships).** One of two years and one of two to three years.” -Tebelo

“I think it’s this one I am having now. (**So you have had only one permanent relationship?**) **Yes.** (*For how long has this relationship been going on?*) Four years.” -Sesi

“That other one is maybe about three years. **This partner I’m with seven years now.**” - Kefilwe

“One long relationship of **three years.**” -Lebo

“Net hierdie een. **Ons is nou agt jaar saam.**” -Katlheho

“**One (relationship).** (*Are you referring to the relationship you are in at the moment?*) **Yes.** (*How long have you been in this relationship?*) Two years.” -Bonolo

Gysels *et al.* (2002:182) verduidelik dat ’n gereelde verhouding beskou kan word as ’n verhouding waar die vrou elke dag vir jare seksuele-omgang met een sekspartner het, of slegs twee tot drie keer seksuele-omgang met dieselfde sekspartner gehad het. Volgens bogenoemde outeurs word ’n verhouding hoofsaaklik gedefinieer as “gereeld” wanneer die man gereelde materiële ondersteuning bied in ruil vir die vrou se seksuele dienste en uitvoer van huislike take. Hierdie verhoudings kan oor ’n uitgestrekte periode duur en die vrou kan staatmaak op die man se gereelde ondersteuning wanneer sy dit mag benodig. Die aantal verhoudings wat respondente gehad het en die duur van hierdie verhoudings verskil van respondent tot respondent. Wat wel opvallend is, is dat geen respondent wat slegs twee (2) tot drie (3) keer seksuele-omgang met ’n sekspartner gehad het, hierdie verhoudings as gereeld of permanent beskou het nie. Respondente klassifiseer dus gereelde verhoudings in terme van die duur van hierdie verhoudings. Hierdie studie verskil dus in laasgenoemde opsig van die van Gysels *et al.* (2002:182) waar vroue wat twee tot drie keer seksuele-omgang met dieselfde sekspartner gehad het dit as gereelde verhouding bestempel.

Dit is ook vir die navorser van belang om te let op kondoomgebruik in hierdie verhoudings ten einde te bepaal watter mate van MIV-risiko hierdie gereelde verhoudings vir respondente inhou. Mataure *et al.* (2000:10) verduidelik dat kondoomgebruik soos in alle gevalle in Afrika, ook in vroue se verhoudings met

mansvriende direk verband hou met die vrou se persepsie van haar verhouding met haar seksmaat. Sommige vroue sal nie van kondome gebruik wil maak nie omdat hul 'n verhouding as ernstig of langtermyn beskou, en daar geglo word dat kondoomgebruik slegs vir terloopse seksuele kontak is. Ander vroue wat wel van kondome gebruik wil maak, wil nie hul seksmaat ontstel wat moontlik die enigste bron vir voedsel en verblyf vir hulself en hul kinders is nie, en dring eerder nie daarop aan nie. Baie vroue verkies dus onbeskermd seks bo die risiko van geweld of die verlies aan 'n tuiste.

Drie (3) respondente noem dat hul nie van kondome gebruik gemaak het in enige van hul gereelde verhoudings nie. Hierdie respondente gee die volgende redes waarom kondome nooit in permanente verhoudings gebruik is nie:

"I didn't use condoms. (*Why not?*) **I don't know, I didn't think about it.**" -Bontle

"No. (*Why not?*) **Ai, African men they don't want to use condoms.** If you tell them about condoms they say 'This is eating sweet with the plastic. I don't eat it.'" -Mpho

"No. (*Why not?*) **They (my partners) didn't believe in condoms.** (*Did you believe in using condoms?*) Yes. (*Did you ask your partners to use condoms?*) Yes but they didn't want to." -Lebo

Nog twee (2) respondente noem dat hul vir 'n kort tydperk van kondome gebruik gemaak het slegs in een (1) van hul permanente verhoudings en daarna nooit weer nie:

"In the other relationships we didn't use condoms. This one (relationship) we use condoms in the beginning before we take things further. He ask me '**Why you don't want to sleep with me and you want me to use condom**'. I told him 'This is Joburg. I don't even know you. Maybe you're going to leave me'. He say it's better if he pay lobola at (to) my parents 'So that you can see that I'm serious about you'. **Then after the lobola we didn't use condom.** (*Why didn't you use condoms anymore?*) **I was stupid at that time. I was small (young). I was not thinking straight.**" -Kefilwe

"Nee, **aan die begin het ons drie weke kondome gebruik en toe los ons dit.** (*Hoekom het julle opgehou om kondome te gebruik?*) Ons het nie geweet nie. (*Hoekom het julle dan die eerste drie weke kondome gebruik?*) Want ek ken nie sy lewe nie. (*Wat sien jy toe na drie weke?*) Hy't 'n mooi lewe. (*Beteken dit jy het gesien dat hy nie seks het met ander vroue nie?*) Ja." -Katlho

Gysels *et al.* (2002:182) konstateer dat kondoomgebruik aanvaar word binne terloopse verhoudings, maar ontoelaatbaar is binne gereelde of permanente verhoudings, behalwe soms vir gesinsbeplanning. Dit blyk ook volgens die *UNAIDS (HIV/AIDS*

and Fertility in Sub-Saharan Africa, 2002:11) dat die gebruik van kondome baie laag is onder Afrikane in stabiele en minder stabiele seksueleverhoudings, selfs waar dit aanbeveel word vir die voorkoming van seksueeloorloordraagbare infeksies en swangerskap.

Schoofs (1999:3) konstateer dat jong meisies in die meeste Afrika-kulture geleer word om seksuelebesluitneming aan die man oor te laat en dat die bespreking van kondoomgebruik so te sê onmoontlik is. Die navorser is van mening dat Afrika-vroue se onderdanigheid aan hul seksmaats ook in hierdie studie 'n rol mag speel in kondoomgebruik. Hoewel sommige respondente kondoomgebruik voorgestel het, blyk dit dat die seksmaats se behoeftes meestal voorkeur geniet het. Die navorser is verder van mening dat seksuele-omgang sonder die gebruik van kondome 'n gebaar of bewys is dat seksmaats mekaar vertrou, veral waar *lobola* betaal word. Dit blyk ook dat kondoomgebruik dikwels met ontrou en belangstelling in ander mans geassosieer word. Schoofs (1999:3) beskryf in 'n studie wat in Zimbabwe onderneem is dat 'n vrou wat self MIV-positief is en deur haar man geïnfekteer is, verduidelik het dat selfs nadat haar man oop sere aan sy penis ontwikkel het as gevolg van herpes, hy steeds geweier het om van kondome gebruik te maak nadat sy hom daarvoor gevra het. Haar man het haar daarvan beskuldig dat haar aanvraag op kondoomgebruik daarop dui dat sy in ander mans belangstel.

Drie (3) respondente noem dat hul saam met sommige seksmaats van kondome gebruik gemaak het in hul gereelde verhoudings. Respondente noem die volgende:

"We (my first partner and I) didn't use condoms. The second one and this one (third one) we use a condom." -Kagiso

"Only in the last (current) one. (Why didn't you use condoms in the first two relationships?) We were not well informed about condoms. It was just the hear-say. (Do you use condoms now because you are well informed?) Yes, because I know the importance of condom use." - Karabo

"No just in the one. (Why didn't you use condoms in the other relationship?) I didn't have information on using condoms." -Tebelo

Dit blyk dat respondente nie van kondome gebruik gemaak het in al hul gereelde verhoudings nie as gevolg van 'n tekort aan inligting rondom kondoomgebruik. Die navorser is van mening dat die tydperk vanaf eerste seksuele-omgang totdat

respondente MIV-toetsing ondergaan, oor jare mag strek en 'n aantal seksmaats mag insluit. Hierdie is klaarblyklik 'n tydperk van hoë MIV-risiko, aangesien respondente nie op 'n gereelde basis van kondome gebruik maak saam met alle gereelde seksmaats nie.

Een (1) respondent wat al vir 31 jaar met dieselfde man getroud is en nog nooit enige ander seksmaats gehad het nie, het eers kondome begin gebruik nadat sy uitgevind het sy is MIV-positief. Hierdie respondent noem dat sy altyd van kondome gebruik maak tydens seksuele-omgang met haar man. Hoewel hierdie respondent tans deurlopend van kondome gebruik maak, is die navorser van mening dat die huwelik opsigself MIV-risiko vir hierdie respondent geïmpliseer het, waar haar MIV-positiewe status aanduidend is van haar man se ontrou en onveilige seksuele-omgang buite die huwelik.

Twee (2) respondente het genoem dat hul saam met alle gereelde seksmaats van kondome gebruik gemaak het. Albei respondente het egter steeds 'n onbeplande swangerskap gehad. Respondente noem die volgende:

“Yes. (Why did you use condoms?) At that time the only thing I was scared of was getting pregnant. I wasn't thinking about the virus (HIV) or anything. The one thing I was scared of is that I was not on family planning (birth control) so **if I don't (use condoms) I'll be pregnant.**” - Lerato

“Yes always. (How did you get pregnant then?) The condom broke.” -Bonolo

Die ander respondent wat deurlopend van kondome gebruik gemaak het saam met haar gereelde seksmaats het na aanleiding van verkragting swanger geraak en ook MIV opgedoen. Hierdie respondent het 'n aborsie ondergaan.

9.3.5.2 Sub-tema 5.2: Terloopse seksueleverhoudings

In hierdie studie is respondente bekend gemaak met die definisie van terloopse verhoudings en het agt (8) respondente genoem dat hul terloopse verhoudings gehad het. Rondom die aantal van hierdie verhoudings blyk dit dat respondente tussen een en sewe terloopse seksmaats gehad het op verskillende tye:

“Plus minus seven (casual relationships). -Lerato

“Lots (of casual relationships). (*Would you say more than 10 or less than 10?*) **About five.**” – Sesi

“**Three** (casual relationships).” -Tebelo

“Yes, I **had two of them.**” -Kagiso

“**Only one.** (*How long were you together before you had sex?*) **We just meet and go to (have) sex at the same time.** (*Did you see him again?*) No.” -Mpho

“Maybe the one (sex partner) that come from Cape Town. **After that he went back to Cape Town. I didn’t see him again.**” -Kefilwe

“I’ve got **only one** short (casual) relationship.” -Karabo

“**I stayed (with him for) three weeks.** (*Was that the longest period you were together?*) Yes and **after two weeks I was pregnant.** I leave him because **he said he doesn’t know about the child, it’s not his child.**” -Bonolo

Gysels *et al.* (2002:182) verduidelik dat ’n terloopse verhouding voorkom wanneer die man eenmalig seksuele-omgang met ’n vrou het en haar direk daarna vergoed sonder enige toekomstige verantwoordelikhede teenoor die vrou. Soos by gereelde verhoudings verskil die aantal seksmats waarmee respondente terloopse verhoudings gehad het van respondent tot respondent. Die helfte (4) van die respondente wat terloopse verhoudings gehad het, het van kondome gebruik gemaak in alle terloopse verhoudings, aangesien hul nie die seksmats se seksueleverlede geken het nie. Vier (4) respondente het egter nie van kondome gebruik gemaak nie en al vier (4) respondente noem dat hul nie bewus was van kondome nie. Laasgenoemde dui vir die navorser daarop dat hierdie verhoudings voorgekom het voordat respondente MIV-toetsing ondergaan het en dat respondente dus nie bewus van hul MIV-status, of blootgestel was aan inligting rondom veilige seksuelepraktyke nie. Een (1) van hierdie respondente noem:

“(*Did you use a condom in your casual relationship?*) No. (*Why not?*) **I did not know about condoms.** I knew about condoms somewhere in 2000. I moved to another area to a location, so it’s the time I hear ‘Condom, condom’ then I read the pamphlets and knew about condoms. It’s not long ago I know about condoms. (*How long ago did you have this casual relationship?*) Ten years ago.” -Mpho

Hierdie terloopse verhoudings waarin die helfte van die respondente nie van kondome gebruik gemaak het nie, en soveel as sewe (7) terloopse seksmats op verskillende tye gehad het, mag volgens die navorser hoë MIV-risiko vir vroue impliseer. Dit blyk

dan dat hierdie risiko veral gepaard gaan met geen kennis of inligting rondom die seksmaat se seksueleverlede nie en 'n tekort aan kennis rondom kondoomgebruik.

Al agt (8) respondente het ook genoem dat hul hierdie verhoudings as negatief ervaar het. Van hierdie respondente noem die volgende:

"It's not so good because it doesn't last long. (How does it make you feel about yourself when it doesn't last long?) I feel like maybe they just want something from me, only sex- after sex they just go." -Sesi

"I just feel like the other male (some men) just want to use a woman. When they see you, they see you naked." -Karabo

"My response to them, as I've been through them, it's not wise to go through them because you end up losing something that you have with your boyfriend. You weigh the different boyfriends up against each other and you say 'Why he does this. That one doesn't do it'. Because that one is the new one (boyfriend) and you're bored (with the old boyfriend) so whatever this one (the new boyfriend) does, you think that's the right way. It (many casual relationships) makes your previous relationships not have any value. You'll always lie and one lie brings another." -Lerato

"I can say that people didn't approach me for love- they wanted to have sex with me." -Tebelo

Die navorser is van mening dat die maatskaplike werker terloopse verhoudings met vroue behoort te bespreek deur te bepaal waar, wanneer, hoe en om watter redes hierdie verhoudings voorkom ten einde vroue van die nodige inligting te voorsien om hulself in hierdie verhoudings te beveilig.

9.3.5.3 Sub-tema 5.3: Houdings rondom die huwelik

Agt (8) respondente sien die huwelik as positief. Drie (3) van hierdie agt (8) respondente is steeds wettig of deur *lobola* of op albei wyses getroud en noem die volgende:

"I feel honoured. Especially now I feel secure because I've got somebody and I'll share everything with him, unlike to carry a burden alone. I've got somebody and we share the same common thing." -Pulane

"It's a good thing to be married. Even when you grow up you believe that one day you have to see yourself being married. I think it's a good thing cause most of the people who are not married, I don't think they are happy. They can be happy (without being married), but not the way they have to be. I am happy. I am very happy." -Kefilwe

“Being married is a big step **because if you do things you are not alone**. Your husband want this, but you don’t want, but **because of him you’ll do it**.” -Bontle

Vyf (5) respondente wat nog nooit wettig of tradisioneel getroud was nie beskou die huwelik ook as positief en noem die volgende:

“I think it’s a big thing, but if that time comes when I have to get married then I’ll be happy. (*Would you like to get married?*) Yes. (*Do you believe marriage is important?*) Yes, especially because **a child has to grow up in a family where his parents live together**. He has to grow up knowing that his parents are there.” -Kagiso

“I think marriage is a nice thing. (*Why do you think marriage is a nice thing?*) When you get into marriage you get to know the other person and **he gets to know you and gives you attention, takes care of you and love you**. I know you can get that from your family and friends, but not the passion. I think marriage is a good thing because how can you do things on your own. You need help.” -Lerato

“I feel happy about it, because (if I were married) **I’m going to stay in my own house**. (*Is it important for you to have a house?*) Ja because now I’m suffering. (*Why are you suffering?*) **My mother is not working. My sister is not working**. (*So what will happen if you get married?*) **I will stay there (at my husband’s house) with my mother and sister**. (*Will your family stay with you and your husband if you get married?*) Ja. (*What does your boyfriend think about it?*) He’s happy about it. (*Will your boyfriend take care of your whole family?*) Ja. (*How do you know this?*) He told me.” -Katleho

Bogenoemde is veral relevant wanneer daar gelet word op studies van die *UNAIDS* (2002:8) wat daarop dui dat Afrika-vroue bewus mag wees van die bedreigende MIV-risiko binne die huwelik, maar byvoorbeeld ter wille van finansiële oorlewing steeds bereid sal wees om die riskante rol as huweliksmaat aan te neem. Tog blyk dit dat respondente die huwelik idealiseer en nog ’n respondent noem:

“Marriage is something wonderful. **It’s a wonderful thing**. (*Have you ever been married?*) No. (*Would you like to be married?*) Yes because it’s a nice thing.” -Bonolo

Een (1) respondent wat ook die huwelik as positief beskou, ervaar egter probleme as gevolg van seksmaats wat nie in die huwelik wil tree nie:

“Marriage I think it’s a good thing. Me I’m HIV-positive but I can still get married, but it’s not easy because **most guys they don’t want to marry, they just want to be in a relationship**. (*Why don’t they want to get married?*) Because I can see that **most of the guys they just leave me and go to the other girls**. (*Do they marry the other girls?*) No.” -Sesi

Bogenoemde respondent se probleem word egter algemeen gevind onder respondente aangesien die helfte (6) van die respondente nog nooit deur ’n seksmaat gevra is om in die huwelik te tree nie. Een (1) respondent noem:

“**This father (of the children) promised to marry me and I stayed with him for a certain period** then his mother started shouting ‘Hey you are not married you have to go’.” -Mpho

Die navorser is van mening dat die rede waarom respondente dikwels nie deur hul seksmaats gevra word om te trou nie, veral verband hou met die tradisionele huwelik en dus *lobola*. Een (1) respondent noem:

“I’m going to stay with him then (when he paid lobola). He (partner) is going to pay lobola to my mother. He’s going to get the money from his uncle. **My mother told him he must pay R3000 for lobola.**” -Katlheo

Dit blyk dus dat *lobola* ’n groot uitgawe mag wees vir Noord-Sotho/Tswana-sprekende mans, en moontlik nie soos in geval van bogenoemde respondent deur alle mans bekostig kan word nie. Die tradisionele huwelik word egter as baie eerbaar beskou in die Noord-Sotho/Tswana-sprekende kultuur:

“(Was lobola paid for you?) Yes. **Let’s be honest- it’s our culture, we want people to pay lobola.** It doesn’t mean they buy us though. It’s a bond between two families. (Do you feel positive about lobola?) Yes. **(Were you happy when lobola was paid for you?) Yes, it was the best day of my life.** I was wearing a big, big Blanket. I was hiding like this (behind the Blanket) so no one will see me. It was a good day.” -Pulane

Bogenoemde dui aan dat hierdie studie verskil van die *UNAIDS* (2002:8) studie wat bevind het dat jong volwassenes in Suid-Afrika die huwelik as instansie verwerp na aanleiding van MIV en VIGS en ekonomiesedruk. Bogenoemde respondente voel positief oor die huwelik, hoewel hul selde gevra word om in die huwelik te tree. Laasgenoemde kan moontlik weer in verband gebring word met waarom die respondente nie die huwelik as voorwaarde vir die voortbring van kinders beskou nie. Dit is ook opvallend dat respondente nie genoem het dat hul die huwelik as ’n gevaar beskou vir die verspreiding van MIV of MIV-herinfeksie nie. Die navorser is oortuig dat laasgenoemde verduidelik kan word aan die hand daarvan dat hierdie vroue reeds almal MIV-positief is, en dus nie aan die huwelik dink in terme van hul eie MIV-risiko nie. Onder die tema van die vrou as seksuelewese is daar ook aangedui dat ten minste ses (6) van die 10 respondente wat tans in ’n verhouding is, op ’n gereelde basis van kondome gebruik maak. Laasgenoemde mag aanduidend wees van waarom respondente nie die huwelik as risiko vir MIV-herinfeksie beskou nie. Waar studies daarop dui dat kondoomgebruik dikwels in Afrika ontoelaatbaar is binne ’n gereelde verhouding (Gysels *et al.*, 2002:182), blyk dit dat hierdie studie nie soortgelyke bevindings het nie.

Drie (3) respondente beskou die huwelik as negatief en een (1) respondent is onseker oor haar gevoelens rondom die huwelik. Een (1) van die respondente wat die huwelik as negatief beskou was voorheen wettig en deur *lobola* getroud, maar is tans geskei.

Hierdie respondent noem:

“Eish actually **I hate the marriage. I didn’t enjoy my marriage.** You know my man was sleeping over (with other women) and **I was catching him with the girls and he was not respecting me he was telling me I was unworthy.** It was not nice. (*Would you ever marry again?*) No, I can't because I just told myself that men are (all) the same even though other (some) men are different, but (to) myself they are (all) the same.” -Karabo

Ander respondente noem:

“Eish when the time goes **by we are cheating one another- a lot of problems.** (*So how do you feel about marriage?*) Ai, it's not good. (*Would you like to get married?*) I wish to, but when I remember the bad things I don't think so. (*Where have you seen these bad things in marriage?*) I see what's happening to other people, some that are here with me for counselling- then I hear the stories.” -Tebelo

“Now I don't think about marriage because after working so hard I'm feeling very tired, so when I feel tired I go wash myself and sleep then I think **if a husband is here he says 'I want food, I want this and that' and I'm tired. So I don't think about marriage now.**” -Mpho

Schapera (1970:51) het in sy studie onder die Tswana-groep in Suid-Afrika gevind dat die man beskou word as offisiële hoof van die gesin terwyl die vrou die rol as *mothanka* of bediende inneem. Die vrou se take sluit in dat sy vir haar man sal werk, getrou sal wees aan hom, kinders sal voortbring en grootmaak, landbouwerk sal verrig en alle huishoudelike take sal onderneem. Indien die vrou nie hierdie take onderneem nie of haar wangedra mag die man van haar skei of straf toedien deur haar te slaan. Dit is dan nie verbasend dat bogenoemde respondent voel dat haar gesondheid haar nie sal toelaat om hierdie take te uit te voer nie. Dit blyk egter dat buite-egtelike verhoudings, tekort aan respek en emosionele afbreking ook 'n belangrike rol speel in waarom respondente die huwelik as negatief beskou.

Soos onder respondente wat die huwelik as positief beskou, het respondente wat die huwelik as negatief beskou ook nie genoem dat die huwelik enige risiko vir MIV-infektering of MIV-herinfeksie inhou, en daarom moontlik in 'n negatiewe lig beskou mag word nie. Dit blyk dus dat vir beide respondente wat die huwelik as positief of as negatief beskou, MIV en VIGS geen rol speel in waarom die huwelik as positief of negatief beskou word nie.

9.3.5.4 Sub-tema 5.4: Die invloed van lobola op die huwelik

In hierdie studie is *lobola* vir ses (6) respondente betaal of word daar beplan om *lobola* in die toekoms te betaal, waarvan een (1) tans geskei is. Vier (4) respondente wat deur middel van *lobola* in die huwelik getree het of in die huwelik gaan tree voel positief oor *lobola*, terwyl een (1) respondent noem dat sy geen spesifieke gevoelens rondom *lobola* koester nie. Respondente noem die volgende rondom *lobola*:

“Afterwards (after lobola was paid) I realised that somebody see something special in me.”
-Kefilwe

“The lobola gives you a respect- that you’re married because you have to call the family before you go to court (to be married) but **if he (partner) didn’t pay that lobola we can’t call the family to talk about our problems.** We have to do our problems on our own because of we just go on our own to the magistrate. *(Is it better to be married through lobola so that you can then have the family to talk to when you have problems?)* Yes.” -Karabo

“It’s a bond between two families.” -Pulane

“I’m going to stay with him then (after lobola was paid).” -Katlho

Dit blyk dat daar ’n belangrike verband tussen *lobola* en die wettige huwelik bestaan en dat respondente verkies om op albei wyses getroud te wees. Twee (2) respondente noem die volgende:

“It’s just that we didn’t go and sign and do things by law, but we are still planning to do that.”
-Kefilwe

“He (my husband) did (pay lobola) but it was not enough that my parents was looking for, but we did go to the magistrate to get married. You know even (to be married) at the magistrate we don’t call it a marriage- the marriage is the lobola. -Karabo

Nog ’n respondent noem:

“Let’s be honest- it’s our culture, we want people to pay lobola. It doesn’t mean they buy us though.” -Pulane

Hoewel bogenoemde die belangrike kulturele waarde van *lobola* vir respondente verduidelik, is die navorser van mening dat *lobola* ook ander voordele vir die vrou mag inhou. Dit blyk uit hierdie studie dat positiewe aspekte wat met *lobola* verband hou soos dat dit ’n band skep tussen twee families en huweliksmaats die reg gee om probleme met die skoonfamilie te bespreek, tot voordeel van die vrou is. Kim en Motsei (2002:1245) se studie dui daarop dat sommige vroue *lobola* as voordelig beskou, aangesien dit die verhouding sosiaal wettig maak en dit die vrou beskerm teen mishandeling waar die man vir haar betaal het, en die man dus goed na sy vrou moet

omsien. *Lobola* blyk dus meer regte aan die vrou as huweliksmaat toe te ken en die vrou ondersteuning te verleen vanaf die gemeenskap, familie en skoonfamilie. Wanneer respondente dus die voor- en nadele van die tradisionele huwelik en *lobola* opweeg, voel die meerderheid getroude respondente positief teenoor *lobola*. Daar word opvolgend gelet op die invloed van *lobola* op seksuele verhoudings.

9.3.5.5 Sub-tema 5.5: Die invloed van *lobola* op seksuele verhoudings

Onder hierdie sub-tema is daar gelet op 'n man wat *lobola* vir sy vrou betaal het, se seksueleregte vanuit die respondent se oogpunt. Agt (8) respondente noem dat 'n man wat *lobola* vir sy vrou betaal het nie die reg het tot seksuele-omgang met haar waar, wanneer en hoe hy wil nie. Respondente noem die volgende:

I will tell him **'If you paid lobola it doesn't mean I'm the furniture or something- it's a cultural thing (lobola)'**. But if I don't feel like having sex I must just explain. (*Do you think that lobola and sex has something to do with each other?*) No, I don't." -Bontle

"We don't pay lobola in order to control people or so that we can own people. I think the lobola is to appreciate (show appreciation). I think lobola is to show the family (this appreciation). Sometimes you don't pay money but bring cows- that's a cultural thing. (*If the man paid lobola for his wife, can she then refuse him sex?*) Yes, because she doesn't want to (have sex). If I say 'I don't want to have sex with you' maybe I will say it for the right reasons. I think if someone paid lobola for me I'll be loving that person, I'll be feeling passionate about that person, so if there comes a time that I don't want to have sex with him it will be for particular reasons." -Lerato

"Lobola doesn't mean that he has to control you. (*What can you do if he paid lobola and insists on having sex with you?*) I will ask him **'Did you pay that lobola to have sex with me, which means you have bought me. It doesn't mean that you paid because you loved me'**." -Tebelo

Bogenoemde is veral aanduidend van respondente se opinie dat *lobola* nie impliseer dat die vrou haar man se besitting is en daarom altyd aan sy seksuele eise behoort te voldoen nie. Vier (4) respondente is egter van mening dat 'n man wel seksuele-omgang met sy vrou mag hê waar, wanneer en hoe hy wil, indien hy *lobola* betaal het. Die volgende is deur respondente genoem:

"Yes, you say yes (to sex). (*Why?*) **Because he has paid lobola, that means I'm his wife.** (*Does that mean you always have to have sex with your husband when he wants to?*) Yes. (*If you don't feel like having sex on a specific day can you refuse your husband sex if he paid lobola?*) **Ai, to the African man you can't do that. He is going to kick and kill you.**" -Mpho

"Yes, actually he did buy you- he did buy your body, he owns you. Everything they (African men) say you must just do because they say the man is the head (of the family).

Although they must know the man is the head then the woman is the neck, then the neck turns the head.” -Karabo

“He paid lobola, what is the use to say no. It’s a promise to marry you. It’s the first thing-you start there, you pay lobola and next time is the wedding. *(So you can say ‘no’ to sex after lobola was paid?)* No. *(Why not?)* Because he paid lobola for me.” -Bonolo

“Ja. *(Can he have sex with you any time he wants to have sex if he paid lobola?)* **Ja, but I’m going to tell him not every day** (I don’t want to have sex every day).” -Katlheo

Schoofs (1999:3) is van mening dat waar ’n tradisionele huwelik voorkom soos in die meeste kulture in Sub-Sahara Afrika, en die man vir sy vrou betaal, hierdie betaling ook deur die man beskou word as ’n lisensie om die verhouding te domineer. Die konsep van huweliksverkragting bestaan dan nie in Afrika nie, en tradisionele huweliksberaders en ouer vroulike familieledes verduidelik aan jong meisies dat hulle nie hul mans seks kan weier nie. Wanneer ’n man *lobola* betaal het, is dit onmoontlik om sy vrou tot seks te forseer, aangesien dit in elk geval die man se reg is om met sy vrou seks te hê. Die konsep van forsering bestaan dus nie. Schapera (1970:51) het in sy studie onder die Tswana in Suid-Afrika gevind dat die vrou nie haar man seksuele-omgang mag weier nie en altyd gewillig moet wees om haar man se seksuelebehoefte te vervul. Dit blyk dat bogenoemde respondente soortgelyke opinies onderhou en magtelos voorkom teenoor sekere kulturele houdings rondom *lobola*. Laasgenoemde blyk ook vrees vir mishandeling in te sluit indien ’n vrou haar man seksuele-omgang sou weier waar hy *lobola* vir haar betaal het.

Een (1) van die bogenoemde respondente noem egter dat politieke verandering in Suid-Afrika ’n invloed uitoefen op die vrou se reg om nee te sê vir seksuele-omgang met ’n man wat *lobola* betaal het. Hierdie respondent noem:

“Through democracy you can say no, but it’s not allowed (in our culture). *(Is it not allowed to say ‘no’ if your husband paid lobola?)* No, it’s not allowed, **but that is not only in our culture, even the Bible says so.** *(How does democracy change the situation?)* **Democracy change it because it sees that us as women we are suffering and we are forced to do the things that we don’t want to do.**” -Karabo

Die navorser is van mening dat die invloed van die Westerse kultuur op respondente waargeneem kan word waar die meerderheid (8) respondente glo dat ’n man wat *lobola* vir sy vrou betaal het, wel seksuele-omgang geweier mag word. Respondente se individuele/persoonlike-self tree na vore waar hulle glo dat hulle die reg het om

seksuele-omgang te weier. Hierdie aspek mag verband hou met veldtogte in Suid-Afrika waardeur vroue bewus gemaak word van hul regte. Dit blyk egter dat 'n kollektivistiese-self ook op kulturele vlak na vore tree waar hierdie vroue se interpretasie van wat *lobola* impliseer, verskil van omvattende studies wat in die verlede onderneem is soos die van Schapera (1970:51). Sterk kulturele-oortuigings soos dat 'n man wel seksuele-omgang met sy vrou mag hê waar, wanneer en hoe hy wil, indien hy *lobola* betaal het kan verder ook nie gekoppel word aan gebiede van waar respondente afkomstig is nie. Twee (2) respondente wat hierdie oortuigings onderhou is vanuit 'n semi-landelik/stedelike gebied afkomstig, een (1) respondent is vanuit 'n stedelike gebied afkomstig en die ander (1) respondent is vanuit die diepplatteland afkomstig. Die navorser maak dus die aanname dat Westerse formele onderrig van respondente sowel as opvoeding binne die respondent se gesin van herkoms, 'n belangrike invloed mag uitoefen op houdings en oortuigings rondom *lobola* en die vrou se regte. Respondente se opvoeding word egter later meer volledig bespreek.

9.3.5.6 Sub-tema 5.6: Die huwelik en meervoudige seksmaats

Daar word vervolgens onder die vrou as huweliksmaat gelet op getrouheid van albei partye binne hierdie verhoudings, wat dikwels in Afrika as 'n huwelik beskou word. Alle respondente hetsy getroud of ongetroud is dus onder hierdie sub-tema betrek. Gysels *et al.* (2002:182) verwys na 'n ononderbroke kontinuum wat strek vanaf offisiële huwelike tot saambly verhoudings en ook gereelde of terloopse verhoudings onder Afrikane insluit. Alle respondente is dus gevra of 'n seksmaat waarmee hul in 'n verhouding of huwelik betrokke was, ander seksmaats gehad het tydens hierdie verhoudings/huwelike. Al 12 respondente noem dat 'n vorige of huidige seksmaat wel ander seksmaats gehad het terwyl hul in 'n verhouding/huwelik met die respondent was.

Die navorser het die volgende kategorieë geïdentifiseer vir respondente se seksmaats wat meervoudige seksueleverhoudings gehad het terwyl hul steeds in 'n verhouding/huwelik met die respondent betrokke was. Hierdie kategorieë dui op die aard van verhoudings asook die aantal meervoudige seksmaats waarmee buitewettelike verhoudings aangegaan is.

Huweliksmaat

“Yes my husband. (*With how many other women?*) Ooh, many **I was catching him with- plus minus ten.** (*How many times did you catch him with other women?*) I catch him four times. With two of them, he was driving the taxi and I told him I will come to town to buy the food for home. He know that I’m coming- when I come I catch him there with a girl on the street hugging each other. I didn’t say nothing, I just say ‘Hi, do you think that is a clever thing what you are doing?’ and then I pass (walk away). The other time I found him in my house. I went to the church and I told him I will come back on Monday and (but) I come back on Sunday. I found him with a woman in my house. (*How did you react?*) I did fight but it didn’t help because after that fight he was just going (away) and whatever he wants to do he was doing. The other one (time he cheated) I found him with a lady at that lady’s house. I found him there because I got the rumours and then I went there. The other one (time he cheated) he just told me by himself that my friend did saw him with another girl but that girl is not his girlfriend. So I say ‘no it’s ok- if you say so it’s ok’. And then I got to the park and they were together picnicking. (*How did you feel when you found him with these other women?*) I felt empty, stupid, whatever. (*Why did it take so long for you to leave him when you knew he was cheating on you?*) **Eish my culture- in our culture they say the woman, when she’s married she have to die in her marriage and buried in her marriage.** I told myself I’ll never go (leave my husband) it’s him, he will leave. So really he did leave and moved away and never send anything for the children or me. He was staying there (in another town) and even **his girlfriend called me and say that man (my husband) doesn’t love me anymore because I’m HIV positive.**” -Karabo

“The time that I knew I was (HIV) positive I was blaming him (my husband) a lot. (*Did you have a reason to suspect him of having sex with other women?*) **I had a reason because he (my husband) was far from me (working in Johannesburg).** **I trust myself- I wasn’t with anyone (else) and I know men are so alike- they’re dogs.** They can take (have sex with) even their own children, that’s why I was so angry with him, but now I’m fine.” -Pulane

Vader van respondent se kinders

“Yes. With the father of the two kids that passed away, I went for the blood test at the clinic. So I wasn’t HIV-positive by that time. So that’s how I knew he was having an affair. (*Do you think he infected you with HIV?*) Yes. (*Do you think he got HIV while he was still with you?*) Yes. **I heard things about him and then I saw him maybe three times with other women. I was so angry,** I became angry. **I tried to talk to him and tell him that if he has many partners then he will get sick** and then he will pass on the sickness to me, **but he didn’t listen- he just kept on doing that.** Even though I didn’t know anything about the HIV, I talked to him about the sicknesses but he just went on.” -Kagiso

“Yes, the father of my child. I heard something from somebody. **They saw him with somebody else.** (*What did you do?*) I just leave him alone. (*Did you say anything?*) No. (*How did you feel when you found out he had another girlfriend?*) **I was not angry because I said ‘If that’s the life he wants to live he can go on with that life’.**” -Tebelo

Huidige seksmaat

“Ja, this one (partner) that I have now. (*How do you know he has another girlfriend?*) **I know because that lady she’s dying now.** (*Do you think your boyfriend infected her with HIV?*) Ja. (*Did you see them together?*) Ja, here outside the clinic. **People told me she was (also) his girlfriend.** (*What did you think when you found out he had another girlfriend?*) I

don't think nothing. *(Did you tell him you know that he is seeing another girlfriend?)* Yes and he said 'no, no'. I tell him 'I see you (with her)' then I keep quiet." -Kattleho

"Yes the one (partner) I have now. *(Have you seen him with other women?)* Ja at his work. *(Do you think he has sex with other women?)* Yes I'm definitely sure. *(How do you feel about it?)* **I don't have a problem because I use condoms. I don't know if they (boyfriend and other women) use condoms or what. I understand that he doesn't like condoms. Maybe he doesn't use condoms with the other woman.** *(Do you think he is seeing another woman because you haven't had sex with him for two months?)* Maybe." –Bonolo

Alle seksmaats wat respondent al gehad het

"Yes, they did do that. *(All of them or just some?)* **All of them.** *(How did you know?)* They used to pass in front of me going maybe shopping together. **Sometimes I did caught them sleeping (having sex).** *(How did you feel when you caught them having sex?)* **Very small, even embarrassed, useless.** I just tell myself sometimes I'll just practise to stay alone. *(Do you feel it's better to be alone?)* Yes. *(Are you happy with the boyfriend you have now?)* Yes, because of distance (he lives in Cape Town). *(Do you think he is seeing other girls?)* Myself, I don't care. I did decide that if he goes (with other girls) I'll stay alone. *(Do you have any suspicion that he is seeing other girls?)* I did have some suspicion because sometimes when I phone him, his phone is off, he doesn't talk with me nicely and then sometimes when I talk he just drop the phone, you see." -Sesi

"**Yes even the recent one (partner).** *(And your previous partners?)* **Ai, also them.** *(So how many of your partners would you say had relationships with other women while you were still together?)* **All of my partners.** *(How did you feel when you found out they had other relationships while still with you?)* **I felt disrespected and betrayed.** *(How did you react?)* I just say 'It's either me or her'." -Lerato

Vorige seksmaats

"Yes one of my boyfriends. *(How do you know he had other girlfriends?)* **Because always I catch the boyfriend with another girl.** I just told him that we are not going to be together- he just go on with that girlfriend. **It was the one boyfriend who just changed girlfriends.** *(How many girlfriends did he have?)* It was three, then they all got children with him. *(How did you feel when you found out that he had so many other girlfriends?)* **I feel that maybe I don't satisfy him.** *(What did you do when you saw him with other girlfriends?)* I became angry but I didn't fight her (the other girlfriend) and told him 'If you are not satisfied with me, we can separate'." -Bontle

"This one (partner) that passed away in 1999 he had other girlfriends. *(How many other girlfriends?)* **About five.**" -Mpho

"Yes, his brother told me. *(How many other girlfriends did he have?)* **A lot of other girlfriends- maybe four or five.** *(Did you ever see him with other women?)* Yes. *(How did you react?)* I told him to choose between me and the other girls. *(Who did he choose?)* **He chose a new girlfriend.** *(Why do you think men can have many girlfriends but they expect women to have only one partner?)* **Men need many women to satisfy their needs.**" -Lebo

"**Ja, my first boyfriend.** This one (my husband) I don't know, no. I can't say he didn't have the other partner because he was working in Joburg. I was home. I was in Hammanskraal.

So we didn't stay together. He just only came (home) on weekends. (*So you are not sure?*) No. (*And other partners you had?*) Ja, only one guy from Cape Town. He came to Joburg for the work, but he was not a serious thing (relationship) that's why I'm not including him so much. (*What did you think when you found out your boyfriend was seeing other girls?*) **I was angry. I was cross. I used to cry a lot.**" -Kefilwe

Van Dyk (2001:120) noem dat waar Afrikane wettig of deur middel van *lobola* tradisioneel in die huwelik tree, dit nie noodwendig impliseer dat die man getrou sal wees aan sy vrou nie. Gysels *et al.* (2002:182) konstateer dat seksuele dubbelstandaarde soos in die res van Sub-Sahara Afrika, ook in Suid-Afrika voorkom. Waar dit as normaal beskou word vir die man om verskeie seksmaats te hê, word daar van die getroude vrou verwag om getrou te wees aan haar man. Vroue het egter ook buite-egtelik verhoudings, maar dit kom meer versteek voor as by mans. Die navorser is van mening dat die algemene voorkoms van meervoudige seksmaats onder Noord-Sotho/Tswana-sprekende mans moontlik direk gekoppel kan word aan kulturelepraktyke en -gebruike. Waar poligamie 'n algemene verskynsel was onder meer tradisionele kulture in Afrika noem Van Dyk (2001:120) dat poligamie 'n oplossing voorsien vir probleme wat inherent deel uitmaak van sekere kulturelegebruike. In sommige Afrika-kulture waar seksuele-omgang verbied word tydens of na swangerskap, help poligamie om te voorkom dat die man terloopse seks buite die huwelik gaan soek. Baie kan bereik word deur getrouheid van die man aan al sy vroue in 'n poligamiese gesin aan te moedig en seksuele-omgang buite hierdie gesin af te raai. Poligamie is dan ook veilig net solank as wat al die betrokke individue binne die poligamiese verhouding, MIV-negatief en getrou is. Westerse gesondheidswerkers kyk soms met afkeur na poligamie in Afrika, maar poligamie verminder dikwels ontrouheid, prostitusie, seksueeloordraagbare siektes en MIV. In moderne tye waar die Afrika-man werk gaan soek in ander gebiede kan hy een van sy vroue saamneem terwyl die ander vroue agterbly en na die kinders en eiendom omsien.

Die navorser is van mening dat die eeue oue praktyk van poligamie die basis gevorm het vir baie ander kulturelegebruike en -oortuigings. Daar kan byvoorbeeld gelet word op oortuigings soos dat 'n man baie vroue en kinders behoort te hê om die grond van sy voorvaders te bewerk, of dat 'n man saam met sy baie vroue moet bydra tot die groei van sy stam (Gausset, 2001:512-514; Van Dyk, 2001:118-123). Die navorser is

van mening dat die Noord-Sotho/Tswana-sprekende man se meervoudige seksueleverhoudings dan gebaseer kan word op kulturele-oortuigings wat verband hou met die Afrika-man se eer, veral wat kulturele verwagtinge aanbetref, en die Afrika-man se oortuigings rondom manlikheid, veral wat die aantal vroue en kinders aanbetref. Die navorser is verder van mening dat waar Westerse invloede en geloof poligamie in Afrika teengewerk het, hierdie Afrikane se MIV-risiko dramaties toegeneem het. Daar kan dus gesê word dat respondente se MIV-risiko binne 'n poligamiese verhouding waarin alle huweliksmaats getrou is, nie sou bestaan nie.

Die navorser verkies dan om na Noord-Sotho/Tswana-sprekende mans se meervoudige seksueleverhoudings te verwys as ou tradisionele gebruike wat nie in die hede deur die belangrike kultureleraamwerk ondersteun word, wat benodig word om hierdie verhoudings te beveilig nie. Die navorser verwerp dus idees rondom navorsing wat in die verlede daarop gedui het dat alle Afrika-mans seksueel wild en onversadigbaar is (Gausset, 2001:510-511). Die gevolge van meervoudige seksueleverhoudings soos bogenoem word egter nie ontken nie, en skep ernstige MIV-risiko's vir beide mans en vroue wat in hierdie verhoudings betrokke is. Daar behoort egter onderskeid getref te word tussen seksuele gedrag wat as promisku beskou word in 'n konteks wat nie poligamie of bestaande en oorblywende kulturele-oortuigings en -houdings rondom meer as een seksmaat ondersteun nie, en die motivering vir gedrag wat moontlik eerder kultuur-gebaseer is.

Respondente is ook gevra of hul enige ander seksmaats gehad het terwyl hul in 'n verhouding of huwelik betrokke was met 'n seksmaat. Al 12 respondente het genoem dat hul geen ander seksmaats gehad het terwyl hul in 'n verhouding of huwelik betrokke was nie. Twee (2) respondente noem:

“No because if I get pregnant and I have two boyfriends I don't know which one is the father. I must stay with one boyfriend so that I can know it's that one (who is the father), no matter what it's that one.” -Bonolo

“I'm a kind of person, if I'm with someone I'm just sticking to that person until he get another girlfriend then I say, let's separate.” -Sesi

'n Ander respondent het nie meervoudige seksmaats gehad nie, maar wel vinnig van een verhouding tot 'n volgende beweeg. Hierdie respondent noem:

“You know when you have partners or are in a relationship, it doesn't last. I don't know why. You go into a relationship and it doesn't last, then go to another relationship and it

doesn't last. (*Did you have different boyfriends at the same time?*) No, not at the same time. **When a relationships end I move to another one.** (*How soon do you get a new boyfriend after leaving the previous one?*) It depends on what comes along. **It can be even the next week.**" -Lerato

Dit kom voor dat respondente getrou is aan hul seksmaats en dat praktiese oorwegings soos wie die vader van 'n kind is, van belang mag wees vir hierdie vroue. Dit blyk egter ook dat respondente bewus is van die kortstondige of tydelike aard van verhoudings met Noord-Sotho/Tswana-sprekende mans en laasgenoemde aanvaar as 'n algemene tendens in Noord-Sotho/Tswana-sprekende gemeenskappe. Respondente skroom dus nie om self vinnig van een seksueleverhouding tot 'n volgende te beweeg nie.

9.3.5.7 Sub-tema 5.7: Kondoomgebruik en seksueleplesier

Die navorser is van mening dat 'n belangrike aspek rondom kondoomgebruik aangeraak behoort te word, naamlik seksueleplesier. Al 12 respondente noem dat kondoomgebruik geen verskil maak aan hul seksueleplesier nie, terwyl sommige respondente noem dat hul tyd nodig gehad het om seksuele-omgang met die gebruik van kondome gewoond te raak. Respondente noem die volgende:

"Myself I think that sex is all about people's mind set- if you think you are doing this you will get (have) better (sex), but if you think you are wearing something it's not good. (*How do you experience sex with a condom?*) **To me it feels the same.**" -Sesi

"You know other (some) people don't like it. They say they don't feel like they are having sex. **Before, I used to feel it's not nice, but right now I'm used to it.** It doesn't bother me. It feels different but just a little bit. Sometimes I used to think I don't like sex that much because of the condom." -Kefilwe

"No it's (the sex is) ok. **The sex is from the mind, it's not from the penis and vagina, it's from the mind.** (*So does a condom make a difference to you in terms of sexual pleasure?*) No." -Karabo

"No because **I think the pleasure is all in the mind.**" -Lerato

Davis (2007:1025) het bevind dat jong vroue met persoonlike vertroue in hulself meer geneig is om die moed te hê om weg te breek van die tradisionele definisies van geslagsrolle. Hierdie outeur het verder bevind dat jong vroue se deelname aan die arbeidsmark aanleiding gee tot toenemende selfvertroue en finansiële onafhanklikheid en addisionele rolmodelle voorsien vir beter onderhandeling in gesins- en werksrolle.

Die navorser maak dan ook die aanname dat respondente se kennis, houdings en ervarings rondom kondoomgebruik tans sal verskil van hul kennis, houdings en ervarings rondom kondoomgebruik tydens eerste seksuele-omgang, aangesien hierdie vroue verskeie verhoudings gehad het, hetsy gereeld of terloops, en ook bewus is van hul MIV-status. Daar behoort dus gelet te word op hoe respondente tans voel oor kondoomgebruik en seksueleplesier en die navorser let hier op beide die manlike- en vroulike kondoom.

Dit blyk dat respondente seksuele-omgang op 'n kognitiewe en emosionele vlak beleef en dat seksueleplesier sekondêr is hieraan. Laasgenoemde impliseer egter nie dat respondente nie enige seksuelebehoefte mag ervaar nie, maar dui volgens die navorser eerder daarop dat vroue se seksueleplesier ondergeskik is aan die van mans, selfs al noem respondente dat kondoomgebruik geen verskil maak aan hul seksueleplesier nie.

Elf (11) respondente noem ook dat die meerderheid van hul seksmaats (in die verlede asook tans) nie soortgelyke opinies rondom kondoomgebruik en seksueleplesier onderhou (het) as die respondente nie. Van hierdie respondente noem die volgende:

"Well, they don't feel that way ja, they say it's not the same. Because I used to ask him, that one (a partner). He used to say 'Ah, it's not the same, with this condom I don't feel anything' but he has to use it." -Kagiso

"My husband just says it's not the same. (What does he prefer?) Not using the condom. (Do you think for your husband sex without a condom is more enjoyable?) Yes." -Bontle

"It was difficult for him the first time (he had to use a condom) but now it's ok." -Karabo

"The men they say it's different when you use condom and when you are not using condom, but to me it's not." -Mpho

"They say it's not the same and some I couldn't tell them about my status- so it's either use a condom or nothing. Some people you can't just tell about your status." -Lerato

"He doesn't want it (condoms) and he doesn't like it." -Lebo

"For men it's different. They hate condoms. (Why do you think they hate condoms?) I don't know but they hate condoms." -Bonolo

"I can say most of them (partners) don't like using condoms. They are saying they don't enjoy sex when they are using condoms." -Tebelo

Gómez en Marín (1996:355) verduidelik dat die Afrika-man se seksueleplezier die fokus van opvoeding van jong Afrika-meisies is. Volgens Mataure *et al.* (2000:5) maak ouer mans nie gebruik van kondome saam met jong vroue nie omdat daar geglo word dat hierdie jong vroue maagde is of onervare is, terwyl ouer mans selde daaraan dink dat hulself MIV-positief mag wees en hul seksmaats behoort te beskerm. Jong mans gebruik ook nie kondome nie om soortgelyke redes of as gevolg van 'n tekort aan ervaring. Jong vroue maak nie van kondome gebruik nie omdat hul onervare is en glo dat die ouer seksmaat na hul sal omsien, omdat hul bang is vir verwerping en omdat hul kondome assosieer met immorele gedrag. Daar word dikwels in die literatuur sowel as in hierdie studie na Afrika-mans se negatiewe houding teenoor kondoomgebruik verwys, terwyl daar ook belangrike kulturele redes bestaan teen kondoomgebruik. Van Dyk (2001:122) verduidelik dat Afrikane glo dat die dood deur middel van seksuele-omgang (voortplanting) oorwin kan word en dus onsterflikheid simboliseer. Die navorser is egter van mening dat hierdie studie dui op 'n direkte verband tussen kondoomgebruik en seksueleplezier vir mans. Waar laasgenoemde dan ook gekombineer sou word met kulturele-oortuigings rondom seksuele-omgang en kondoomgebruik wat met immorele gedrag geassosieer word, mag mans dus negatiewe houdings teenoor kondoomgebruik onderhou. Aangesien respondente se seksmaats dit aan hierdie respondente duidelik gemaak het dat hul nie van kondoomgebruik hou tydens seksuele-omgang nie, behoort daar ook gelet te word op die moontlike gebruik van die vroulike kondoom. Gómez en Marín (1996:355) verduidelik dat vroue voor die bekendstelling van die vroulike kondoom essensieel twee keuses gehad het in die voorkoming van MIV: om nie-penetrerende seks te beoefen of die manlike seksmaat te vra om van 'n kondoom gebruik te maak.

Agt (8) respondente noem dat hul nog nooit probeer het om 'n vroulike kondoom te gebruik nie. Een (1) respondent wat al vir 31 jaar met dieselfde seksmaat getroud is noem dat beide sy en haar seksmaat die manlike kondoom verkies, aangesien hul dit moeilik vind om die vroulike kondoom te gebruik. Ander respondente wat nog nooit die vroulike kondoom gebruik het nie noem die volgende:

*"(Have you ever used a female condom?) No, but I know about it. (Do you prefer male or female condom?) The male condom, because that one is very simple. **The other one (female condom), eish it's so difficult.** (Is that why you prefer the male condom?) Yes."* -Kagiso

“(Have you ever used a female condom?) No. (Why not?) Sometimes I say I’m just going to try it. (What do you think of female condom?) **I think the female condom is safe because if the man doesn’t want to use that one (the male condom)** then you can use it (the female condom). (Do you prefer the male or the female condom?) The female condom. (But you haven’t tried it yet so why do you prefer it?) Because the man complain that the male condom always they do such and such a thing, **but if it’s (the female condom) in your body maybe the man will be free.** (Do you think he will then enjoy sex more?) Yes.” -Bontle

“(Have you ever used the female condom?) No. (Would you like to use the female condom?) Yes, because **they say the female condom is safe-** a hundred percent because it cannot burst like the male one. (Why haven’t you used a female condom yet?) If I get the boyfriend I’ll try it, cause I’m going to show him and then use the female one (condom).” -Mpho

“(Have you ever used a female condom?) No. (What do you think about the female condom?) **To me it’s weird. You have to insert that thing. What if that thing never come out.** It’s my personal view, but I’m not telling anyone because you can be a great influence in telling people to use condoms. **I’m scared of it (female condom). It’s a big thing and even the top part is a thick thing.** (Do you prefer the male or female condom?) The male condom because the female one is scary to me.” -Lerato

“(Have you ever used a female condom?) No. (What do you think about the female condom?) **It protects you against disease.** (Do you like the female condom?) Yes. (Why don’t you use it then?) I don’t know.” -Lebo

“(Have you ever used a female condom?) No. (What is your opinion of a female condom?) **It’s a beautiful thing but I don’t know how to use it.** (If someone shows you how to use it, will you use it?) Aah, I will have to get used to it.” -Bonolo

“(Have you ever used a female condom?) No. (What do you think of the female condom?) **I like it but I can’t use it because I’m scared of it- that ring.** That ring is big! (Would you like to try the female condom?) No. (Do you prefer the male or the female condom?) The male condom because I’m not the one that’s using it (have to wear it).” -Tebelo

Die helfte (4) van die bogenoemde respondente noem dat hul die manlike kondoom verkies, aangesien daar sekere vrese en verwarring rondom die vroulike kondoom bestaan. Vier (4) respondente wat nog nooit van die vroulike kondoom gebruik gemaak het nie noem egter dat hul wel bereid is om die vroulike kondoom te gebruik, aangesien dit verskeie voordele inhou soos dat veilige seksuele-omgang dan in die vrou se hande gelaat word.

Vier (4) respondente het al van die vroulike kondoom gebruik gemaak of gepoog om die vroulike kondoom te gebruik. Een (1) van hierdie respondente verkies die vroulike kondoom bo die manlike kondoom. Drie (3) van hierdie respondente noem

dat hul die manlike kondoom bo die vroulike kondoom verkies. Respondente noem die volgende rondom die vroulike kondoom:

“(Have you ever used a female condom?) Yes. (What do you think of it?) It’s nice, it’s all right. (Do you prefer the male or female condom?) The female condom. I think even if the guy said ‘I’m not going to wear a condom’ you know that you are wearing the condom, you did protect yourself.” -Sesi

“(Have you ever used a female condom?) Yes, I don’t like it. It makes noise and is too big. I prefer the male condom.” -Kefilwe

“(Have you ever used a female condom?) Yes I did try it but I failed to use it. It (female condom) is helpful, but I can't use it- I did try it. It’s very difficult (to use). (Do you prefer the male or the female condom?) The male one. (Do you prefer it because it’s easier to use?) Yes.” -Karabo

“(Het jy al ooit die vroulike kondoom gebruik?) Ja. (Wat dink jy van die vroulike kondoom?) Ek kan hom nie insit nie. (Het jy al probeer?) Ja hy’s moeilik. (Verkies jy die manlike of vroulike kondoom?) Van die man. (Hoekom?) Want daai een (vroulike kondoom) ek kan hom nie insit.” -Katlheho

Dit blyk vir die navorser dat die gebruik van die vroulike kondoom om verskeie redes nie populêr is onder respondente nie. Die navorser is van mening dat meer kennis en inligting rondom die vroulike kondoom, vroue mag aanmoedig om van hierdie kondoom gebruik te maak. Dit blyk egter dat die manlike kondoom bo die vroulike kondoom verkies word en vroue behoort dus aangemoedig te word om self die manlike kondoom te voorsien of beskikbaar te hê indien hul nie van die vroulike kondoom gebruik wil maak nie.

9.3.5.8 Sub-tema 5.8: Hoë MIV-risiko verhoudings

Onder hierdie sub-tema word daar gelet op die verhoudings waarin respondente oortuig is hul MIV opgedoen het. Laasgenoemde voorsien die navorser van ’n meer gedetailleerde beeld van watter tipe verhoudings die belangrikste MIV-risiko ingehou het vir hierdie vroue. Nege (9) respondente is oortuig dat hul moontlik weet in watter verhouding MIV-infeksie voorgekom het. Die volgende kategorieë is geïdentifiseer vir verhoudings waarin respondente glo hul moontlik MIV opgedoen het:

Eggenoot

“The first time (when I found out I was HIV positive) I was so angry. I say (to myself) I don’t have boyfriends but I’m (HIV) positive. How can that be? My husband was working in Joburg that time. I was so angry, angry! I don’t want the children to develop anger to their father because I was blaming him. (So your husband was the first person you thought infected you with HIV?) Yes and immediately when I got my results I went to him in Joburg and gave

him the result and said **'See what you've done'**. He was so angry with me. He said 'no it's not me. You are at home having boyfriends. I know nurses like men'. I said to myself 'Let me divorce this bastard' but because of the counselling I get and I told my counsellor about this and she said 'First of all what are you going to do with these three children?'. -Pulane

"I just **suspect but I can't be sure- my husband**. (*Why do you suspect your husband?*) Because when I experienced **the time I started to become sick I was in the marriage and for a long time** I was not having any problems or symptoms and I delivered the children normally, no problems. And I even take my children, all of them for (HIV) tests." -Karabo

Aangesien slegs drie (3) respondente getroud is en een (1) respondente geskei is, blyk dit dat die helfte van die respondente wat getroud is of voorheen getroud was, oortuig is dat hul moontlik MIV vanaf 'n eggenoot opgedoen het.

Vader van kinders

"**The father of my second child that passed away**, because with the father of my first child, my child was negative and I didn't have anything (symptoms), but with the second one when I tested, I tested positive. **And even his other girlfriend (partner's other girlfriend), she tested positive**. (*How did you find out the other girlfriend was also positive?*) **My boyfriend told me she was going to have a child and the clinic said she was (HIV) positive**." -Bontle

"I can say I suspect my ex-boyfriend, **the father of my child (who died) because he was the one I was not using condoms with**. (*Did you have partners before him that you didn't use condoms with?*) Yes. (*Don't you suspect that any of your other partners might have infected you?*) No because that was before I was 18 years old (respondent became sick after pregnancy when she was older). (*Was there anything that led you to believe the father of your child had HIV when you were with him?*) No because I didn't know about HIV that time. (*How did you find out you were HIV positive?*) **The baby passed away and after she passed away I started to be sick**. (*What symptoms did you have?*) My feet were painful. My whole body was painful and I was unable to walk. (*Did you go to the hospital?*) Yes for a consultation then they send me home. (*Were you tested for HIV when you were at the hospital?*) No they didn't (test me). I don't think they thought I was HIV positive. (*Did you think you were HIV positive?*) No. (*When did you suspect you might be HIV positive?*) My mother encouraged me to do the HIV test. She thought I was positive. I was not ready to go (for the test). I did come (to the hospital) but I refused to be tested. Then they bring me here (to the clinic to be tested). (*Were you afraid to be tested?*) No I was not afraid I just wanted to prepare myself when I do the test. I (at first) refused to do it because my mother was the one who wanted me to do it. Then I said I will come when I'm ready. It didn't take me long (to get tested). It was only a week I decided and told my mother 'You can take me to the clinic'. (*Did you think you might test positive for HIV?*) Yes, because I was sick. I was ready for anything at that time. (*Were you shocked when you got the results?*) No." -Tebelo

Dit blyk uit bogenoemde dat daar duidelike tekens was van verhoogde MIV-risiko soos dat die seksmaat ook 'n ander vriendin gehad het en dat hierdie vriendin MIV-positief was. Respondente het klaarblyklik min ag geslaan op hierdie tekens van verhoogde MIV-risiko, moontlik as gevolg van 'n tekort aan relevante inligting.

Seksueleverhoudings met die vaders van respondente se kinders word dan deur die navorser as hoë risiko-verhoudings beskou, aangesien die voorkoms van swangerskap dui op 'n tekort aan veilige seksuelepraktyke, wat weer verhoogde MIV-risiko impliseer.

Vorige seksmaats

"Yes a boyfriend, but not the father of my child. (*How long were you with that boyfriend?*) Three years. (*How do you know that this boyfriend infected you with HIV?*) I was living at Tembisa and **when I came back my boyfriend had another girlfriend. So I went to the clinic to be tested for HIV and I was HIV positive.**" -Lebo

"I think it was this one (**partner**) **who passed away**. Before 1999 I tested and I was sick and sick and sick, so I go to test in 1998. That time I was testing HIV negative. Then I meet this one (partner) who passed away. **After he passed away then I go to test then I find I'm HIV positive.** (*Did you go for a test because you thought he was HIV positive?*) Yes, then I get (find) myself HIV positive." -Mpho

"If I can change things I will change the time that I met that guy (first boyfriend) because he's the one that gave me this thing (HIV). I've been HIV-positive for maybe more than 10 years, but I didn't know. **Before I found out that I'm positive he used to stay with another lady.** They even got the baby. **The baby died- the girlfriend died**, you see. So that's why I find out that maybe this guy is the one that gave me the problem (HIV). I came here to test with my husband. My husband is negative- I'm positive. So when they check because my CD4 count was six and I was very sick, so when they check at the laboratory they tell me that maybe it's 10-11 years I've been living with that thing (HIV)." -Kefilwe

Na aanleiding van bogenoemde mag dit van belang wees om jong vroue bekend te maak met MIV-verbandhoudende simptome en hul aan te moedig om ondersoek in te stel na siekte en sterftes rondom hul seksmaats en die seksmaats se ander of vorige vriendinne. Sodoende kan jong vroue hierdie verhoudings vermy en hulself andersins beveilig deur kondoomgebruik.

Huidige seksmaat

"Ek het net een (seksmaat) gehad saam met wie ek gebly het. Toe los ek hom en bly saam met hierdie boyfriend wat ek nou het. (*Dink jy dat jou huidige seksmaat jou met MIV geïnfekteer het?*) Ja. (*Het enige een van julle twee vooraf geweet wat julle MIV-status was?*) Nee. (**Hoekom dink jy dis hierdie seksmaat wat jou met MIV geïnfekteer het?**) **Want ek het (toe en nog saam vorige seksmaat was) gegaan vir 'n blood test en dit was negative. (Hoekom het jy vir jou eerste MIV toets gegaan?) Want ek was pregnant.** (*Hoekom het jy vir die tweede MIV toets gegaan?*) Ons het hier gekom (na die kliniek toe) saam my uncle se vrou. Sy moes 'n blood test kry toe sê ek wil ook die blood test maak om te sien hoe staan ek. (*Het jy toe vir die eerste keer uigevind jy is MIV-positief?*) Ja. (*Wat het jy gedoen toe jy uitvind jy is MIV-positief?*) Ek het niks gemaak. (*Het jy geskrik toe jy uitvind?*) Nee. Hulle het my gecounsel. (*Het die berading gehelp?*) Ja. Hulle sê vir my 'Jy sien ons vat die blood test en

wanneer jy sien die twee strepie jy moet weet jy's HIV (positief) en wanneer jy sien een strepie jy's negatiewe' en toe kom daai twee strepies op. Hulle sê toe 'Jy sien jy's HIV (positief). Jy moenie worry nie, baie mense is siek en jy sien hulle lewe lekker'. *(Het jy nie gedink dat MIV-infeksie jou lewe in gevaar stel nie?)* Nee." -Katlho

Hierdie respondent het ook onder vorige sub-temas erken dat sy slegs vir 'n kort tydperk kondome gebruik het saam met haar huidige seksmaat:

"Aan die begin het ons drie weke kondome gebruik en toe los ons dit. *(Hoekom het julle opgehou om kondome te gebruik?)* Ons het nie geweet nie. *(Hoekom het julle dan die eerste drie weke kondome gebruik?)* Want ek ken nie sy lewe nie. *(Wat sien jy toe na drie weke?)* Hy't 'n mooi lewe. *(Beteken dit jy het gesien dat hy nie seks het met ander vroue nie?)* Ja." -Katlho

Dit blyk dus dat 'n kombinasie van tekort aan kennis rondom die seksmaat se seksuele verlede sowel as 'n tekort aan kondoomgebruik veral 'n rol speel waar die respondent oortuig is dat haar huidige seksmaat haar met MIV geïnfecteer het.

Verkrachter

"I was raped then I went to the clinic then they took the blood. I think it was the rape, but I couldn't know. *(You said you always used condoms when you had sex with your partners?)* Ja." -Lerato

Aangesien respondente doelgerig geselekteer is, maak die navorser geen aannames rondom MIV-infektering van vroue in die Limpopo Provinsie deur middel van verkrachting nie. Dit blyk egter dat verkrachting in hierdie studie wel na vore getree het as moontlike wyse waarop een (1) respondent wat andersins altyd van kondome gebruik maak in haar seksuele verhoudings, met MIV geïnfecteer is. Die navorser beskou dus verkrachting as moontlike roete van MIV-infeksie, wat impliseer dat waar verkrachting voorkom daar daadwerklik opgetree moet word om die slagoffer van die nodige medikasie te voorsien om MIV-infeksie te voorkom. Verkrachting word egter meer volledig onder mishandeling van die vrou bespreek.

9.3.5.9 Opsomming van Tema 5

Hierdie tema het aangedui dat alle respondente gereelde of permanente verhoudings gehad het, en die meerderheid respondente ook terloopse verhoudings gehad het. In gereelde verhoudings is daar selde van kondome gebruik gemaak, terwyl die helfte van alle respondente wat terloopse verhoudings gehad het, in hierdie verhoudings van kondome gebruik gemaak het. Alle respondente wat terloopse verhoudings gehad het,

het hierdie verhoudings as negatief ervaar. Die meerderheid respondente was nooit getroud nie, hoewel respondente positiewe houdings rondom die huwelik onderhou. Respondente word egter selde deur hul seksmaats gevra om in die huwelik te tree, en laasgenoemde mag veral verband hou met die betaling van *lobola*. Hoewel *lobola* steeds 'n belangrike kulturele waarde dra vir respondente, word *lobola* selde betaal. Respondente is oortuig dat *lobola* nie impliseer dat die vrou moet toegee aan haar man se seksuele vereistes nie, hoewel sommige respondente voel dat die betaling van *lobola* tog laasgenoemde impliseer. Alle respondente noem dat hul vorige of huidige seksmaats ander seksmaats gehad het terwyl hul steeds in 'n verhouding/huwelik met die respondent was. Respondente self het egter geen ander seksmaats gehad terwyl hul in 'n verhouding/huwelik betrokke was nie. Respondente het genoem dat kondoomgebruik geen verskil maak aan hul seksuele plesier nie, maar dat die meerderheid seksmaats nie van kondoomgebruik hou nie. Die meerderheid respondente verkies die manlike kondoom bo die vroulike kondoom, en het nog nooit van die vroulike kondoom gebruik gemaak nie. Respondente wat oortuig is dat hul weet in watter verhoudings hul MIV opgedoen het, noem dat MIV aan hul oorgedra is vanaf 'n eggenoot, vader van hul kinders, 'n vorige seksmaat, 'n huidige seksmaat of deur middel van verkragting.

9.3.6 Tema 6: Die vrou as enkelouer

Ses (6) respondente tree tans as enkelouers op waarvan vyf (5) respondente nooit getroud was nie en een (1) respondent geskei is. Nog een (1) respondent wat tans getroud is het in die verlede voordat sy in die huwelik getree het as enkelouer opgetree. Onder hierdie sub-tema het slegs een (1) respondent genoem dat sy geen behoeftes of probleme as enkelouer ervaar nie. Die volgende behoeftes is onder ander respondente wat as enkelouers optree geïdentifiseer:

Vaders van kinders poog om na kinders om te sien, maar is nie finansiëel daartoe instaat nie

"The first child I looked after, the second child the father tried (to care for) but he didn't have enough salary." -Bonolo

(When did he stop supporting the children?) "It was in 2000. I did try for the maintenance in 2002 so he did maintain for about three months and then the fourth month they call me to court that (because) **he say he's not working anymore- he don't have any money to support the children.** I just say 'God please help me to find a job to support my children. I'll never follow him (ex-husband). I'll never do anything to him' till today." -Karabo

Vaders het dikwels geen kontak met hul kinders nie, terwyl sommige kinders ook nog nooit hul vaders ontmoet het nie

"(Does he help pay for anything for the child?) No. (Does he come to see the child?) No. (Do they have any relationship?) No." -Bontle

"(Do the different fathers of your children help support the children financially?) No. (Do the fathers see the children?) No. (Are the fathers part of the children's lives in any way?) No. (How do you feel about that?) Sometimes they (the children) ask me 'Who is my father? I want to meet my father' then I find it very difficult to tell them. I did tell them 'You, your father is this and this, and you, your father is this and this'. (How did the children react?) They say they want to meet them. (Did they meet their fathers?) No. (Have they tried to meet their fathers?) No." -Sesi

Vaders van kinders se kontak met kinders is minimaal waar dit wel voorkom

"He (the father of the child) just buys him some fruit sometimes. Sometimes he (the father) comes and takes him and sleep with him there where he's staying." -Kagiso

Vaders wat kontak wil hê met hul kinders is onderhorig aan tradisionele vereistes soos dat hul slegs gedeeltelike toegang tot kinders het, indien die vader nie lobola betaal het nie

"But in my culture the father must pay lobola to get inside the house and see the children. If the fathers (of my children) want to see the children I go to the gate (of the house) with the child (because the fathers didn't pay lobola)." -Bonolo

Respondente wat as enkelouers optree ervaar veral probleme met die finansiële onderhouding van hul kinders

"(Is it difficult for you to be a single parent?) Yes. (Why is it difficult?) Because I can not always support my child very well." -Lebo

"Actually it's too difficult- it's very, very difficult. (Why?) Because of being a single parent everything is about you. When there's no mealie meal-it's you. The school fees and everything and you know sometimes you find you don't have money to maintain the children but you just have to survive through that things that are there at that time. -Karabo

Respondente wat as enkelouers optree ervaar probleme rondom die dissiplinering van hul kinders in die afwesigheid van 'n vader asook die ondersteuning van MIV-positiewe kinders in die afwesigheid van 'n vader

"(Is it difficult to be a single parent?) Ja, financially and even to call the children to order. As I said before my first born she just do whatever she wants to do and I did try to talk to her. Sometimes I'm thinking that if the father was there maybe she was going to listen to him, but there's nothing we can do right now. (How long has this daughter been HIV positive?) Since last year (2007) January. (Did she go for HIV testing at that time?) Yes. (Was it hard for you when you found out she is HIV positive?) Very, very. It was so painful to me- thinking what I'm going to do, why she did this because she knew my (HIV positive) status. There were so many questions without answers." -Karabo

Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) het gevind dat die Afrika-vrou in baie gesinne in Suid-Afrika as hoof van die huishouding optree waar die vader

nie teenwoordig is nie. Hierdie vrou neem alle verantwoordelikheid vir hul kinders op hulself, en hierdie gesinne word veral in armoedige plattelandse- en stedelikegebiede gevind. Ten spyte van die gebruik van voorbehoedmiddels onder hierdie vroue wat as enkelouers optree, is die hoofsaak van die swangerskappe ongewens en onbeplan en neem die vaders van hierdie kinders selde verantwoordelikheid vir die finansiële-, emosionele- of praktiese ondersteuning van die kind. Die moeder verlaat dan skool en bring so 'n einde aan haar persoonlike ontwikkeling, en is kwesbaar vir armoede, seksuele-uitbuiting, geweld en 'n lae selfbeeld. As gevolg van die moeder se jeugdige ouderdom is die kind ook kwesbaar vir perinatale sterfte, en indien die kind gebore word is dit dikwels in omstandighede waarin die kind nie emosioneel of finansiële ondersteun kan word nie. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) konstateer verder dat in 'n onderdrukkende patriargale-, ekonomiese-, sosiale- en kulturelesisteme waardeur vroue van hul mag ontnem word, hoë geboortesiferys onder ongetroude en enkelouer-moeders 'n rasionele reaksie is. Die navorser sien bogenoemde egter nie as rasionele reaksie nie, aangesien dit slegs negatiewe gevolge vir hierdie vroue inhou. Die navorser is van mening dat vir vroue wat as enkelouers optree, soos onder ander rolle van die vrou bespreek, daar ook moontlike redes mag bestaan vir waarom hierdie vroue steeds kinders wil hê of ongewenste en onbeplande swangerskappe steeds voorkom. Hierdie redes mag veral kulturelewaarde dra en ook verband hou met die vrou se behoefte om kinders te hê, terwyl lae voorbehoedmiddelgebruik en veral mans se negatiewiteit teenoor kondoomgebruik en die afwesigheid van kinders se vaders hierby ingesluit behoort te word. Die navorser is van mening dat daar dus nie na hierdie hoë geboortesiferys onder ongetroude en enkelouer-moeders as rasionele reaksie verwys kan word nie, maar dat vroue se situasie meer gekompliseerd is en keuses ten opsigte van swangerskap dikwels uit vroue se hande geneem word, juis as gevolg van ekonomiese-, sosiale- en kulturelesisteme waardeur vroue van hul mag ontnem word.

9.3.6.1 Sub-tema 6.1: Probleemgedrag onder enkelouer-kindere

Die navorser let onder hierdie sub-tema op probleme wat deur enkelouers met hul kinders ervaar word. Uit die sewe (7) respondente wat enkelouers is of voorheen as enkelouer opgetree het, noem vier (4) respondente dat hul kinders te jonk is om enige

probleemgedrag te toon. Drie (3) respondente wat as enkelouers optree ervaar egter die volgende probleme met hul kinders:

Dissiplinerings van kinders

“Ja I’ve got a problem (with discipline) because I’m trying but it’s not working sometimes. It’s working for others (some of the children) and to others it’s not working. **It looks like they don’t listen to me, they just say ‘no’. I don’t know what they think.**” -Karabo

Kinders wat nie skool toe wil gaan nie

“Ja, I already told you about that one (oldest child) she’s HIV positive. That oldest one (doesn’t go to school). **She’s still in grade 11 now and 21 years old.** Even the second born he was also like that but he did change a lot.” -Karabo

Kinders wat jonk seksueel-aktief raak

“The one who is HIV positive (was sexually active at a young age). **Actually she fall pregnant at 16 years.**” -Karabo

“He said ‘I don’t like girls’. I said ‘**But I see condoms.** What are the condoms doing here?’.” -Bonolo

Kinders wat alkohol misbruik

“When the business man come (and say to my son) ‘Don’t drink and drink. Come and work at the shop here’ then they give him money (for his work) **he go drink Monday to Monday and don’t go to work again.** Then the other business man take him, so it’s the same. When he get money he go to drink Monday to Monday and not go back to work.” -Mpho

Kinders wat as prostitute optree

“The first born I think so because of when she’s not at home, where she is? I suspect that (she prostitutes herself). **You know I can say she’s doing that but not on the street.**” -Karabo

Kinders wat by bendes betrokke raak

“Ja this one (oldest child), ai, **he get in the gang.** He drink Monday to Monday and he doesn’t work.” -Mpho

Kinders wat by misdaad betrokke raak

“Yes, (he is involved in crime) because **they (son and his friends) drink and they fight, then the police came and they took him to the station.**” -Mpho

Kinders wat kinders van hul eie het

“My first born she’s just a naughty girl- **she just left whenever she wants and then left her daughter here (with me).**” -Mpho

McNulty en Bellair (2003:714) het bevind dat afwyking van die tradisionele twee-biologiese-ouer gesin negatiewe gevolge vir kinders inhou as gevolg van versteuring, beperkte hulpbronne en ’n minder optimale sosialiseringomgewing. Die volgende

belangrike bevindings is deur McNulty en Bellair (2003:714-15) gemaak rondom die verband tussen gesinstrukture en misdaad onder jeugdiges:

- Egskeiding, opbreking of sterfte van 'n ouer, veroorsaak oorlaaide verantwoordelikhede vir die oorblywende ouer, wat aanleiding gee tot gesinsbestuur waardeur die ouer se vermoë om ondersteuning te bied en beheer uit te oefen, beperk word.
- Die vereistes wat aan enkelouers gestel word mag oorweldigend wees, veral waar ekonomiese hulpbronne beperk is. Beheer en sosialisering van kinders mag dus meer problematies wees as in gesinne waarby albei ouers teenwoordig is.
- Enkelouers het minder (opvoedkundige) hulpbronne om aan hul kinders te voorsien, minder tyd om kinders aktief te monitor en toesig te hou, en staan 'n kleiner kans om 'n sterk ouer-kind band te vorm as gevolg van ekonomiese spanning.
- Enkelouers faal in die daarstelling van duidelike verwagtinge, terwyl beperkte supervisie en oordadige of inkonsekwente dissipline ook deur enkelouers toegepas word.
- Kinders uit armoedige enkelouer-gesinne neig om swakker verbintenisse te hê met hul gesinne en skole, en loop 'n groter risiko om betrokke te raak by bendes, misdaad en gewelddadige gedrag as kinders uit gesinne met beide ouers.
- Swak gesinsverbintenisse mag 'n invloed uitoefen op misdadige gedrag onder jeugdiges deurdat kinders se sensitiwiteit vir ouerlike opinies en dissiplinerende beheer geminimaliseer word en verpligtinge teenoor konvensionele bronne van beheer soos skole, verlaag. Kinders se kwesbaarheid vir invloede buite die gesin soos groepsdruk en bendes verhoog dan.
- Oneffektiewe ouersorg word verbind met swak selfbeheer by kinders asook kinders se betrokkenheid in misdadige en gewelddadige gedrag.

Bogenoemde studie stem ooreen met probleme wat deur respondente in hierdie studie beleef word. Respondente wat genoem het dat hul kinders nog te jonk is om probleemgedrag te toon, mag volgens die navorser moontlik later ook soortgelyke probleme ervaar wanneer hul kinders ouer word. Probleme wat deur respondente as enkelouers beleef word, is vir die maatskaplike werker 'n belangrike aanduiding van watter behoeftes aangespreek behoort te word, asook die betrokkenheid van diverse

instansies en organisasies waarheen die maatskaplike werker hierdie enkelouers kan verwys. Hoewel bogenoemde probleme slegs by drie (3) respondente voorkom is hierdie probleme wat hul met hul kinders ervaar, van ernstige aard. Die navorser maak die aanname dat hierdie probleme verband mag hou met die afwesigheid van hierdie kinders se vaders wat as rol modelle sou kon optree vir kinders, sou kon help om dissipline toe te pas en finansiële ondersteuning sou kon bied ten einde aspekte soos kinders wat as sekswerkers optree, uit te skakel.

9.3.6.2 Sub-tema 6.2: Enkelouerskap en kulturele verantwoordelikhede

Aangesien vyf (5) van die sewe (7) respondente wat tans as enkelouers optree of in die verlede as enkelouers opgetree het, nooit getroud was nie, wou die navorser let op kulturele tendense in Noord-Sotho/Tswana-sprekende gemeenskappe rondom hierdie algemene verskynsel. Die navorser poog dus om te bepaal of daar enige kulturelegebruike bestaan waardeur Noord-Sotho/Tswana-sprekende gemeenskappe ondersteuning bied aan hierdie vroue wat as enkelouers optree. Hierdie bespreking rondom swangerskap onder jong ongetroude Noord-Sotho/Tswana-sprekende meisies kan verder gesien word as 'n aanvangsfase tot enkelouerskap, aangesien hierdie studie reeds gedui het op die afwesigheid van vaders van respondente se kinders. Daar is dus onder hierdie sub-tema gelet op die kulturele verantwoordelikhede van die ongetroude swanger Noord-Sotho/Tswana-sprekende meisie, die vader van die kind, die ongetroude swanger Noord-Sotho/Tswana-sprekende meisie se familie en die vader se familie. Respondente het ook praktiese of nie-kulturele verantwoordelikhede saam met bogenoemde genoem en hierdie verantwoordelikhede word dus ook bygevoeg.

Respondente noem die volgende kulturele verantwoordelikhede van die ongetroude swanger Noord-Sotho/Tswana-sprekende meisie:

- Sy moet die naam van die kind se vader aan haar ouers bekend maak sodat hulle die vader se ouers kan kontak.
- Sy moet die kind versorg wanneer die kind gebore word.

Praktiese of nie-kulturele verantwoordelikhede van die ongetroude swanger Noord-Sotho/Tswana-sprekende meisie:

- Sy moet haar swangerskap met haar ouers bespreek sodat daar besluit kan word of sy die swangerskap sal voortsit of 'n aborsie sal ondergaan.
- Sy moet aansoek doen vir 'n toelaag by die Staat om die kind te onderhou.
- Sy moet haar skoolopleiding voltooi.

Een (1) respondente noem:

"I don't know because these days many kids are pregnant. They are having children. **We are just getting used to it that small girls are getting pregnant now. It's not the right thing, but what can we say.**" -Kefilwe

Rondom die kulturele verantwoordelikhede van die vader van die kind noem respondente die volgende:

- Hy moet die meisie se swangerskap aan sy ouers bekend maak.
- Daar moet bepaal word of die vader 'n inkomste het – indien hy geen inkomste het nie word sy ouers finansiëel verantwoordelik gehou vir onkoste rondom die swangerskap.
- Hy moet "skadevergoeding" of *damages* aan die meisie se ouers betaal. Indien hy *damages* betaal impliseer dit dat hy verantwoordelikheid neem vir die swangerskap en dus betrokke sal wees daarby.
- Hy moet besluit of hy met die meisie wil trou of nie.

Praktiese of nie-kulturele verantwoordelikhede van die vader van die kind:

- Indien 'n aborsie oorweeg word, behoort die vader finansiële verantwoordelikheid daarvoor te dra.
- Hy moet vir die kind klere koop of sy ouers moet vir die kind klere koop.
- Hy moet finansiële ondersteuning aan die meisie bied tydens en na afloop van die swangerskap soos byvoorbeeld hospitaal onkoste en vervoer na en vanaf die hospitaal.

Een (1) respondente noem egter:

"Ai, **the fathers, truly speaking to me the fathers, they are useless.** They have to do it (take responsibility), they should do it, but they are not doing it." -Sesi

Rondom kulturele verantwoordelikhede van die familie van die ongetroude swanger Noord-Sotho/Tswana-sprekende meisie, noem respondente die volgende:

- Die meisie se familie moet met die vader se familie gaan onderhandel om te bepaal of *damages* betaal gaan word en of die vader met die swanger meisie gaan trou.
- Die meisie se familie moet alle onkoste rondom die swangerskap en die latere versorging van die kind onderneem, indien die vader van die kind of sy familie geen bydra wil lewer nie.

Respondente verduidelik bogenoemde onderhandelings tussens families soos volg:

“We go there to the boyfriend and we sit down with his parents. **We talk to them (saying) ‘Your son has got our daughter pregnant’. Then we negotiate.** Maybe they say ‘We are going to pay for the pregnancy (damages) or to support the child’. They have to decide.” - Mpho

“As a parent we have to take the girl to the house of the boy and then told the parents and their boy ‘You know this girl? How do you know her?’ and then after explaining everything we can say ‘**Are you going to marry her or pay the damage**’.” -Karabo

“The elders go to that family and say ‘Your boy did this (made the girl pregnant)’. **If the boy say ‘no (it’s not his child)’ it’s a big problem because her family must look after her and deal with the pregnancy** on their own then.” -Bonolo

Praktiese of nie-kulturele verantwoordelikhede van die familie van die ongetroude swanger Noord-Sotho/Tswana-sprekende meisie:

- Die meisie se familie moet sorg dat sy haar skoolopleiding voltooi deur te help om na die kind om te sien.

Kulturele verantwoordelikhede van die vader van die kind se familie word soos volg deur respondent omvat:

- Indien *damages* nie betaal word nie behoort die vader se familie verantwoordelikheid te neem vir onkoste aangaande die swangerskap.
- Indien die vader se familie nie die meisie weggejaag het by hulle huis toe hulle haar daar sien oorslaap het nie, behoort hulle *damages* te betaal of finansiële verantwoordelikheid te neem vir onkoste aangaande die swangerskap.

Laasgenoemde word soos volg deur een (1) van die respondente verduidelik:

“Ja, because maybe they didn’t even chase away this girl when she came to sleep at their place. **Because these days these girls just come and sleep in the house with you and when you wake up in the morning she’s just going out.** So if the parents (of the boy) don’t chase away this girl, they must do something (to support the pregnant unmarried girl). (*Do you see young girls going to their boyfriends’ houses in your community?*) Ja most of the time you see that. **Even at home my younger brother, he is born in 1989, he’s about 17-18 now,**

he's got a baby. The girl used to come to my parents' house so my granny used to tell us **'You know there is a girl that sleep here.** I see her when she goes out. I want to go to her family and talk to her family to not allow their kids to sleep here'. **By that time it was already too late- the girl was pregnant. So we take care of the baby.** My younger brother is not working. **My mother is the one who buys the nappies and everything.** Other (some) months I buy milk myself and my younger sister, the one who is coming after me (younger than me) we change (take turns to buy food for the baby)- this month I'm the one who's buying milk and porridge, things like that." -Kefilwe

Hoewel bogenoemde respondent se situasie daarop dui dat sy en haar familie verantwoordelikheid neem vir haar jong broer se kind, noem ander respondente dat die vader se familie deesdae nie meer so gewillig is om verantwoordelikheid te neem vir die swangerskap nie:

"Some...eish. **They don't want to hear anything about their son having a child next door.** No, they don't want that. **Nowadays they would say that their son is using condoms, but they (the sons) don't.** They (the father's family) would say **'It's not his child, go and make another plan, not that one'**." -Kagiso

"They have to look after their grandchild, but most of them if you don't go to them and say 'Your child did get my daughter pregnant' **they are not going to do that (take responsibility).**" -Sesi

Praktiese of nie-kulturele verantwoordelikhede van die familie van die vader van die kind:

- Die vader se familie moet sorg dat die vader sy skoolopleiding voltooi.

Ten einde te bepaal of kulturele verantwoordelikhede onder bogenoemde partye nagekom word het die navorser gelet op agt (8) respondente wat nog nooit getroud was nie, maar wel swanger was. Al agt (8) respondente het genoem dat hierdie kultureleprosesse nie gevolg is nie. Respondente gee die volgende redes vir waarom dit nie gevolg is nie:

- Die respondent het nooit die vader van die kind ingelig dat sy swanger is nie.
- Respondente het nooit die vader se familie ingelig dat hul swanger is nie.
- Die vader van die respondent se kinders het nie sy familie ingelig dat die respondent swanger is nie.
- Die respondent het swanger geraak by iemand uit 'n kultuurgroep wat onaanvaarbaar was vir haar ouers.
- Vaderskap is deur die vader van die kind ontken.
- Vaderskap is deur die vader se familie ontken.

- Die respondente se ouers is oorlede en kon dus nie met die vader se familie gaan onderhandel nie.

In laasgenoemde geval het die respondente se suster aanbeveel dat sy eerder 'n ander man vind wat haar en haar kind finansiëel kan ondersteun:

“Why don't you **get a boy who can help (support) you.**” - Mpho

Die navorser is van mening dat bogenoemde daarop dui dat swangerskap onder ongetroude meisies in Noord-Sotho/Tswana-sprekende gemeenskappe gesien kan word as die aanvang van enkelouerskap vir hierdie jong vroue. Daar bestaan dus 'n groot leemte wat ondersteuning vanaf die vaders van kinders en hul families aanbetref. Daar is volgens die navorser ook geen ooreenkoms tussen wat in Noord-Sotho/Tswana-sprekende gemeenskappe aangedui word as verantwoordelikhede van betrokke partye, en wat in werklikheid in hierdie gemeenskappe gebeur nie. Laasgenoemde is 'n belangrike voorbeeld van ou kulturele waardes wat nie kan funksioneer sonder die nodige tradisionele struktuur om dit te ondersteun nie. Aspekte soos eerlikheid en respek wat van integrale belang is om hierdie kulturele waardes te laat vorm aanneem, kom dus kort. Die vaders van kinders se familie kan dus vaderskap van die kind in twyfel trek en sodoende alle verantwoordelikhede vir die swangerskap vryspring. Die swanger ongetroude Noord-Sotho/Tswana-sprekende meisie se eerlikheid word sodoende in twyfel getrek, terwyl belangrike kulturele verantwoordelikhede met geen of min respek benader word. Gevolglik is die jong meisie of haar moeder self verantwoordelik vir die versorging van hierdie kinders.

9.3.6.3 Sub-tema 6.3: Nakoming van vaders se pligte teenoor kinders

Na afloop van die vorige sub-tema word daar onder hierdie sub-tema gelet op respondente se opinies rondom Noord-Sotho/Tswana-sprekende vaders se verantwoordelikheid teenoor die kinders wat hul by respondente het. Die agt (8) respondente wat kinders het, noem dat Noord-Sotho/Tswana-sprekende vaders nie genoeg verantwoordelikheid neem vir die kinders wat hul by respondente het nie, en gee die volgende redes:

Noord-Sotho/Tswana-sprekende mans wil kinders hê, maar is nie bereid om na kinders om te sien nie

“No, because they would say **they want to have kids né and then after that they don’t look after the kids**. So they don’t have responsibility. They have to look after their children because they said that they wanted them.” -Kagiso

“No, because if it was like that (that they take responsibility) when they are going to know they are having kids then they will just come and maybe pay some school fees for them, buy clothes for them. No, they are not doing that. **They don’t even care how is the baby growing, what are they eating.** (*How does it make you feel when the fathers of your children are not interested at all?*) It makes me feel sad, but I thought I will just wait for them (for the fathers to do something) as long as I’m living I’m not going to stay at home (unemployed). I will just, if the work here is finished, I will look for another work.” -Sesi

“No because this one (father of one of the children) who I do not know where he is, he knows where I am. **If they (fathers) take the responsibility, maybe he can do something to come and give his children money, but he doesn’t.** He stay away. He know where I am.” -Mpho

Noord-Sotho/Tswana-sprekende mans wil kinders hê, maar verlaat dikwels die vrou en kinders

“No because **one man has a woman and she gives him many children and then he leaves her after some years.**” -Lebo

Noord-Sotho/Tswana-sprekende mans is bereid om na kinders om te sien solank as wat die kinders se ma aan die man se seksuele behoeftes voldoen

“No, they don’t because you know the African men né, they just take (see) the children like something- take it (the children) out and forget about it, they don’t want to see them again. I don’t know if I’m swearing when I’m calling this, like a s*** because **when you go to the toilet you don’t look back. When you flush it’s over. The African men acts like that.** (*Is that how you think they see their children?*) Yes, they don’t care for them. (*Why do you think they act like that?*) They only want to have sex with a female. The thing they do, like **when I have the boyfriend he can maintain my children because he’s sleeping with me, but if me and him we don’t sleep together anymore he can’t do anything (help support the children).** (*Do you mean that as long as an African man gets sex he will stay with you and support the children?*) Yes. (*And if he doesn’t get sex does he disappear?*) Yes, even though it’s his children he doesn’t mind (care).” -Karabo

Noord-Sotho/Tswana-sprekende mans se kultuur impliseer dat die meeste verantwoordelikhede na die vrou verskuif word

“No. (*Why do you say ‘no’?*) **You know our culture taught black men this from the beginning.** In the past they (men) were staying at the gate for the whole day. You (women) go and fetch the water, you go and pick up the wood, you go and cook, you do the washing, you go to the farm. What do they do? They just go to the camp and take care of the cattle and they come back and **they sleep the whole day under the tree. Our culture was not favourable for women** and this is why you see so many people in Sub-Saharan (Africa), mostly women are HIV positive because we don’t have a say in our house. But now I have a say. If I’m tired like today and I don’t feel like cooking, I’m going to my bed. (*What changed for you to be able to say you want to go to bed when you’re tired?*) **In our culture there’s no change. What changed, what makes me stubborn is HIV because I must look at my health.** If I’m

tired I must rest and I'm not going to play with my life because I want my husband to stay with me. If he wants to go he must go and I'll be fine with my children." -Pulane

Respondente se situasie kan waargeneem word aan die aantal vroue wat aandrang op die betaling van onderhoud deur die vaders van hul kinders

"Some men don't take responsibility. (*Why do you say they don't take responsibility for their children?*) **I see many women at home affairs. They have men arrested for maintenance- there are so many.**" -Bonolo

"No because **all the women, they go to the police station for maintenance.** If the men can have a child with them (women) **they just run away to another girlfriend,** but before you (and the man) were close (formed a close relationship)." -Bontle

Daar bestaan diverse redes vir waarom respondente met kinders oortuig is dat die vaders van kinders nie genoeg verantwoordelikheid neem vir hierdie kinders nie. Laasgenoemde tekort aan verantwoordelikheid onder vaders mag volgens die navorser gekoppel word aan waarom meer as die helfte (7) van die respondente in hierdie studie as enkelouers optree of in die verlede as enkelouers opgetree het. Soos mans se negatiewe teenoor kondoomgebruik wat deurlopend in hierdie studie gevind is, blyk dit dat die afwesigheid van die vaders van kinders ook 'n sterk tendens is onder Noord-Sotho/Tswana-sprekende gemeenskappe.

9.3.6.4 Opsomming van Tema 6

Hierdie tema het aangedui dat meer as die helfte van die respondente as enkelouers optree of opgetree het. Die vaders van kinders kom volgens respondente nie hul pligte teenoor hul kinders na nie, en het dikwels nie kontak met kinders nie, dra nie finansiële by tot kinders se versorging nie en het dikwels slegs gedeeltelike toegang tot kinders omdat *lobola* nooit betaal is nie. Enkelouers ervaar veral probleme met die finansiële versorging en dissiplinerende van kinders, terwyl probleme soos kinders wat nie wil skool toe gaan nie, kinders wat jonk seksueel-aktief raak, kinders wat alkohol misbruik, kinders wat as sekswerkers optree, by bendes en misdaad betrokke raak en kinders van hul eie het, ander probleme is wat deur enkelouers met hul kinders ervaar word. Daar bestaan wel positiewe praktiese en kulturele riglyne vir jong ongetroude swanger vroue wat die swangerskap/kind aanbetref, maar hierdie riglyne word nie gevolg nie.

9.3.7 Tema 7: Die vrou as broodwinner

Onder hierdie tema word daar gelet op verskeie aspekte van die vrou se rol as broodwinner. Hoewel skoolopleiding in die literatuurstudie meer gepas was onder die bespreking van die vrou se rol as individuelewese, het die spesifieke aard van inligting wat gedurende die studie versamel is vir die navorser aangedui dat hierdie inligting meer gepas is onder die vrou se rol as broodwinner. Laasgenoemde dui weer eens op die nabye en oorvleuelende aard van die vrou se geslagsrolle. Daar word op formele onderrig gelet deur te kyk na vroeë skoolverlating en die gevolge daarvan, aangesien formele onderrig vroue mag voorsien van wyses waarop daar na die gesin omgesien kan word. Die finansiële stand van vroue en hul gesinne asook ander praktiese aspekte soos behuising, grondbesit en moontlike materiële behoeftes wat die vrou en haar gesin mag beleef, word ingesluit. Minder konvensionele wyses waarop vroue finansiële bystand kan bekom ten einde as broodwinner in die gesin op te tree, word ook ondersoek soos die verband tussen seksmaats en 'n inkomste asook die *sugar daddy* verskynsel.

9.3.7.1 Sub-tema 7.1: Vroeë skoolverlating

Tabel 9 dui aan dat slegs drie (3) van die 12 respondente hul skoolopleiding voltooi het, waarvan twee (2) respondente afkomstig is uit stedelikegebiede van die Limpopo Provinsie. Hierdie twee (2) respondente het ook albei tersiêre onderrig ontvang.

Tabel 9: Opvoedkundige vlak

Respondent kode	Opvoedkundige vlak voltooi	Gebied
Kagiso	Graad 11	Stedelik
Lerato	Graad 12 en Tersiêre Opleiding	Stedelik
Mpho	Graad 7	Stedelik
Pulane	Graad 12 en Tersiêre Opleiding	Stedelik
Sesi	Graad 9	Semi-landelik/ stedelik
Karabo	Graad 10	Semi-landelik/ stedelik
Bonolo	Graad 11	Semi-landelik/ stedelik
Kefilwe	Graad 11	Semi-landelik/ stedelik
Lebo	Graad 12	Diep-platteland
Bontle	Graad 11	Diep-platteland
Katleho	Graad 10	Diep-platteland
Tebelo	Graad 11	Diep-platteland

Vyf (5) respondente het graad 11 voltooi, twee (2) respondente het graad 10 voltooi en een (1) respondent het graad nege voltooi. Een (1) respondent het slegs graad sewe, dit wil sê laerskool voltooi. Die nege (9) respondente wat nie skoolopleiding voltooi het nie gee die volgende redes daarvoor:

Swak gesondheid as gevolg van hekser/toordery of spanning het die respondent verhoed om skoolopleiding te voltooi

"I got sick in 1998 and I was only (staying) with my younger sister and brother. We were kids by that time. My mother was in Joburg, my grandma was in Joburg. So maybe I stayed home about four months, **not going to school- going to the hospital, coming back, going to the hospital, coming back. My legs were swollen.** When I was at home I was getting sick, so we go to the prophets. **They say that place (home) is not ok- it is witchcraft.** So I go to stay with my grandmother." -Kefilwe

"I failed matric. I tried again but everyday **I started to be sick, having a serious headache. It was stress.** Before that sickness I was struck by lightning on the hand then I was scared to go to school again. It happened during the exam." -Tebelo

Die skoolsisteem het daarin gefaal om die nodige onderrig aan die respondent te bied

"(Why didn't you finish school?) Because when we go to repeat our class at that time in 1996 the principal say we must go to the other school so that we can give other children space. **So at the other school we don't read and do what.**" -Bontle

Swangerskap het voorgekom voordat skoolopleiding voltooi is en respondente moes werk bekom ten einde na hul kinders om te sien

"(Why did you leave school?) **That's when I got that boyfriend and I was pregnant.** I go out of school and started staying all over (with different family members). I was working as a domestic worker." -Mpho

"(Why didn't you finish school?) Because at that time **I was having the two children and I had to work for them to look after them.**" -Karabo

Nairne (2001:7) konstateer dat meisies die grootste groep uitmaak wat nie skoolgaan nie, terwyl vroue die grootste groep uitmaak wat ongeletterd is. Meer as 60% van wêreld se 880 miljoen ongeletterde volwassenes is vroue. Toegang tot formele onderrig vir vroue in Afrika word reeds vir dekades ondersoek aangesien dit as wyse beskou word waarop Afrika-vroue bemagtig kan word, en omdat die getalle van vroue wat nie skoolopleiding voltooi of ondergaan nie, hoog is. Die Wêreld Bank rapporteer dat ongeletterdheid onder vroue Suid van die Sahara ongeveer 50% hoër is as onder mans (Schoofs, 1999:2). Gilbert en Walker (2002:1097) het bevind dat 31% vroue in Suid-Afrika nie hul skoolopleiding voltooi nie as gevolg van swangerskap. Bogenoemde respondente se swangerskappe dui vir die navorser op 'n tekort aan

kennis rondom reproduktiewe kwessies asook die tekort aan enige voorbehoedmiddelgebruik, selfs nadat een (1) van die respondente reeds 'n eerste kind gehad het. Lauby *et al.* (2001:72) noem dat lae opvoedkundige bekwaamheid verband hou met lae selfdoeltreffendheid vir kondoomgebruik en minder gereelde gebruik van kondome en voorbehoedmiddels. In meer tradisionele etniesegroepe sal vroue se onderhandelingsmag vir die gebruik van kondome verskil afhangende van die vrou se sosialestatus wat bepaal word deur ouderdom, opleiding en finansiële omstandighede. Die navorser is van mening dat laasgenoemde kombinasie van ouderdom, opleiding en finansiële omstandighede veral in hierdie studie waargeneem kan word waar respondent Mpho op 'n vroeë ouderdom swanger geraak het, skoolopleiding as gevolg daarvan gestaak het en onder vorige temas genoem het dat sy verskeie onveilige seksueleverhoudings gehad het.

Respondente se ouers het nie die nodige finansies tot hul beskikking gehad om skoolfooi te betaal of skooluniforms te koop nie, of het 'n inkomste vanaf die respondent bo skoolopleiding geprioritiseer

"(Why did you leave school?) I was suffering because my mother was not willing to pay for me the school fees or even to buy a uniform." -Kagiso

"(Waarom het jy nie jou skoolopleiding voltooi nie?) My ma het nie meer die geld gehad nie." -Katlho

"Because my sister she left school when she was at standard three and she had to go to work on the farm for myself and my young brother. (Did you leave school because your mother wanted you to also work and bring in money for the family?) Yes and I did work when I was having the first child." -Sesi

Schoofs (1999:2) verduidelik dat jong meisies in Afrika nie kan skoolgaan nie, aangesien huishoudelike take soos water aandra en vuurmaakhout soek, te veel van hul tyd opneem. Studies in Ghana en Tanzanië dui daarop dat plattelandse vroue vier keer meer dra-werk doen as mans en soveel as 90% van alle grondbewerking wat plant en oes aanbetref, onderneem. Mill en Anarfi (2002:327) meen dat ongelyke status tussen mans en vroue aanleiding gee daartoe dat minder vroue skoolopleiding voltooi, en wanneer ouers finansiële probleme beleef, sal 'n dogter eerder van haar skoolopleiding ontsien word as 'n seun. Laasgenoemde respondent se finansiële omstandighede is egter verder bemoelik deur die voorkoms van swangerskap. Die navorser is van mening dat waar die Noord-Sotho/Tswana-sprekende gesin reeds finansiële tekortkominge beleef, die voorkoms van swangerskap onder jong vroue wat

nog op skool is, hierdie omstandighede verder intensifiseer en jong vroue se kanse om skoolopleiding te voltooi, sal verlaag.

Die respondente kon nie matriek slaag nie en het nog nie weer gepoog om matriek oor te doen nie

“(Why didn’t you finish school?) I didn’t pass standard 10.” -Bonolo

Dit blyk dat daar diverse redes bestaan wat ’n einde mag bring aan skoolopleiding vir vroue. Hierdie redes kan volgens die navorser veral aangespreek word deur bewustheid van en toegang tot relevante dienste soos klinieke, hospitale, gesinsbeplanningsdienste en welsynsorganisasies in respondente se gemeenskappe te verbeter. Laasgenoemde sou respondente voorsien van belangrike inligting en die nodige dienste waardeur hierdie vroue moontlik bygestaan kan word om hul skoolopleiding te voltooi, en daardeur moontlik ook onbeplande swangerskappe, MIV en VIGS en seksueel oordraagbare infeksies kan voorkom.

9.3.7.2 Sub-tema 7.2: Gevolge van vroeë skoolverlating

Twee (2) respondente is van mening dat skoolopleiding geen effek op hul lewens gehad het nie. Vier (4) respondente waarvan twee (2) tersiêre opleiding ontvang het, noem egter dat hul formele onderrig ’n positiewe invloed op hul lewens uitoefen:

“(I finished) matric and then management assistant (course) after school. (Do you think your level of education makes a difference in any areas of your life today?) Yes, if I have a career I’ll be groomed. You have to learn- each day you’re learning, things are never the same.” -Lerato

“I’m a qualified nurse. (Do you feel the fact that you still qualified as a nurse makes a difference in your life?) Yes, it made my life better because I know so many things. I know the symptoms of so many diseases and it’s an advantage to me (as an HIV positive person). I know when I’ve got a headache what is the reason.” -Pulane

“(Does your education make a difference in your life?) Ja I think it’s better because if I wasn’t in matric (although the respondent didn’t finish matric) I don’t think I’ll have this job now.” -Tebelo

“I went to the sewing school (when respondent left school before completing matric). I did the (courses in) cooking and the catering and computer courses. (Does your education make a difference in your life?) Ja, the sewing helps me and the the cooking also helps me cause in most cases like the party, they call me. I’m cooking there. I’m sewing. Every time I’m busy. I even got the wedding dresses. People come and hire the dresses from me. (What would be different if you finished matric?) I would have been making better choices, maybe working a nice job.” -Kefilwe

Pick *et al.* (2002:195) verduidelik dat die toenemende proporsie van vroue met middelvlakonderrig in die informelesektor aanduidend is van vroue se behoefte om te werk, en die afnemende geleenthede vir vroue met redelike opvoedkundige vlakke om werk te bekom in die formelesektor. In hierdie studie werk al drie (3) respondente wat hul skoolopleiding voltooi het egter in die formelesektor, wat vir die navorser aanduidend is dat daar wel werksgeleenthede in die Limpopo Provinsie bestaan vir vroue wat hul skoolopleiding voltooi het of tersiêre onderrig ontvang het.

Een (1) respondent voel ten spyte van haar opleiding as verpleegster steeds verbitterd teenoor haar ouers wat haar vir *lobola* “verkoop” het en noem die volgende:

“(Do you think your level of education makes a difference in any areas of your life today?) **Yes, but my parents sold my whole life for a cow.**” -Pulane

Die navorser is van mening dat hierdie respondent se verbitterdheid teenoor haar ouers dui op die gaping tussen moderne onderrig waardeur sekere vroue in Suid-Afrika toegerus word met wyses om na hulself om te sien en onafhanklike besluite te kan neem, en kulturelegebruike soos *lobola* waardeur sekere keuses uit hierdie vroue se hande geneem word. Die navorser is van mening dat hierdie kwessie meer aandag sal geniet soos wat jong vroue in Suid-Afrika deur middel van formele onderrig bemaatig word om na hulself om te sien, en byvoorbeeld nie meer die keuse vir ’n huweliksmaat in hul ouers se hande sal wil laat nie.

Ses (6) respondente noem dat vroeë skoolverlating negatiewe gevolge vir hul ingehou het:

“(Dink jy jou lewe sou vandag anders gewees het as jy skool voltooi het?) Ja, **maybe ek sal ’n mooi werk hê, ’n huis in die dorp koop en saam met my familie daarso bly.** (Wat sou jy wou gaan leer as jy skool voltooi het?) Ek wou die suster (verpleegster) word. (Hoekom sou jy ’n verpleegster wou word?) Want ek gaan dan mense help.” -Katlho

“(Do you think your level of education makes a difference in any areas of your life today?) **Eish, it’s made me live a very tough life, because sometimes when I look for some job people really want to help me, but because of my level of education, they can’t.** Like Home Affairs were just calling me, they want to offer me a job. When I got there they want to know ‘Do you have the matric?’ and I don’t have it. So they told me ‘We did create a post for you but because of your level of education we don’t know what to do. Unless you become cleaner, but the (job as a) cleaner is not easy to find because the people when they get a job they hold (keep) that job’.” -Karabo

“(Would life be different today if you finished matric?) Yes, because if you want a job somewhere they say you need matric. **I’ve lose many opportunities because of (not having) standard 10.**” -Bontle

“(Do you think your level of education makes a difference in your life today?) **If I finished school I could go where I like it.** (Where would you like to go?) I want to be a paramedic or a nurse.” -Bonolo

“**I think if I was having grade 12 I was going to get better pay maybe.** If I was longer in school I was going to learn more things. I’ll be maybe having another job or going to the college or something and then maybe in coming time working in a good job.” -Sesi

“Yes, I think maybe if I was educated I was in a good job. **Maybe my life was good. Maybe I didn’t get HIV because I think I wouldn’t short the money and other things.**” -Mpho

Pick *et al.* (2002:200) verduidelik dat dit moeilik is vir jong skoolverlaters om tans werk te vind in Suid-Afrika. Mill en Anarfi (2002:334) noem dat die vrou se vlak van onderrig verband hou met haar kanse om ’n werk te bekom, en het bevind dat werkloosheid aanleiding gee tot promiskuiteit en seksueleverhoudings vir ekonomiese gewin. Bogenoemde respondent het dan juis vroeë skoolverlating, die tekort aan ’n inkomste en die voorkoms van MIV en VIGS met mekaar in verband gebring. Dit blyk dus dat daar ’n verband bestaan tussen geletterdheid en MIV en VIGS. Olowo-Freers (1992:19) verduidelik dat waar boodskappe vir voorkomingsprogramme ontwikkel word deur opgeleide persone, die meeste Afrikane mag voel dat hul buite die spesifieke groep val wat aangespreek word, aangesien die meeste van hierdie persone ongeletterd is, veral vroue in Afrika-lande. In Luo, Uganda word kondome byvoorbeeld *mupira* genoem enige iets kan beteken vanaf rubber, voetbal, buiteband tot elastiese tou.

Die navorser is van mening dat vroeë skoolverlating en MIV en VIGS ook direk verbind kan word wanneer daar op vroeëre temas gelet word wat daarop dui dat respondente onveilige seksueleverhoudings gehad het met seksmaats van wie se inkomste hul afhanklik was. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) het bevind dat dit hoofsaaklik Afrika- en Kleurling-vroue is wat ernstig geaffekteer word deur die sosio-ekonomiese faktore van armoede. Hierdie vroue beleef laer sosio-ekonomiese ontwikkeling, ongeletterdheid, werkloosheid en laer vlakke van onderrig, wat deel uitmaak van probleme soos hoër geboortesyfers, groter gesinne en laer voorbehoedmiddelgebruik. Die navorser is van mening dat hierdie

studie ooreenstem met bogenoemde situasie waar vroeë skoolverlating veral verband hou met ernstige uitdagings op ekonomiese- en gesondheidsvlak. Vroue vind dit ook moeilik om werk te bekom ten einde na hul gesinne om te sien. Verder blyk dit dat vroeë skoolverlating groter MIV-risiko impliseer vir vroue. Ontwikkelingsgeleenthede word beperk waar vroue nie hul skoolopleiding voltooi nie en belangrike inligting en kennis rondom aspekte soos kondoomgebruik en MIV en VIGS mag hierdie vroue moontlik te laat bereik.

9.3.7.3 Sub-tema 7.3: Finansiële stand van die vrou en haar gesin

Tabel 10 dui aan dat die respondent in vier (4) gesinne in hierdie studie die enigste gesinslid is wat 'n werk het, terwyl twee (2) van hierdie vier (4) respondente geen salaris ontvang nie, maar kospakkies ontvang as betaling. Ekstreme finansiële nood kan in Tabel 10 gesien word waar een (1) respondent se gesin van 11 gesinslede afhanklik is van R960 per maand. Nog 'n gesin van vyf (5) gesinslede is afhanklik van R940 per maand, terwyl twee (2) gesinne wat elk sewe (7) gesinslede het, afhanklik is van tussen R2010-2090 per maand. Tabel 10 dui verder aan dat daar in die gesinne van die 12 respondente wat by hierdie studie betrek is altesaam 54 gesinslede bo die ouderdom van 18 jaar is, terwyl slegs 15 van hierdie gesinslede bo die ouderdom van 18 jaar tans werksaam is.

Tabel 10: Finansiële stand van gesin

Respondent kode	Aantal gesinslede ouer as 18 jaar	Aantal gesinslede ouer as 18 jaar wat 'n werk het	Staatstoelaag of pensioen	Totale bedrag per maand beskikbaar aan gesin	Aantal gesinslede afhanklik van bedrag
Kagiso	8	Slegs respondent-werk deelyds vir kospakkies vanaf *NRO	Staatstoelaag van R960	R960	11
Lerato	5	Slegs respondent-ontvang ook kospakkies vanaf NRO	Pensioen van R940	R1940	5
Mpho	4	Geen	Staatstoelae van R960 en R400	R1360	6
Pulane	5	3- respondent en 2 ander gesinslede	Geen	R8000	5
Sesi	6	Slegs respondent	Staatstoelaag	R3160	7

			van R960		
Karabo	3	Slegs respondent-ontvang ook kospakkies vanaf NRO	Staatstoelaag van R210 vir kleinkind	R2010	7
Bonolo	5	Geen	Pensioen van R940x2 en toelaag van R210 vir kind	R2090	7
Kefilwe	2	Slegs respondent	Geen	R3500	2
Lebo	2	Geen	Pensioen van R940	R940	5
Bontle	5	3- respondent en 2 ander gesinslede	Geen	R3000	7
Katleho	4	Geen- respondent se seksmaat gee R500 vir gesin	Pensioen van R940	R1440	4
Tebelo	5	4- respondent en 3 ander gesinslede	Geen	R6000	7

*Nie-regeringsorganisasie

Nattrass (2004:13) konstateer dat die las van MIV oneweredig gedra word in Suid-Afrika as gevolg van hoë vlakke van werkloosheid en die sterk verband tussen werkloosheid, armoede en MIV. Hierdie studie het ook daarop gedui dat waar MIV onder respondente voorkom, dit dikwels gepaard gaan met werkloosheid en armoede. Rossouw en Smith (2004:15) konstateer dat 36% Suid-Afrikaners onder die bestaansminimum leef. Volgens *Global Insight*, 'n organisasie wat met behulp van die armoede-indeks die ekonomiese welstand van die land bepaal, het armoede in Suid-Afrika tussen 1996 en 2001 vanaf 41% tot 49% gestyg (Rademeyer, 2003:9). Volgens Dr. Miriam Altman van die Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing se afdeling vir werkskepping en ekonomiese beleid, het die amptelike werkloosheidsyfers vanaf 1995 tot 2001 met 13.6% gestyg (Bonthuys, 2004:17).

Mill en Anarfi (2002:334) het in 'n studie in Ghana bevind dat werkloosheid bydra tot promiskuiteit en seksuele verhoudings vir ekonomiese gewin. Verder is daar bevind dat ontwrigting van die huwelik deur middel van opbreking, egskeiding of sterfte aanleiding gee tot meer huishoudings waar die moeder aan die hoof staan. Kinders in hierdie huishoudings word blootgestel aan ekonomiesedruk om seksueel-aktief te raak voor die huwelik. Werkloosheid hou dus ernstige gevolge in. Werklose respondente

in hierdie studie is dringend opsoek na werk, maar dit blyk dat min werksgeleenthede beskikbaar is:

"I want a job. I don't want to stay without a job. *(Have you been looking for a job?)* Ja, **but I didn't find anything.**" -Katlheo

Respondente wat tans werk het is weer bekommerd oor wat met ander gesinslede sal gebeur indien die respondent wat die enigste broodwinner is, nie meer 'n inkomste het nie:

"Yes, for them (family members) who are not working, something to provide for themselves, because I don't know what's going to happen. **What if today I get out of the taxi and something happens to me and I become crippled or I die or something.** My job will be finished. *(Do you worry about your family because they all depend on your income?)* Yes." - Lerato

Respondente wat werksaam is dink ook aan wyses waarop 'n ekstra inkomste verdien kan word. Pick *et al.* (2002:195) konstateer dat 'n belangrike aspek van vroue se betrokkenheid in die informelesektor, die afhanklikheid van armoedige gesinne van die inkomste van vroue is. Een (1) respondent in hierdie studie noem byvoorbeeld:

"Sometimes I'm just thinking that **I must do some kind of business but I don't know what kind of business and how. Where can I get money if I want to start that business,** if (only) I can think what kind of business to do." -Karabo

Respondente noem ook dat dit stresvol is om as broodwinner op te tree:

(Does this stress affect your health from day to day?) **I'm always getting mouth thrush when I'm stressed and it's from the oesophagus up to the stomach.** I can't even swallow anything. If you came here last week (you would see) I was very ill- very serious. I had sores (in the oesophagus) and they were so big I said to myself 'Is this Kaposi's Sarcoma?'. I was so worried **but the doctor said 'You work hard, you don't get time to rest. It's stress, that's why you are like that'.** *(Do you ever make time for yourself to rest?)* This time (when I was sick) I made time for myself to rest. Like today I feel tired and you can hear it even in my voice- it's not the same as this morning, it's going down. When I go home I'm going to buy bread to put in the breadbin and I go to my Blanket and rest." -Pulane

Tabel 10 dui ook aan dat daar vier (4) gesinne in hierdie studie is waar geen gesinslede werksaam is nie. Respondente noem die volgende:

"I have a pension because I'm HIV positive. It's R940. **It's a pension for disability.** *(Does your mother also get a pension?)* Yes also R940. My young child also gets a grant (of R210). *(Is this all the money that available to the family on a monthly basis?)* Yes." -Bonolo

(How much is your grant?) **R940.** *(Is there any other income?)* The money for my sister who is staying with me. I take half of her grant to help (support the household) and the other half, I put it in the bank. **It's about R400** (that comes from the sister who had a stroke). *(Is your*

grant and half of your sister's grant all the money that is available to the family on a monthly basis?) Yes. -Mpho

Die vier (4) gesinne waarin geen gesinslede werksaam is nie, is afhanklik van Staatstoelae of pensioene. Smith (2003:4) noem dat die huidige benadering van ekonomiese ontwikkeling buite stedelikegebiede in Suid-Afrika tot dusvêr slegs gelei het tot kleinskaalse gemeenskapsprojekte wat nie volhoubare werksgeleenthede skep nie. Dr. Van der Berg (in Rossouw & Smith, 2004:15) van die Departement van Ekonomie aan die Universiteit van Stellenbosch noem dat die groter besteding aan die verspreiding van welsynstoelae wel 'n verskil gemaak het in die platteland en voormalige tuislande. Dit is dikwels die enigste inkomste, aangesien landbou in hierdie gebiede so te sê geen bydra lewer tot die regstreekse inkomste van huishoudings nie. Hierdie studie het ook getoon dat slegs een (1) respondent haar moeder se grond op tradisionele wyse vir bestaans ekonomiese landbou bewerk. Bonthuys (2004:17) noem ook dat ondanks die relatiewe sukses van Staatstoelae as wyse om armoede te verlig, sowat 50% (10 miljoen) armoedige Suid-Afrikaners nie in aanmerking kom hiervoor nie. Dit blyk egter vir die navorser dat Staatstoelae aan bejaardes, gestremdes en kinders van groot waarde is in die finansiële ondersteuning van Noord-Sotho/Tswana-sprekende gesinne.

Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:46) konstateer dat armoediges in Suid-Afrika meermale in plattelandsegebiede gevind word waar armoede vlakke ongeveer 70% is, in vergelyking met 30% vir stedelikegebiede. Gilbert en Walker (2002:1097) het dan ook gevind dat meer vroue as mans woonagtig is in plattelandsegebiede in Suid-Afrika. Hierdie studie toon egter dat armoede gevind word onder respondente en hul gesinne in al drie gebiede in die Limpopo Provinsie wat stedelikegebiede, semi-landelik/stedelikegebiede asook diep-plattelandsegebiede insluit. Die maatskaplike werker behoort dus in ag te neem dat hierdie vroue die behoefte na 'n inkomste moontlik as belangriker prioriteit mag beskou as hul eie gesondheid, aangesien hierdie vroue dikwels as enigste broodwinner vir groot gesinne poog om na hierdie gesinne om te sien. Bystand kan dus deur die maatskaplike werker gebied word in die aansoek vir Staatstoelae vir bejaardes, gestremdes en kinders in Noord-Sotho/Tswana-sprekende gesinne, terwyl verwysing

na welsynsorganisasies en nie-regeringsorganisasies ook van waarde mag wees vir hierdie gesinne.

9.3.7.4 Sub-tema 7.4: Materiële behoeftes in Noord-Sotho/Tswana-sprekende gesinne

Die belangrikste materiële behoeftes onder respondente en hul gesinne sluit die volgende in:

'n Groter huis met meer vertrekke wat alle gesinslede kan huisves

"In my family I told you **we are 11 (family members) né. We have a four-room (house).** The other one is the kitchen, the other one is the dining room and there are two sleeping rooms. The other one is for boys, the other one is for girls. So we sleep with my mother in the same room. You see, I'm the (only) one who's working né, but I'm the one who's sleeping on the floor." -Kagiso

"We stay in a **two room house. It's not enough.**" -Kefilwe

"Ja, you know what, the house that I live in is **only three rooms. Can you imagine seven people in three rooms?** The one is a kitchen, (that serves) also a bedroom. The one is a sitting room, (that serves) also a bedroom and my room. (We need) a big house were we can just afford to sleep (in bedrooms)." -Karabo

"Especially my family (of seven family members), **we just need a big house because I've got a small child (as well).**" -Bontle

"The house is too small (**for four family members**). **It's one room and a little patio.** We have two cupboards, a fridge and a hot plate. (*Are these in the same room where you sleep?*) Yes." -Katlheho

'n Huis vir respondente wat in informele behuising of shacks woon

"...so if we can have **some bricks to build a big house.**" -Bontle

"A house, **because I live in a shack.** I applied (for a house) last year, then they say there's a problem with the RDP housing, the contractor didn't finish it. That is why we wait for the house and they must finish the other one before they come and built ours." -Mpho

Respondente noem 'n tekort aan meubels, veral beddens sodat gesinslede nie op die grond hoef te slaap nie

"We need furniture like beds." -Bonolo

Respondente noem ook dat daar nie altyd genoeg kos, klere en komberse vir gesinslede beskikbaar is nie

"Even the **food, I can not say it's enough- it's not enough.** As you can see I'm travelling, I'm using R300 for travelling to work a month, which means I'm left with R1700. **And then I have**

to buy everything there (at home) and their (the children's) food, their clothes. They want to live a normal life like other kids." -Karabo

"(Does your family have enough to eat during the month?) No because sometimes when we **go to the month's end we don't have enough sugar and the milk and you can see that something's not there (the cupboard is empty).**" -Bontle

"(Do you and your family have enough to eat every month?) **No.** *(What can you afford to buy with the money available each month?)* Mealie meal, sugar, milk, coffee, tea, cabbage, spinach, samp and tomatoes. It's not enough." -Katlheho

"We need **food and clothing for the winter.**" -Bonolo

"The **clothes I have, but not too much.** We have **Blankets, but also not too much.**" -Katlheho

ʼn *UNAIDS* dokument, *Report on the Global AIDS Epidemic* (2004:8) verduidelik dat in lande wat die swaarste geaffekteer word deur MIV en VIGS, mense alreeds ʼn verswakkende lewenstandaard beleef het voordat die volle impak van die epidemie ervaar is. Die navorser is van mening dat laasgenoemde veral in hierdie studie waargeneem kan word deur te let op die voorkoms van werkloosheid in respondente se gesinne soos in Tabel 10 aangedui, waar nie net MIV-geïnfekteerde gesinslede nie, maar die meerderheid gesinslede bo die ouderdom van 18 jaar werkloos is. Lauby *et al.* (2001:72) verduidelik dat armoede ʼn groot invloed uitoefen op vroue se persepsie van selfdoeltreffendheid en gevoelens van magteloosheid mag meebring. Armoede veroorsaak dikwels dat daaglikse oorlewing geprioritiseer word bo langtermyn bekommernisse soos MIV en VIGS. Vir vroue wat dus poog om van dag tot dag te oorleef mag veiliger seks en kondoomgebruik lae prioriteite wees. Die maatskaplike werker behoort bewus te wees van die negatiewe gevolge wat die gesin se materiële omstandighede vir die vrou as broodwinner mag meebring, soos depressie, gevoelens van hulpeloosheid en magteloosheid asook die moontlikheid van onveilige seksuele verhoudings. Die gesin se materiële omstandighede hou dus verband met meer as net die voorkoms van armoede opsigself, en die maatskaplike werker behoort ook onveilige seksuele praktyke in hierdie konteks te ondersoek. Die navorser sal dan ook later onder hierdie afdeling let op aspekte soos die verband tussen seksmaats en ʼn inkomste.

9.3.7.5 Sub-tema 7.5: Die vrou en grondbesit

Grondbesit is van groot belang vir vroue in Afrika, aangesien vroue deur middel van grond 'n inkomste kan genereer en hulle gesinne kan voed. In hierdie studie besit nie 'n enkele respondent enige landbougrond nie. Pearson (2004:297) noem dat die tekort aan toegang tot grond veroorsaak dat vroue afhanklik is van hul mans, en probleme ervaar om in hul eie en hul kinders se behoeftes na voedsel en klere te voorsien. Chikovore *et al.* (2003:54) verduidelik dat die toenemende druk vir grond ook beteken dat hierdie plattelandse gesinne verarm. Hierdie studie het wel getoon dat een (1) respondent uit die diep-platteland se moeder grond besit wat deur die respondent op 'n tradisionele wyse bewerk word. Aangesien die respondent se moeder bejaard is en die respondent se kind jonk is, is die respondent die enigste gesinslid wat hierdie grond kan bewerk. Studies wat in Kenia, Lesotho en Suid-Afrika onderneem is toon dat die samestelling van gesinne wat deur MIV geaffekteer word, mag verander. Daar is bevind dat die gebruik van landbougrond afneem waar insette onbekostigbaar raak, arbeid deur gesinslede verminder en kwynende finansiële omstandighede die huur van arbeiders bemoeilik. Huishoudings val later onder die sosiale- en ekonomiesedrupel van kwesbaarheid en laat oorblywende gesinslede, hoofsaaklik jeugdige en bejaardes met beperkte hulpbronne (Drimie, 2003:3). Die navorser is van mening dat in bogenoemde respondent se geval, haar moeder se grond slegs bewerk sal word solank as wat die respondent nog gesond genoeg is om hierdie taak te verrig. Daarna mag hierdie gesin probleme ervaar om enige inkomste vanuit landbou te genereer.

Tabel 11: Grondbesit

Respondent kode	Gebied	Grondbesit
Kagiso	Stedelik	Geen
Lerato	Stedelik	Geen
Mpho	Stedelik	Besit shack/informele behuising
Pulane	Stedelik	Besit erf met huis
Sesi	Semi-landelik/stedelik	Besit erf met geen huis
Karabo	Semi-landelik/stedelik	Besit erf met huis
Bonolo	Semi-landelik/stedelik	Geen
Kefilwe	Semi-landelik/stedelik	Besit erf met huis
Lebo	Diep-platteland	Geen
Bontle	Diep-platteland	Geen
Katleho	Diep-platteland	Geen
Tebelo	Diep-platteland	Geen

Tabel 11 dui aan dat die meerderheid (7) respondente geen grond van enige aard besit nie, en hierdie respondente woon by 'n familielid of huur behuising. Dit blyk dat die meerderheid (4) respondente wat geen grond besit nie, afkomstig is uit diepplattelandsegebiede. Een (1) respondent se huis behoort aan haar, een (1) respondent se huis behoort aan haar en haar egmaat, een (1) respondent se huis is deur die Katolieke Kerk vir haar gekoop, een (1) respondent se *shack* of informele behuising behoort aan haar, terwyl een (1) respondent 'n erf besit met geen huis op nie. Mataure *et al.* (2000:4) is van mening dat die samelewing en die regsisteem vroue behandel as tweederangse burgers wat slegs van waarde is as moeders en vrouens, en dat vroue gevolglik minder eiendom besit as mans. Die navorser is van mening dat laasgenoemde veral in Suid-Afrika waargeneem kan word aan die Swart Administrasie Wet (Wet van 1927) wat eers onlangs hersien is. Joubert (2005:12) verduidelik dat hierdie Wet struikelblokke geplaas het op Swart landelike vroue se reg om eiendom te besit of te verhuur en dus 'n remmende invloed uitgeoefen het op hierdie vroue se lewens. Laasgenoemde mag moontlik in verband gebring word met waarom so min vroue in hierdie studie tans enige grond besit. Die navorser is van mening dat daar dan ook gelet behoort te word op die implikasies van MIV en VIGS, grondbesit en landbou vir respondente en hul afhanklikes, aangesien grondbesit en landbou wyses is waarop die vrou as broodwinner moontlik na haar gesin kan omsien.

Elf (11) respondente noem dat hul graag groente wil plant om hul gesinne mee te onderhou, maar dat die erf waarop hul woon te klein is of dat daar te veel gesinslede woonagtig is om enige spasie te laat vir 'n groentetuin. Lee-Smith (2003:19) konstateer dat armoediges dikwels stedelike landbou praktiseer. Verskeie risiko's word egter geassosieer met stedelike landbou soos siektes wat deur diere oorgedra kan word en die gebruik van gekontameneerde water vir gesaaides. Waar sanitasie swak is word patogene in water gevind, en waar fabrieke chemikalieë in afvoerpype stort word toksiese afvalprodukte gevind. Groente wat naby aan paaie groei kan toksiene bevat van motor uitlaatgasse. Daar is egter sekere voordele aan stedelike landbou. Navorsing dui daarop dat kinders in stedelike landbou gesinne, veral waar 'n vrou aan die hoof van die huishouding staan, beter gevoed is as kinders uit gesinne wat nie stedelike landbou verrig nie. In hierdie studie was daar slegs een (1) respondent met genoegsame spasie op haar erf vir 'n groentetuin. Hierdie respondent plant spinasie, wortels en bone waarmee sy help om haar gesin te voed. Pearson (2004:297)

verduidelik dat landbou, selfs op kleinskaal dikwels die enigste wyse mag wees waarop ongeletterde Afrika-vroue na hulself en hul kinders kan omsien.

9.3.7.6 Sub-tema 7.6: Seksmats en inkomste

In hierdie studie het agt (8) respondente genoem dat hul geld of goedere binne hul seksueleverhoudings met hul seksmats ontvang. Die navorser wil egter beklemtoon dat hierdie gedrag nie as kommersiële sekswerk beskou word nie, maar as 'n verhouding en verstandhouding waarin die man deur middel van geld of goedere 'n bydra lewer tot die vrou en haar gesin se onderhoud. Mataure *et al.* (2000:4) konstateer dat die feit dat vroue armer is as mans, die onderliggende rede vir MIV-epidemie is. Armoede forseer vroue in lang- of korttermyn seksuele situasies wat beide vroue en hul seksmats onder risiko plaas vir MIV-oordraging. Die navorser is van mening dat waar hierdie studie dui op die algemene voorkoms van enkelouerskap asook die afwesigheid van vaders van kinders, en armoede onder vroue en hul gesinne gevind word, daar juis gelet behoort te word op minder konvensionele wyses waarop vroue na hul gesinne kan omsien, naamlik deur middel van hul verhoudings met hul seksmats. Mill en Anarfi (2002:330) verduidelik dat vroue wat 'n mansvriend vir finansiële ondersteuning neem, hulself nie beskou as prostitute nie. Mataure *et al.* (2000:9) konstateer dat min vroue betrokke is in voltydse sekswerk as beroep waar seks vir geld geruil word met groot getalle kliënte. Die groter meerderheid vroue “verkoop” seks op ander wyses. Die navorser is van mening dat daar ook hier terug verwys behoort te word na die tema rondom die vrou as huweliksmaat, waar verskeie tipes verhoudings beskou word as 'n huwelik, en vroue monogaam saam met 'n sekmaat leef vir die tydperk wat die verhouding mag duur. Mill en Anarfi (2002:330) se studie onder MIV-positiewe Afrika-vroue toon dat hoewel hierdie vroue 'n mate van inkomste kon genereer voordat hul siek geword het, hul inkomste te klein was om kos, klere en behuising te onderhou, en hul dus mansvriende moes aanneem ten einde hul inkomste aan te vul. Vroue beskryf hul verhoudings as monogamies, hoewel die duur van die verhouding enige tyd van 'n paar weke tot verskeie jare kan strek.

Geen van die 12 respondente in hierdie studie het enige betaling of vergoeding gevra in ruil vir seksuele-omgang met 'n sekmaat nie. Daar kan eerder gesê word dat daar

’n ongesproke verstandhouding tussen respondente en hul seksmaats bestaan binne hul seksueleverhoudings. Jewkes (2004:17) verduidelik dat waar dit in die Weste algemeen bekend is dat sekswerkers geld en dwelms ontvang in ruil vir seks, blyk dit volgens ’n Suid-Afrikaanse studie wat in Soweto onderneem is dat die verskeie kommoditeite in ruil vir seks aanvaar word byvoorbeeld voedsel, klere, vervoer, skoolfooie, slaapplek en kontant. Tabel 12 dui op kommoditeite wat deur respondente ontvang word in hul seksueleverhoudings met hul seksmaats.

Tabel 12: Kommoditeite in seksueleverhoudings van agt (8) respondente

Kommoditeite in ruil vir seks	Limpopo Provinsie
Voedsel	12.5%(1 respondent)
Klere	25%(2 respondente)
Vervoer	12.5%(1 respondent)
Skoonheidsmiddels	12.5%(1 respondent)
Slaapplek	12.5%(1 respondent)
Kontant	75%(6 respondente)

Die meerderheid (6) respondente in Tabel 12 ontvang geld binne hul verhoudings met hul seksmaats. Dit blyk dus dat hierdie kommoditeit meer algemeen voorkom onder Noord-Sotho/Tswana-sprekendes as enige ander kommoditeit. Respondente noem die volgende rondom geld:

“Yes, **they (partners) gave me money.** (*Did you receive anything else?*) No only money.” - Lebo

“When I slept at his place he used to give me money, but I told him ‘**I don’t like this thing because it’s like you pay me for sex.**’ In the morning when I go back (to my home) **he used to give me money every time.** So I didn’t like it. It was like he pays me for sex. (*How did you feel when he paid you for sex?*) Ai, it was not ok. **Even when I take it (money) I used to feel a bit of shame.** You know guys, they have many ways of attracting us. They will buy you things, take you out. **And when you look at your family, they don’t do such things for you...you know when you are a girl you need more.** So that guy used to take me out and he was working and he was a nice guy.” -Kefilwe

Chikovore *et al.* (2003:67) konstateer dat armoede op gesinsvlak aanleiding gee daartoe dat jong meisies uitgebuit word deur welaf mans wat geld en geskenke bied in ruil vir seksuele-omgang. Eaton *et al.* (2003:162) verduidelik dat die ruil van seks vir geld nie altyd so openlik is nie, maar dat ’n ouer mansvriend wat welaf is ook status, geld en geskenke aan ’n vrou kan bied wat nie deur haar ouers voorsien kan word nie.

Nog 'n respondent verduidelik dat verskeie kommoditeite in haar verhoudings met seksmaats voorgekom het:

“Yes they give me money, clothes or buy drinks. I was very happy (to receive these gifts from men).” -Bonolo

Campbell (2003:148) verduidelik dat verdere risiko's vir MIV-oordraging in Afrika ook gevind word in alkoholgebruik. Hoewel bogenoemde respondent nie 'n kommersiële sekswerker is nie, is die navorser van mening dat alkoholgebruik in hierdie verhoudings soortgelyke risiko's inhou vir respondente as vir kommersiële sekswerkers. Bogenoemde outeur konstateer dat kommersiële sekswerk verbind word aan hewige alkoholgebruik deur beide sekswerkers en hul kliënte. Gegewe die sekswerker se afhanklikheid van haar kliënt en die kliënt se afhanklikheid van alkohol om sosiale inhibisies te verminder, blyk dit dat alkoholgebruik aanleiding gee tot riskante seksuelegedrag.

Een (1) respondent som verskeie belangrike aspekte op deur die volgende te noem:

“For sure you know that whatever he's giving to you, he need the sex in return because they (African men) say the relationship without sex is not the relationship. That's why sometimes they just ask you to go out with them. Myself, in my mind I'm **just thinking it's payback time because he did this and this to me.** (So do you feel that you have to pay with sex?) Actually it is like that but I don't feel that I'm paying him back because if I don't want (to have sex) I can say no.” -Karabo

Uit bogenoemde kom die ongesproke verstandhouding tussen Noord-Sotho/Tswana-sprekende mans en vroue wat kommoditeite binne die seksueleverhouding aanbetref, veral na vore. Dit blyk dat verwagtinge rondom verhoudings en kommoditeite vir beide mans en vroue aanduidend is van vooraf bepaalde oortuigings waarmee verhoudings betree word. Vergoeding mag moontlik deur bogenoemde respondent as die kern van die verhouding beskou word, terwyl haar seksmaat weer seksuele-omgang as die kern van die verhouding mag beskou. Rasionalisering rondom hierdie verhoudings en kommoditeite binne verhoudings kom ook voor waar die vrou noem dat sy die reg het om nee te sê vir seksuele-omgang wanneer sy so voel. In die realiteit mag die vrou haarself moontlik in omstandighede bevind waar sy as gevolg van haar afhanklikheid van die seksmaat se vergoeding, nie seksuele omgang kan weier nie.

Dit blyk dat kultuur ook 'n invloed uitoefen op die verband tussen kommoditeite en verhoudings. Een (1) respondent het byvoorbeeld teenwillig ingestem om seksuele-omgang met haar toekomstige man te hê indien hy daarna vir haar wys hoeveel geld hy het. 'n Deel van hierdie geld moes aan haar ouers as *lobola* betaal word:

“He showed me the money and I **accepted, but this came after sex.**” -Pulane

Bogenoemde dui op die komplekse aard van die verband tussen kommoditeite en respondente se verhoudings met seksmaats. Slegs twee (2) respondente beskou dit egter as gepas om geld of goedere te ontvang in ruil vir seksuele-omgang met 'n seksmaat.

“Yes, to show his love and support. **(What should a man give you after sex?) Money. (How much money?) Maybe R200.**” -Mpho

“Ja. *(Wat moet die man vir jou gee na seks?)* Hy moet my net iets gee omdat hy my jammer kry. **Hy kan vir my geld gee.** *(Hoekom dink jy hy moet vir jou iets na seks gee?)* Want ek wil iets gaan koop.” -Katlheho

Die navorser is oortuig dat aspekte soos liefde en jammerte soos deur respondente genoem, deur respondente gebruik word as wyses waarop direkte vergoeding vir seksuele-omgang gerasionaliseer kan word om respondente se praktiese behoeftes na finansiële ondersteuning te vervul.

Twee (2) respondente beskou vergoeding deur 'n seksmaat binne 'n seksueleverhouding as 'n tradisionele gebruik in hul kultuur en noem:

“**(Is it tradition in your culture to be rewarded after sex?) Yes.** *(So do you believe a man should give a woman a gift after sex?)* Yes, something. *(What should a man give a woman after sex?)* He must buy her a drink.” -Lebo

“*(Is dit tradisie in jou kultuur om deur die man vergoed te word na seksuele-omgang?)* Ja, **ons maak so.**” -Katlheho

Hoewel slegs twee (2) respondente vergoeding na aanleiding van hul seksueleverhouding met 'n seksmaat as tradisioneel beskou in hul kultuur, mag dit volgens die navorser 'n aanduiding wees dat die oorsprong van hierdie gebruik wel kultuur-gebaseer is. Die navorser is oortuig dat aangesien die gebruik van *lobola* nie meer so algemeen gevind word onder Noord-Sotho/Tswana-sprekendes in die Limpopo Provinsie nie, hierdie gebruik van vergoeding, *lobola* tot 'n mate vervang het. Verder behoort die betaling van *damages* onder Noord-Sotho/Tswana-

sprekendes soos in hierdie studie gevind, ook in ag geneem te word, waar 'n man 'n boete betaal nadat swangerskap of die verlies aan maagdelikheid by 'n ongetroude vrou voorgekom het. Aangesien die meerderheid respondente nie met hul seksmaats getroud is of was nie, mag die gebruik van die betaling van *damages* moontlik ook met vergoeding na aanleiding van 'n seksueleverhouding verbind word.

Eaton *et al.* (2003:162) verduidelik dat die ruil van seks vir geld of geskenke impliseer dat seksuele-omgang op die man se terme sal geskied, wat meestal beteken dat seksuele-omgang sal voorkom sonder die gebruik van kondome. Die navorser is van mening dat indien vroue afhanklik is van hierdie vergoeding binne hul verhoudings, dit vir hul moeilik mag wees om veilige seksuelepraktyke aan te neem. Hierdie situasie sal verder gekompliseer word waar vroue verantwoordelik is vir die versorging van groot gesinne. Daar word dan ook vervolgens gelet op die gevare van verhoudings waar seksuele-omgang op die man se voorwaardes plaasvind.

Slegs twee (2) respondente het in verhoudings met hul seksmaats, op die seksmaat se aanvraag seksuele-omgang gehad sonder die gebruik van kondome in ruil vir geld of goedere.

“Yes. (*How many times did you have sex without a condom for money?*) **Ai, I don't know, many times.** (*What did the men give you afterwards?*) **Money, a watch, a necklace.** (*Now that you know your HIV status, is there anything a man can offer you to have sex without a condom?*) No. Ai I'm afraid of re-infection. That will make me die soon.” -Mpho

“Ja. (*What were you offered for sex without a condom?*) **He gave me money.** (*Now that you know your HIV status, will you still have sex without a condom in return for money?*) No, because I know my status.” -Lebo

Nattrass (2004:27) verwys na hierdie ruil van seksuelegunste uit desperaatheid as “oorlewingseks”. Die navorser is oortuig dat bogenoemde twee (2) respondente se gesondheid tans van groter belang is as hul finansiële omstandighede, aangesien hierdie respondente andersins steeds onveilige seksuelepraktyke sou beoefen op die aandrang van mans wat vergoeding bied hiervoor. Seksuele-omgang vind dan klaarblyklik nie meer plaas op die man se voorwaardes waar respondente bewus is van hul MIV-status nie. Laasgenoemde toon dat respondente kennis dra van die moontlike risiko's van MIV-herinfektering, seksueeloordraagbare infeksies en onbeplande swangerskappe en die gevolge daarvan vir hul gesondheid. Dit mag ook

aanduidend wees van die belangrike rol wat die vrou se bewustheid of bekendheid van haar MIV-status in positiewe gesondheidsgedrag mag speel.

9.3.7.7 Sub-tema 7.7: Die *sugar daddy* verskynsel

Die helfte (6) van die respondente het genoem dat hul al met seksuele versoeke deur ouer mans genader is. Chikovore *et al.* (2003:56) meen dat die uitgangspunt wat in Afrika gevolg word waar 'n meisie haarself moet weerhou van seksuele-omgang totdat sy in die huwelik tree, en sodoende die familie se eer behou, paradoksaal staan teenoor die seksuele-uitbuiting van jong vroue. Hierdie vroue word uitgebuit deur hul eie families en ook deur wat in die algemeen na verwys word as die *sugar daddy* verskynsel, waar jong meisies deur ouer mans verlei word tot seksuele-omgang in ruil vir geld of geskenke. Volgens Mataure *et al.* (2000:5) is die meer algemene patroon van MIV-oordraging dan ook waar ouer mans MIV oordra aan een of meer jonger vroue, asook hul eie vroue indien die vrou nie reeds MIV-positief is nie. Hierdie jong vroue mag weer later MIV oordra aan jong mans of hul eie mans wanneer hul in die huwelik tree. Hierdie vroue se mans word dan weer later ouer mans wat seksueleverhoudings met jonger meisies sal hê en die virus so sal versprei.

Uit die ses (6) respondente wat al deur *sugar daddies* genader is met versoeke vir seksuele-omgang het slegs twee (2) respondente genoem dat hul hierdie versoeke al toegestaan het:

“Yes, many times. They say ‘I’ll look after you’. (*Did you have sex with those men?*) Yes. (*And did they look after you?*) For a short period **then they leave, because it’s (usually) a guy with a family.**” -Mpho

“Yes. Even yesterday I was at the News Café (in Polokwane) with my friend and we were sitting and eating so then the waiter came and said ‘That guy wants to have your number’. (*Was it an older man?*) Yes. Then I took my number and gave it to him. Then he send an sms saying he wants to see me, I’m attractive, I’ve got his attention, **he’s booked in at Holiday Inn. Then we asked him to come join us then he came to our table.** Then we were sitting with him, getting to know him. (*How do older men approach you in general?*) **The car, they stop next to you and say ‘I’d love to see you if you don’t mind. Can we go somewhere private’.**” -Lerato

Dit blyk dat dit meermale jonger meisies is wat deur *sugar daddies* genader word en Mataure *et al.* (2000:9) noem dat van alle vroue, adolessente meisies die kwesbaarste is vir MIV waar sommiges deur ouer mans verlei word of *sugar daddies* as 'n nuttige

wyse gebruik word om sekere luukshede te bekom. Ander respondente wat seksuele versoeke vanaf ouer mans teengestaan het, noem die volgende:

"They do (approach me). You find somebody who say 'I love you'. I say 'You have a wife'. He say 'Yes'. I said 'I'm not going to do that (have sex) because you say you love me. **Firstly you just want to have sex with me, so don't say you love me because I know you love your wife, not me**'. He say 'I'm sorry it is like that'. I say 'no I'm not a sex worker'. He say 'I'll give you something (money or gift)'. I say 'no'. (*Do older wealthier men often approach you to have sex?*) Yes, they just want that (sex)." -Karabo

"He just called me and then I went to him. He greeted me and then he said '**Do you need a lift?**'. I said 'no', and he said '**I will just drop you at the (school) gate there**'. And then I said 'no, I don't want that'. He said '**I would give you some money**'. I said 'no, I don't want that, so please go'. And then he went all away." -Kagiso

"Ja, when I was younger. **I started crying and ran away**. (*Did he want you to get into the car with him?*) **No he just called me a 'stupid' and left**." -Tebelo

Dit blyk uit bogenoemde dat respondente dikwels deur ouer mans genader word soos wat mans sekswerkers sal benader. Respondente word meestal vanuit 'n motor deur ouer mans genader, wat volgens die navorser alreeds vir die respondent daarop dui dat die ouer man 'n motor kan bekostig of besit. Daarna word respondente geld aangebied.

Een (1) respondent noem dat sy die ouer man wat haar met seksuele versoeke genader het, ken vandat sy 'n kind is:

"He paid my school when I was doing computers, but I didn't think that this guy was after sex. I just took him like my granny is working there (as my grandmother's employer). One day my granny was going away home for the month and the old man called me from the backyard and I came into the house. **He asked me if I could take out (off) my clothes. I said 'Why?'. He said 'I want to touch you'**. I said 'no, all this time you have known me since I was growing up and right now you just want me to take out (off) my clothes and you want to touch me'. **He said 'I paid your school fees. I used to give you money for transport when you go to school. I give you money for food to eat at school. So you don't want to repay me?'**. But I told him I'm going to tell my granny when she comes back. He starts begging me 'no, no I was just kidding. I was just playing. Don't do that'. He was not kidding. I told my grandmother. My grandmother when she confronted him, he say I'm lying. She (my grandmother) did believe me because she say one day she find a black girl in the house in the morning when she came in from the back door the old man was going out with the black lady and the small one (child). She (my grandmother) say she believe me just because only once she saw him with the black girl." -Kefilwe

Daar behoort dus in ag geneem te word dat jong vroue nie alleen deur *sugar daddies* genader sal word wat vreemdelinge is nie, maar dat hierdie mans ook bekend mag

wees aan jong vroue en hul gesinne. Indien vroue ernstige finansiële of materiële nood in hul gesinne beleef, mag seksuele versoeke deur *sugar daddies* as wyse beskou word waarop hierdie behoeftes aangespreek kan word. Aangesien die *sugar daddy* die party is wat vergoeding bied, mag 'n tekort aan kondoomgebruik, veral waar dit gepaard gaan met mites rondom MIV-genesing, weer eens 'n belangrike gesondheidskwessie wees vir arm vroue.

9.3.7.8 Opsomming van Tema 7

Hierdie tema het aangedui dat die meerderheid respondente nie hul skoolopleiding voltooi het nie. Die belangrikste redes hiervoor was die voorkoms van swangerskap en 'n tekort aan finansiële steun vanaf ouers ten einde skoolopleiding te voltooi. Die helfte van die respondente noem dat vroeë skoolverlating negatiewe gevolge vir hul ingehou het, veral wat 'n inkomste en om werk te bekom, aanbetref. Ongeveer die helfte van die respondente in hierdie studie is die enigste gesinslid wat 'n werk het. Werkloosheid het algemeen voorgekom onder respondente en hul gesinslede bo die ouderdom van 18 jaar, en hierdie respondente en ander gesinslede is hoofsaaklik afhanklik van Staatstoelae en pensioene. Respondente en hul gesinne benodig veral groter verblyf, meubels soos beddens, kos, klere en komberse. Die meerderheid respondente besit geen grond nie. Respondente ontvang verskeie kommoditeite, veral geld in hul verhoudings met seksmaats, waardeur die respondent en haar gesin bygestaan word. Laasgenoemde gaan soms gepaard met seksmaats se aanvraag op kondoomlose seksuele-omgang, waar seksuele-omgang dus op die seksmaat se voorwaardes geskied. Respondente word ook dikwels deur *sugar daddies* genader, en hoewel die meerderheid respondente hierdie verhoudings vermy, stem sommige respondente tog daartoe in.

9.4 Kategorie 3: Verbandhoudende aspekte van die geslagsrolle van die vrou

Onder hierdie kategorie let die navorser op temas wat na aanleiding van die aard van empiriese inligting vir hierdie studie, met meer as een geslagsrol van die vrou verband hou, en daarom nie onder 'n spesifieke rol bespreek word nie. Daar word gelet op mishandeling van respondente en die moontlike verband daarvan met MIV. Daar word ook gefokus op respondente se opvoeding, geloof en kultuur. Laastens word

daar gekyk na respondente se gesondheid en MIV-verbandhoudende aspekte, geslag en spesifieke beradingsbehoefte. Hierdie kategorie sal dus dien as aanvullend vir die geslagsrolle van die vrou ten einde 'n volledige beeld te voorsien waarvolgens die maatskaplike werker hulpverlening kan bied aan hierdie vroue.

9.4.1 Tema 8: Mishandeling van die vrou

Hierdie tema rondom die mishandeling van vroue fokus op alle vorme van mishandeling wat fisieke- en emosionele mishandeling sowel as nie-gewelddadige trauma insluit. Daar sal ook gelet word op verkragting. Laastens word daar ook kortliks gelet op seksuelemolestering van die vroulike Noord-Sotho/Tswana-sprekende kind. Die opvolgende sub-temas sal dan ook die belangrike verband tussen MIV en geweld teen vroue meer duidelik maak, hoewel huweliksverkragting en gewelddadige seksuele-omgang of *rough sex* nie bespreek word nie, aangesien geen respondente daaraan blootgestel is nie.

9.4.1.1 Sub-tema 8.1: Fisieke mishandeling van vroue

Vyf (5) respondente is aan fisieke geweld blootgestel. In vier (4) gevalle is geweld teen respondente gepleeg deur 'n intieme maat of seksmaat en in een (1) geval is geweld teen 'n respondent gepleeg deur haar seksmaat se ander vriendin. Die vier (4) respondente wat aan fisieke geweld blootgestel is deur 'n seksmaat noem die volgende:

“My (ex) husband, he was hitting me, swearing at me. (*Did this abuse go on for a long time?*) Yes for about one year and then I started to fight him back. (*Did you ever go to the police after he abused you?*) Yes, I did. (*What did the police do?*) They just talk to us. (*So your husband didn't go to jail?*) No. (*Were you supported by anyone during the time your husband was abusing you?*) It was only my sister (who supported me). (*How did you feel when your husband was abusing you?*) **I was feeling very bad.**” -Karabo

“Ja, the father of the youngest two kids, he was hitting me day and night. He was drinking. (*Did he hit you when he became drunk?*) Yes. (*Did he hit you when he was not drinking?*) No. (*What did you do when he became drunk?*) I just stayed and waited. (*Was it difficult for you?*) Yes, that's why I decided to go (leave him). (*Did you ever go to the police?*) **No, actually in our culture we don't go- you can't run away to the police.** (*How long did the abuse go on?*) From 1988 to 2006. (*Did anyone support you during the abuse?*) **No, in our culture they say a woman dies in the hut of her husband.** (*Wasn't there even a friend to support you?*) No. (*Did you ever go to a hospital or clinic after your husband hit you?*) Yes I did go. **I had an open wound on my neck** and (injuries) here where he was touching me. (*Did he cut you with a knife?*) No, with a pole. Anything he gets he throw to me. (*Was that the*

only time you had to go to the hospital or were there other times?) There was other times.” - Mpho

“The boyfriend that I had two kids with, he used to punch me with his fist. I was 20. He did this for two years. I didn’t go to the police because by that time I loved him, so I thought if I go to the police they could take him away- that’s why I didn’t go there (to the police). (How did you feel afterwards?) It made me feel sad, but afterwards I would talk to him when I had calmed down so he would promise that he would never do it again, but next time he would do it again. The last time when I told him that I was going to the police, that’s when he stopped cause he was afraid of the police. *(Did you ever think of leaving him?)* Yes, but I loved him too much.” -Kagiso

“Ja a boyfriend that I was having a short relationship with abused me. He did sleep with another girl and I found him and he punched me. It was only for one day I caught them and then that night he beat me and then we separate. (Did you take any steps against him?) I wanted to go to the police then he said I mustn’t go. Then I just leave him. I tell him not to come to my place again. (Why didn’t you go to the police?) Because I feel sorry for him. (Did any one support you when this happened?) No. (Did you need or receive medical help?) No.” -Sesi

Simpson (in Dinan *et al.* 2004:737) konstateer dat Suid-Afrika ’n endosserende kultuur van geweld onderhou, wat ’n samelewing impliseer waarin geweld goedgekeur en aanvaar word as regmatige wyse waarop probleme opgelos word, of sekere doelstellings bereik kan word. Kim en Motsei (2002:1244) sluit hierby aan deur te verduidelik dat selfs die bestaande syfers van geweld teen vroue in Suid-Afrika onderbemaam word, aangesien fisieke- en seksuele geweld teen vroue “genormaliseer” word. Geweld teen vroue word ook deur middel van kulturele waardes en -norme toegelaat, wat hierdie mishandelende praktyke teen vroue versterk. Gysels *et al.* (2002:182) het ’n studie in Uganda onderneem waar alle vroue betrokke in hierdie studie, genoem het dat hulle vasgekeer is in onderdrukkende verhoudings wat gepaard gaan met hul mans se ontrou, dronkenskap en geweld. Hierdie studie toon dat ’n kombinasie van ontrou, drokenkskap en geweld ook ’n rol gespeel het in die fisieke mishandeling van vroue.

Fisieke geweld teen respondente het gestrek van ’n eenmalige gebeurtenis tot so lank as 18 jaar. Dit blyk dat die betrokkenheid van seksmaats se ander vriendinne ook ’n rol speel in fisieke geweld. Een (1) respondent noem die volgende:

“I had a fight with another girl, but it was long time (ago). You see my teeth (are broken). That’s the only fight I had. The girl was staying with the guy I was with and by that time I was pregnant. She was at my boyfriend’s place then we start arguing and after that she start pushing me- so we fight. The guy (my boyfriend) took her out (of the house) and told her ‘I told you I have a girlfriend. My parents know this girl. I just took you for one night so (now) you think we are married’.” -Kefilwe

Slegs een (1) van bogenoemde respondente het fisieke mishandeling deur haar seksmaat by die polisie aangemeld, waarna die polisie geen stappe teen die oortreder geneem het nie. Felson *et al.* (2002:617) het gevind dat hoe nader die verhouding tussen twee partye is, hoe kleiner is die kans dat die vrou fisieke geweld by die polisie sal aanmeld. Dit blyk in hierdie studie dat kultureleredes ook 'n rol speel in waarom vroue nie hul seksmaats verlaat waar fisieke mishandeling voorkom nie. Kim en Motsei (2002:1245) het in hul studie gevind dat daar in die Afrika-kultuur aan die bruid gesê word dat sy eendag by haar man se huis moet sterf en hom nie moet verlaat nie, selfs nie wanneer sy mishandel word nie. Hierdie kulturele-oortuiging is ook deur een (1) van bogenoemde respondente genoem. In hierdie studie is slegs een (1) respondent in die tydperk waarin fisieke mishandeling voorgekom het, deur 'n familielid naamlik haar suster, ondersteun. Dit blyk dus vir die navorser dat kulturele-oortuigings aanleiding gee tot isolasie van vroue wat fisiek mishandel word deur 'n seksmaat. Die navorser is van mening dat bogenoemde kulturele-oortuiging vroue se MIV-risiko verhoog, aangesien die mishandelde vrou bevrees mag wees om op veilige seksuele-omgang aan te dring en haarself uit skaamte rondom die mishandeling mag isoleer.

Brown-Peterside *et al.* (2002:53) noem dat fisieke geweld teenoor vroue geassosieer word met toenemende risiko vir MIV as gevolg van die tekort aan kondoomgebruik. Gupta (2000:4) konstateer dat fisieke geweld, afdreiging met geweld en vrees vir verlating, belangrike struikelblokke is in onderhandeling vir kondoomgebruik, die bespreking van getrouheid van 'n maat of die beëindiging van 'n verhouding wat as risiko gesien word. Studies in Afrika-lande soos Tanzanië dui aan dat die voorkoms van geweld 'n sterk voorspeller is van MIV vir vroue. Een (1) respondent in hierdie studie is vir 18 jaar fisiek deur haar seksmaat mishandel. Laasgenoemde dui vir die navorser op 'n uitgestrekte tydperk waarin vroue bevrees mag wees om op kondoomgebruik en veilige seksuele-omgang aan te dring, en dus 'n uitgestrekte tydperk waarin seksmaats hierdie vroue met MIV kan infekteer. Pienaar (2004:12) verduidelik dat studies in Suid-Afrika toon dat intieme maats van dominerende en gewelddadige mans 'n groter kans staan om MIV op te doen. Verder is daar bevind dat mans wat vroue mishandel, meer geneig is om MIV-positief te wees en riskante seksuelegedrag op hul seksmaats af te dwing. Die navorser wil laasgenoemde weer in

konteks bring met hierdie mans se ontrou aan respondente, wat respondente se kanse om MIV op te doen, verder mag verhoog.

Een (1) respondent het verskeie kere mediese hulp ontvang nadat fisieke mishandeling voorgekom het. Daar word verwag dat mediese personeel hierdie tipe gevalle sal identifiseer en die mishandelde vrou na die polisie, 'n berader of maatskaplike werker sal verwys. In hierdie studie het laasgenoemde egter nie plaasgevind nie. Dit blyk dat kulturele-oortuigings onder mediese personeel vanuit dieselfde kultuur as die mishandelde vrou hier 'n rol mag speel. Kim en Motsei (2002:1246) het in hul studie gevind dat Swart manlike- en vroulike verpleegkundiges nie mishandelde vroue na die polisie of gereg verwys nie, aangesien dit as 'n privaatsaak beskou word. Mishandelde vroue word blameer vir die mishandeling en deur verpleegkundiges terug gestuur na hul mans.

Die navorser is van mening dat 'n kombinasie van tradisionele oortuigings rondom fisieke mishandeling wat deur respondente onderhou word asook 'n tekort aan ondersteuning en hulpverlening vanaf mediese personeel en die polisie, mishandelde vroue in 'n situasie van hoë MIV-risiko vasvang. Daar word opvolgend kortliks gelet op waar hierdie tradisionele oortuigings rondom fisieke mishandeling hul oorsprong het.

Al 12 respondente noem dat fisieke geweld teen vroue in hul kultuur beskou word as dissipline of straf, hoewel respondente nie glo dat dit die korrekte wyse is vir 'n man om teen 'n vrou op te tree ten einde haar te dissiplineer of te straf nie. Kim en Motsei (2002:1245) het in hul studie onder Swart gesondheidswerkers in Suid-Afrika gevind dat mans fisieke geweld beskryf as “dissipline” of “straf”. Mans verduidelik dat 'n vrou geslaan word wanneer “sy nie wil luister nie” of “wanneer sy vir haar regte opstaan”. Daar word ook genoem dat vroue se tekortkominge in die onderneming van huishoudelike take en die versorging van kinders, grondige redes is vir geweld. Daar word in die Afrika-kultuur dikwels van mans gepraat wat “weet hoe om hul vroue te dissiplineer” en “orde in die huis te hou”, wat aanduidend is dat geweld in Suid-Afrika tot 'n groot mate genormaliseer word. Mans meen dat daar ook spesifieke snellerfaktore is wat 'n vrou onder verhoogde risiko vir geweld kan plaas, byvoorbeeld waar die man alkohol gebruik, wanneer 'n vrou 'n disrespekvolle houding teenoor haar

man inneem of wanneer 'n vrou ontrou is aan haar man. Kim en Motsei (2002:1245) konstateer dat beide mans en vroue noem dat die man se ontrouheid aan sy vrou sosiaal aanvaarbaar is en selfs aangemoedig word. Dit word algemeen aanvaar dat dit die man se reg is om buite-egtelik verhoudings te hê, en indien sy vrou nie samewerking bied nie, kan dit ook tot fisieke mishandeling lei. In bogenoemde outeurs se studie het 'n vroulike respondent genoem dat sy oortuig is dat wanneer 'n vrou ontrou is aan haar man, dit die man se reg is om sy vrou te slaan.

Aangesien al 12 respondente genoem het dat fisieke geweld teen vroue in hul kultuur beskou word as dissipline of straf, is die navorser van mening dat hierdie kulturele tendens moontlik beskou kan word as die oorsprong van die voorkoms van fisieke geweld in Noord-Sotho/Tswana-sprekende gemeenskappe. Hoewel al 12 respondente voel dat mans nie hul vroue met fisieke geweld behoort te dissiplineer of straf nie, het die navorser dit relevant gevind om te bepaal of respondente oortuig is dat daar sekere omstandighede bestaan waaronder die man die vrou met fisieke geweld behoort te dissiplineer of te straf. Slegs vier (4) respondente was oortuig dat fisieke geweld teenoor vroue gepas is onder die volgende omstandighede:

- Wanneer vroue met ander mans sosialiseer wat nie hul seksmaat is nie.
- Wanneer vroue buite-egtelike verhoudings het of ontrou is aan 'n seksmaat.
- Wanneer vroue nie hul huislike take uitvoer nie.
- Wanneer vroue geld oormatig bestee.
- Wanneer vroue kaart speel en daardeur geld verloor.
- Wanneer vroue oormatig geld bestee op alkohol.

Bogenoemde dui vir die navorser daarop dat kulturele tendense rondom die dissiplinering of straf van vroue deur middel van fisieke geweld, nie alleenlik deur mans onderhou word nie, maar ook deur sekere vroue. Laasgenoemde oortuigings wat onder sommige mans en vroue gevind word, mag 'n aanduiding wees vir waarom vroue wat fisiek mishandel word, hulself isoleer deur nie ondersteuning te soek of die fisieke mishandeling aan te meld nie. Hierdie vroue mag gestigmatiseer word in hul gemeenskappe, verdere fisieke geweld in die gesig staar en selfs van enige finansiële steun van 'n seksmaat ontnem word indien hul die ootreder wel by die polisie aanmeld.

Daar was in hierdie studie ook twee (2) respondente wat oortuig is dat indien 'n seksmaat nie die vrou deur middel van fisieke geweld straf nie, hy nie meer vir haar omgee nie. Laasgenoemde word verbind met fisieke geweld wat in die Afrika-kultuur ook verband hou met liefde en vergifnis. Kim en Motsei (2002:1245) verduidelik dat Afrika-mans mishandeling sien as 'n uitdrukking van vergifnis aan die vrou. Die uitgangspunt wat deur Afrikane gevolg word is dat indien die man nie sy vrou slaan nie, hy haar nooit sal vergewe nie, en indien hy haar wel slaan, dit tel as 'n vorm van vergifnis. 'n Algemene uitdrukking onder Afrika-mans is dan "*women enjoy punishment*". Mans noem dat wanneer 'n man sy vrou slaan, dit gewoonlik beteken dat hy nog liefde het vir haar. Indien hy haar met 'n *sjambok* slaan beteken dit dat hy haar definitief steeds lief het. Swart vroue in bogenoemde outeurs se studie het hiermee saamgestem en ook genoem dat sommige vroue wat nie deur hul mans geslaan word nie, voel dat hul mans hulle nie lief het nie. Vroue noem ook dat laasgenoemde kultureel gebonde mag wees. Die twee (2) respondente wat soortgelyke opinies onderhou, noem die volgende:

"(As die man die vrou slaan beteken dit hy is nog lief vir haar?) Ja hy is dan nog lief vir haar want hy slaan haar dan en sê 'Jy moet nie so maak nie'. (As die vrou iets verkeerd doen en haar man slaan haar nie, wat beteken dit?) Dit beteken hy like haar nie meer nie." -Katlheo

"If he doesn't do anything (punish me) I can say he doesn't care about me. (When you do something wrong and he's angry and hits you does it show that he still loves you?) Yes it means he cares about me. Ja, I can say that he cares about me when he beats me, but not (he shouldn't beat me) with heavy things." -Tebelo

Daar bestaan dus ook onder sekere respondente 'n sterk verband tussen liefde, vergifnis, straf en dissipline.

Daar is laastens onder hierdie sub-tema gelet op watter insig respondente rondom fisieke geweld teen vroue en MIV-risiko ontwikkel het, deur te bepaal of respondente van mening is dat 'n mishandelde vrou 'n beter kans staan om met MIV geïnfekteer te word. Gómez en Marín (1996:355) verduidelik dat die voorkoms van seksuele geweld in heteroseksuele verhoudings algemeen is, en dat die vrou dus eerder sal toegee aan die man as om veiliger seks voor te stel. Nege (9) respondente is van mening dat 'n vrou wat blootgestel word aan fisieke geweld in haar verhouding 'n beter kans staan

om met MIV geïnfekteer te word. Respondente het die volgende redes hiervoor genoem. 'n Seksmaat wat 'n vrou fisiek mishandel:

- Is geneig om ook ander seksmoats te hê en mag dus 'n groter kans staan om MIV-positief te wees.
- Sal nie noodwendig MIV-toetsing ondergaan en sy MIV-status aan die vrou bekend maak nie.
- Sal meer geneig wees om vir sy eie seksueleplezier op seksuele-omgang aan te dring sonder die gebruik van kondome.

'n Vrou wat fisiek mishandel word:

- Mag as gevolg van spanning na *shebeens* toe gaan, alkohol gebruik en dan onveilige seks hê met ander mans.
- Kan uit vrees vir mishandeling nie haar seksmoat onveilige seksuele-omgang weier nie.
- Word uit vrees vir die mishandeling oor jare aan onveilige seksuele-omgang blootgestel.
- Mag haarself moontlik tot ander seksmoats wend vir vertroosting en daardeur onveilige seksuelepraktyke beoefen.

Laastens noem respondente ook die volgende:

- In die verhouding tussen die mishandelaar en die mishandelde vrou, is die mishandeling geneig om beide die man en vrou tot ander seksmoats buite die verhouding te dryf.

Twee belangrike aspekte het veral na vore getree uit bogenoemde respondente se opinies rondom fisieke mishandeling van die vrou en MIV-risiko. Eerstens het respondente dit eens dat MIV-risiko vir die vrou wat fisiek mishandel word meestal verband hou met 'n seksmoat wat ontrou is en die vrou mishandel wanneer hy hieroor gekonfronteer word. Verder blyk dit dat indien mishandeling van die vrou om ander redes voorkom, die seksmoats homself dikwels tot ander vroue wend vir seksuele-omgang direk nadat mishandeling van die vrou voorgekom het. Laasgenoemde mag volgens die navorser verband hou met diverse redes soos die verligting van spanning deur middel van seksuele-omgang met ander vroue of om die mishandelde vrou te straf deur seksuele-omgang te hê met ander vroue. Tweedens het respondente dit ook eens dat die vrou wat fisiek mishandel word nie op veilige seksuele-omgang kan aandring nie, uit vrees vir mishandeling. Die navorser is van mening dat hierdie

kombinasie van meervoudige seksmaats en onveilige seksuele-omgang met die mishandelde vrou, haar kans op MIV dramaties verhoog.

9.4.1.2 Sub-tema 8.2: Verkragting van vroue

Twee (2) respondente wat by hierdie studie betrek is, is verkrag en beskryf die verkragting soos volg:

“Yes, I got raped by somebody (a stranger). *(When did this happen?)* It’s a long time ago. *(Was it before you were married?)* Yes, but I already had two children at that time and I was looking for a job. **It (the rape) was in the bush where I was walking to the other farm.** *(Did you go to the police?)* Yes. *(Was the rapist caught?)* No. *(Did you seek any help from anyone?)* Yes, **I went to the clinic and from the clinic to the hospital and I was getting counselling there.** *(Did you get medical help as well?)* Yes. *(Was medication to prevent HIV after rape available at that stage?)* No. *(Did they give you medication to prevent pregnancy after rape?)* Yes, they gave me that. *(Now that many years have passed and you spoke about the rape do you feel better?)* Yes. *(Do you still think about the rape?)* No.” -Karabo

“I got raped and had to get an abortion. So that thing traumatised me. So when I’m thinking about sex it’s like something else (associates sex with rape). So now I’m going for counselling, talking about that (the rape). *(Does it become better when you go for counselling?)* Ja, although **that thing (the rape) made me not to be the sex-type person (a person who enjoys sex).** *(Did you go to a hospital after you were raped?)* I went to the hospital after two days (two days after being raped) because it was Friday né and I just told myself I’ll go to the hospital on Monday. *(How did the rape happen?)* **I didn’t know them-there were two of them.** *(How did they treat you at the hospital?)* They gave me ten pills, they call it the morning-after pill. So they gave me ten of them. If I come early they’ll give me two but because I’m late (only got to the hospital on Monday) they gave me ten. **They said I have to come back and I took the pregnancy test after seven days and I was pregnant and they just gave me the forms for abortion.** So I went through the whole thing (abortion). *(Did they give you medication to prevent HIV?)* No because when I went to the clinic I just told them I thought I was pregnant. I was scared and so on Monday when I got there (to the hospital) **I didn’t say I was raped. I said I was sleeping with my boyfriend and the condom bursted.** *(So you couldn’t get medication to prevent HIV?)* No. *(Were you afraid you might have been infected with HIV after you were raped?)* No, because at that time the **one thing I knew was (that) unprotected sex gets you pregnant- the HIV, no! I wasn’t aware of the virus.** I knew it was there but I wasn’t thinking about it. But when I was there (at the hospital) I said to myself ‘From today I’m taking care of myself. I’m just going to go to God and repent’. *(Has the rape changed your life in any way?)* Ja because now I’m living with this thing. Until today I’m not completely cured from that. Like with sex- **I’m always not feeling to have sex.** So when it comes to sex and the woman has to be wet, sometimes that **doesn’t happen to me.** I don’t even know how to come out (be myself) while having sex. I’m not the sex-type of person. *(Do you feel this way because you were raped or did you feel like that before the rape?)* I can’t remember. *(Do you still enjoy sex with your partner?)* No not to that extend. It’s just the feelings I feel (when having sex), but now it’s better. I can allow myself. *(Did you take any steps against the rapists?)* No because I didn’t want anybody to know. *(Why not?)* I don’t know. It was just a feeling. **Even if I did go to the police it won’t change the rape.** *(Didn’t you want the police to catch these men?)* No because it wouldn’t change anything to me. I know if the catch them they won’t do it again, but I never thought if

that then. I just said to myself if I now go to the police, the police are going to say 'Ja, you girls are working (prostituting) through the night'. **I was scared of such things because they (the police) would say 'Ja, you go out at night' (are promiscuous) you know those things.** (So were you afraid that the police was going to pretend that the rape was your fault?) Ja, not exactly my fault but the stuff they were going to say, because I was emotionally down so I couldn't bear anything they were going to say. (Were you supported by anyone during that time?) No, because I didn't tell anyone. (How long did it take you to tell a doctor or counsellor?) After a week. I went to my pastor. (Did he support you?) Ja, I went to some sessions. They call it soul therapy. (Did that help you?) Yes. (Did you talk to anybody else?) At the clinic they send me to a counsellor. She was an HIV counsellor. (Did it help you to talk to her?) No. The only time that I felt I was relieved was after the abortion né. I felt no one knows about this thing. It's done- a closed chapter. Then I was fine." -Lerato

Armstrong (1993:8) verduidelik dat 'n gesonde vrou se kans om met MIV geïnfecteer te word deur 'n man gedurende 'n enkele daad van vaginale omgang, tussen 1 uit 250 tot 1 uit 500 is. Verkragting maak egter hierdie kans om MIV op te doen baie groter, aangesien daar geen lubrikasie is nie en wrywing wat aanleiding gee tot bloeding, die risiko op MIV-infektering verhoog. Die voorkoms van seksueel oordraagbare infeksies skep ook vrugbare omstandighede vir die oordraging van MIV, en die kans om MIV op te doen word tussen 3-20 keer hoër. Daar behoort verder in ag geneem te word dat die verkragter se kans om self MIV-positief te wees redelik hoog is, en dat daar ook 'n kans bestaan dat 'n vrou meer as een keer verkrag kan word. In Afrika-kulture in Suid-Afrika toon die geskiedenis dat verskillende kulture ook verskillende standpunte ingeneem het teenoor verkragting. Daar kan byvoorbeeld gekyk word na hoe verkragting tradisioneel onder die Zoeloes gestraf is met 'n boete en selfs die dood (Krige, 1988:228). Onder die Tswana is verkragting ook tradisioneel met die dood gestraf en later deur die oplê van 'n boete en lyfstraf aan die verkragter (Schapera, 1970:260). Die Pedi glo dat verkragting nie sommer sal voorkom sonder dat die verkragter deur 'n vrou uitgelok of aangemoedig was nie, en waar verkragting wel voorgekom het moes die vrou daadwerklik haar vader of voog daarvan inlig, andersins is sy as 'n gewillige deelnemer gesien (Mönnig, 1983:326). Laasgenoemde mag volgens die navorser veral verband hou met houdings teenoor verkragting in Suid-Afrika. Jewkes (2000:9) verwys na 'n klimaat van verdraagsaamheid teenoor verkragting in Suid-Afrika wat weerspieël word deur die onsimpatieke hantering hiervan deur die polisie, ligte vonnisse aan verkragters, druk wat deur families op vroue geplaas word om nie 'n klag teen die oortreder te lê nie, en in ekstreme gevalle die tekort aan gemeenskapsanksies teen mans wat vroue tot seks forseer.

Volgens Armstrong (1993:6) kan verkragting gesien word as die sterkste demonstrasie van vrou se magteloosheid en tekort aan beheer oor hul eie seksualiteit. Hierdie magteloosheid word verder gesien as een van die grootste dryfvere agter die VIGS-pandemie, tog bly die rol daarvan in die verspreiding van MIV onbekend. In hierdie studie het een (1) van die twee (2) respondente wat verkrag is wel MIV opgedoen na aanleiding van verkragting. Respondente het egter nie die verkragting by die polisie aangemeld nie. Verkragting oefen ook 'n invloed uit op een (1) respondent se seksuele funksionering en latere seksuele gedrag. Die *Departement van Maatskaplike Ontwikkeling* (2001:56) het bevind dat een van die gevolge van die verkragting van jeugdige is die tendens tot onveilige seksuele gebruike in hul later jare is. Respondent Lerato het onder die sub-tema rondom *sugar daddy*-verhoudings genoem dat sy al verskeie seksuele verhoudings met sulke ouer mans gehad het.

Die navorser het laastens onder hierdie sub-tema van verkragting gelet op bevooroordeelde houdings wat respondente self teenoor verkragting onderhou. Hierdie houding word selfs onder politici gevind soos Musa Myeni van die Inkatha Vryheid Party wat genoem het dat vroue hulself blootstel tot gevaar deur snags laat rond te gaan, en dat die onbetaamlik ontbloting van hulself 'n bydraende faktor tot verkragting mag wees (Norman *et al.*, 2001:2). Die skuld vir geweldsmisdade word dus na vroue verskuif, sonder om in ag te neem dat daar sekere wetlike en morele regte bestaan waardeur vroue beskerm behoort te word. Jong *jack rollers* (die naam wat gegee word aan bendes bestaande uit jong mans wat meisies ontvoer en verkrag) in Soweto meen dat vroue wat alleen na kroëë gaan “*want it rough and ready and know where to get it*” (Norman *et al.*, 2001:2). Die helfte (6) van die respondente in hierdie studie het soortgelyke bevooroordeelings onderhou toe hul gevra is wat hul dink van vroue wat saans in onbetaamlike klere uitgaan, bier drink saam met mans en dan verkrag word. Respondente het die volgende genoem:

“It is not the same as any other rape cases because they attract men by wearing mini skirts. I feel shame for them when they get raped but they need to be told something like ‘In the future don’t do things like that. If you are at the tavern go home early and wear smart clothes not mini skirts’. When you wear mini skirts the boys will focus on you more than on others.” -Tebelo

“They want that rape. (Why do you say that?) Because why do they wear short skirts.” - Bonolo

*“(Hoekom dink jy word so baie jong vroue verkrag?) Want hulle loop in die nag by die tavern. (Wat dink jy van vroue wat laat saans saam mans bier drink en uitlokkende klere dra en dan verkrag word?) Dis baie snaaks want **die vrou mag nie by die bier-plek gaan en so kort rok aantrek nie. Hulle wil gerape word want hulle dra kort rokke en die man sien dit.** Daai man, hy sien en ‘Hey die meisiekind is mooi’. Hy mag nie (haar verkrag nie) maar hy doen dit.”*
-Katlheho

“Those women have no responsibility and respect. They go around (they are promiscuous). When they get raped they cry of anger and frustration.” -Lebo

“Ai, I think these women are not raped. They go there and sell their bodies. *(So do you think that doesn't count as rape?)* It doesn't.” -Mpho

“I think I can blame them because they know that if you go outside it's a risk. They don't look after themselves.” -Bontle

Die navorser is van mening dat bogenoemde respondente se tekort aan insig rondom verkragting daarop dui dat klimaat van verdraagsaamheid teenoor verkragting in Suid-Afrika, nie alleenlik deur mans onderhou word nie, maar dat vroue 'n bydra lewer daartoe. Dit blyk dat hierdie houdings dikwels kultuur-gebaseer is, aangesien die gedrag van vroue wat saans uitgaan, onbetaamlik aantrek en bier drink saam met mans, nie as tradisionele gedrag beskou word nie. Mönnig (1983:63) verduidelik dat respek deur vroue in die Afrika-kultuur getoon word deur skaam, eerbiedig en terughoudend op te tree. Indien 'n vrou in die Afrika-kultuur dus verkrag word onder watter omstandighede ook al, is die navorser van mening dat hierdie vroue dit dikwels geheim sal hou en nie by die polisie sal aanmeld nie, juis as gevolg van bogenoemde houding soos deur respondente onderhou. Hierdie houdings mag volgens die navorser ook verband hou met waarom bogenoemde twee (2) respondente wat verkrag is, dit nie by die polisie aangemeld het nie.

9.4.1.3 Sub-tema 8.3: Verkragting en seksuele molestering van kinders

In hierdie studie het een (1) respondent wat self ook verkrag is genoem dat haar dogter op die ouderdom van sewe jaar verkrag is:

“My daughter was raped. She was seven years old when she got raped. *(How old is she now?)* Now she's 14. *(Was she raped because somebody thought she was a virgin?)* Yes. *(Was it very difficult for you?)* Very, very, very! *(Was she raped by someone who is HIV positive?)* I think so, but I did take her for a test. *(What was the outcome of the test?)* She was negative and then they ask me to take (bring) her back after three months, but I didn't because I was having a lot on my mind like what if she's HIV positive? **Can I cope with this situation or not? It take me a long, long, long time before I take her back again for testing.** I think I took her back some years after she was raped. It was when I just see her

(health) just going on and off that I started suspecting that maybe she may be HIV positive- it's not helping me to just keep her at home and I better take some steps. I did talk to the head of the clinic here and explained to her and she just asked me 'Can I take care of that?'. I say (to her) it's all the same because even though you wouldn't tell me (my daughter's status) I will see. She said 'How?'. I said 'You will ask me to bring her and sometimes you would want to see her and I will just suspect something. So I better know what's going on'. Then I take her to a proper hospital and then there it was so difficult because the people (staff) were busy doing their duties and didn't help me at the time. So I decided to go home. So they (staff at hospital) say 'no we can help you' but at that time I was having anger and I was so tired to wait such a long time and I just say 'no, maybe you can just do another test and I'll come back, **because if you do the test and I find out she's positive, I can't cope now.** I will prepare myself and come back for the result'. Then they do the ELISA (HIV test) and I go home and then **after two weeks I come back and found out she's HIV negative.** So I was relieved at that time. (*How is your daughter now coping after the rape?*) Because you know the children, they easily forget. It's only me who is suffering. Herself she's fine. (*You mentioned that when your daughter was raped you didn't feel like having sex anymore*) Yes. But now she's ok like any child. She doesn't have any problem, but it's only me when I look at her I think what did really happen. When she finds out what is she going to do, how she's going to react. (*Do you think that because you were raped as well that you associate your feelings with what you think your daughter is supposed to feel?*) Yes and it's very difficult. (*Was the man who raped her ever caught?*) **Eish, this thing caused me stress about that case** (the rape case of the seven year old daughter). **They (the rapist) did pay the police to close that case. It didn't go to any court until today.** (*Do you know who the rapist was?*) Actually I've been so lucky to find the man, because I was sending my daughter to ask for some cooking oil when I was just making something to eat for them for supper. She (my daughter) take a long time to come back. So when she come back I recognised that she's not herself. I asked her what really happened. But something came into my mind and I said 'Let me see your panty' and at the same time I found out that she's been raped. (*What did you see in her underwear?*) Some semen and she was dirty behind the head. So when I asked her she just explained to me. Lucky enough when we were just looking for some help to call the police we meet with the man (the rapist) on the way walking to the police station. (*Was it the man who raped her?*) Yes, it was in the night but she recognised the man because of the way he was dressed and she said 'It's this man'. Then I asked him 'Who are you?'. He told us the wrong name and he just run away, but we did recognise the face even though it was late (dark). My first born daughter and her friends was with me and they said 'See that boy, he's got the pimples on the face'. So when we were looking for him tomorrow (the next day) I explained that the guy had pimples on his face and when we meet him then we call the police and the police came. When the police came that guy wasn't dressed the same way he was yesterday. The police had two other men in the van and they put the three together. They take a long time in the house of that boy. When they came out they asked if my daughter was at home and I said yes. They said we are going to show her these men (the rapist and the two men in the back of the police van) and if she can't show the real man (the rapist) there's nothing they can do. (*Do you think the rapist's family paid the police?*) Yes and then when we got home I called her. She was young- seven years. They (the police) said 'Can you show us the man who raped you?' and she said yes. They opened the van. **Because that man was wearing a hat she pointed at the wrong man and she said 'It's this one'. The (the police) say 'You see, there's nothing we can do. We can't open the case'.** This man is free until today." -Karabo

Die navorser is van mening dat hierdie sub-tema van belang is wanneer daar gelet word op die vrou en MIV en VIGS, aangesien die seksuelemishandeling of verkragting van kinders en jong meisies dui op verhoogde MIV-risiko vir toekomstige generasies van vroue. Brown-Peterside *et al.* (2002:53) noem dat daar 'n assosiasie bestaan tussen seksuele kindermolestering en gedrag wat hierdie kinders later onder risiko sal plaas om MIV op te doen. Die vroulike Afrika-kind staan dus nie alleen die kans om na aanleiding van seksuelemishandeling, hetsy deur 'n familielid of vreemdeling MIV op te doen nie, maar waar MIV-oordraging nie as gevolg van seksuelemolestering voorkom nie, mag die kind later as adolessent of volwassene gedrag onderhou wat aanleiding gee tot verhoogde MIV-risiko en die verdere verspreiding van MIV en VIGS.

Jewkes (2000:9) konstateer dat die verkragting van kinders oor die afgelope aantal jare verdubbel het. Galloway (2002:4) verduidelik dat kinder- en babaverkragting geassosieer word met 'n hoë risiko vir MIV-oordraging, veral waar uitgebreide beserings voorkom. Bogenoemde weergawe van die verkragting van die respondent se sewejarige dogter dui vir die navorser op die magtelose situasie waarin vroue hulself bevind. Ten spyte van ernstige spanning wat deur die respondent beleef is rondom haar dogter se MIV-status, was die polisie van geen hulp nie en is die verkragter nooit voor die gereg gebring nie. Die navorser is van mening dat bogenoemde respondent se situasie verder dui op die ernstige druk wat deur vroue in hul rol as moeders beleef word.

Ander respondente noem ook dat die verkragting van kinders en jong meisies in hul gemeenskappe voorkom. Ses (6) respondente noem dat die verkragting van kinders en jong meisie in hul gemeenskappe verband hou met die mites rondom maagdelikheid en die genesing van MIV. Respondente noem die volgende:

"A few years ago né, older men in my community used to say that if you have sex with a little child who is maybe a few months old then the HIV will get out of him (the rapist) and it would be cured. So that's how it (HIV) spreads all over. *(Are there many men that say these things in your community?)* Yes, there are. They say that if you sleep with a virgin you will get cured that's why they sleep with young children. *(How do men that rape babies and young girls know that the girl is still a virgin?)* Sometimes you will find that it's the uncle and he's staying with that child and he knows that the child is a virgin and that's why he go and rape that child. *(Do you know anyone in your community who was raped?)* Yes, a young girl." - Kagiso

“There is some idea, I don’t know it come from where, that **if you can sleep with a virgin then this HIV is going to go away**, but there is no such a thing, it’s just an idea of a person. (*Do you know of rape cases like that in your community?*) I hear about it. (*How will a man know a girls or woman is still a virgin?*) I think it’s the one from the family, because if he’s not from the family it’s someone who knows you.” -Bontle

“Some (times) you find that **a person is HIV-positive and they say that if you slept with a small child you will cure that HIV**. That is why lots of young kids are raped. (*Why do you think are virgins raped?*) It’s because of alcohol and drugs. (*Do you know of virgins or babies on your community who have been raped?*) Yes, the one (person) that I know is the one that come to me and say they got raped. (*How many young girls told you they were raped?*) A few of them. (*Were they from your community?*) Yes. (*Can a man tell if a woman is still a virgin?*) No, unless that girl go for a virginity test. Because you will find out 11 years (old) she’s pregnant. (*Did this happen in your community?*) Yes.” -Sesi

“They (men) have that stupid mind that say **‘If you rape a baby you will be cured of HIV’**. (*How do you think a man can know that a girl is still a virgin?*) Because they (men) know the small children they are not doing sexual things.” -Karabo

“**There’s rumours that say if you sleep with a virgin, AIDS comes out of you and then go to that virgin**. (*Has this ever happened in your community?*) Yes the other man in our community do (have done) that. In court he says ‘I raped this young girl cause the traditional healer told me if I sleep with the virgin then AIDS goes out (of the body)’. (*How will a man know a girl or woman is still a virgin?*) I think they think every young girl is still a virgin. (*What age do you think they should be for men to think they are still virgins?*) I think zero to five years.” -Mpho

“(*Why do you think some men rape children?*) Because they are dogs. Those men who rape babies are dogs. (*Why do you think some men rape young girls?*) They want to satisfy their needs. **Others say when a man is (HIV) positive and he sleeps with a baby he’s going to be cured**. (*Do you know anyone in your community who was raped because she was a virgin?*) A little girl from next door. She was raped by her uncle. She was maybe about 12. The social worker took her somewhere in Pietersburg. She came back last year. (*Can a man know that a girl is still a virgin?*) No.” -Kefilwe

Verkragting van jong meisies kom voor waar daar onder Afrikane geglo word dat seksueeloordraagbare infeksies soos MIV en VIGS daardeur genees kan word. Laasgenoemde spruit onder andere uit kultureledruk (Esu-Williams, 2000:124; Green, 2002:2; Gupta, 2000:5; Kott, 2002:22). Norman *et al.* (2001:2) konstateer dat ongeveer die helfte van Soweto se verkragtingslagoffers onder die ouderdom van 15 jaar is en ’n verdere 40% verkragtingslagoffers baie jong kinders is, wat ook kleuters insluit. Armstrong (1993:8) verduidelik dat dit juis die slagoffer se ouderdom is wat haar meer kwesbaar maak vir MIV waar die oortreder reeds MIV-positief is. Adolesente meisies se risiko vir seksueeloordraagbare infeksies soos MIV is groter as vir enige ander vroulike ouderdomsgroep. Oppervlakselle van die onvolwasse

genitalieë van die adolessent is 'n minder effektiewe versperring teen MIV, as die van 'n volwasse vrou. Verder produseer adolessente ook minder slym wat die genitalieë kan smeer en beskerm.

Die navorser is van mening dat bogenoemde mite verband mag hou met die belang van maagdelikheid in baie Afrika-kulture. Scorgie (2002:61) verduidelik dat gedurende die negentiende en vroeë twintigste eeu, maagdelikheidtoetsing onder die Zoeloe- en Xhosa-sprekende populasies, gesinne in staat gestel het om 'n bietjie meer bruidskat te vereis waar die bruid steeds 'n maagd was. Maagdelikheidtoetsing het egter oor meer as net 'n bruidskat gegaan en ook aangedui dat 'n meisie moreel suiwer was asook gebruike onderhou en respekteer het. Die navorser is van mening dat bogenoemde mites rondom maagdelikheid en die genesing van MIV juis spruit uit die konsep van maagde se morele suiwerheid. Waar laasgenoemde dan met oortuigings rondom toordery in baie Afrika-kulture vermeng word, mag bogenoemde mites ontstaan. Toordery en MIV word egter onder 'n opvolgende tema meer volledig bespreek.

9.4.1.4 Sub-tema 8.4: Nie-gewelddadige trauma en psigologiese/emosionele mishandeling van vroue

Die navorser wil laastens onder die tema van mishandeling van die vrou let op die sub-tema van nie-gewelddadige trauma en psigologiese/emosionele mishandeling. Die navorser het 11 kategorieë vir psigologiese/emosionele mishandeling en nie-gewelddadige trauma onder respondente geïdentifiseer soos deur respondente as psigologiese/emosionele mishandeling of nie-gewelddadige trauma genoem en ervaar is. Hierdie kategorieë sluit nie finansiële mishandeling in nie, aangesien geen respondente genoem het dat enige vorm van finansiële mishandeling voorgekom het nie.

Seksmaat bring ander vriendinne huis toe

Vyf (5) respondente het die situasie waar hul seksmaats 'n ander vriendin huis toe gebring het, as emosionele/psigologiese mishandeling beskou. Respondente noem die volgende:

“(What did you do when you saw him with other girlfriends?) I became angry but I didn't fight her (the other girlfriend) and told him ‘If you are not satisfied with me, we can separate’.” - Bontle

(How did you feel when your partner brought home another girlfriend?) Angry, I just left. *(Why do you think he brought that other girl home?)* I think the thing is he doesn't want me anymore, **but he's afraid to say 'I don't want you' so he just bring the other girl so that I can see.**" -Sesi

"The other one (girl) I was telling you about. **I don't know if the guy brought her home or if she came by herself. I just found them together.**" -Kefilwe

"Ja, I just suspected and when I got there (to the house) she (the other girlfriend) was there. She kept quiet. We just sat down, me and my partner and the (other) woman then when we walked she took another route and I said 'Bye-bye'. *(So you never spoke about it?)* No." -Lerato

"Ja daai een van Tembisa. *(Is dit die seksmaat wat 'n vrou en kind gehad het?)* **Ja maar hy't baie girlfriends gehad. (Hoeveel?) Seker tien.** Van hulle het my klere gesteel by daai boyfriend se huis in Tembisa. *(Hoe het jy geweet hy het soveel ander girlfriends?)* **Die mense van next door het my gesê 'Hey hierdie boyfriend van jou like die vrou. Gister was hy saam die een en more saam daai een'.** Ek het vir my boyfriend gesê 'Jy gaan vir my klere koop want jou girlfriends steel my goed'. Hy sê 'Ai watter girlfriends? Ek het nie girlfriends nie'. Ek sê 'Jy lieg. Die bure sal nie vir my lieg nie'. Hy sê 'nee, nee, nee' hy stry. Ek sê niks." -Katlho

'n Studie wat deur Gupta (2000:4) in Indië onderneem is, dui aan dat mans wat buite-egtelike verhoudings gehad het, 6.2 keer meer geneig is om hul intieme maats te mishandel as mans wat nie buite-egtelike verhoudings gehad het nie.

Seksmaat spog oor ander vriendinne voor die respondent

Drie (3) respondente het genoem dat hul psigologies/emosioneel mishandel is deurdat hul seksmaats oor ander vriendinne voor die respondente gespog het:

"Yes, my husband did that. *(How did you feel when he boasted in front of you about other girlfriends?)* **I was feeling empty and he told me 'Why can't you fall in love with other boyfriends. Stop following me around. Leave me alone'.** It was very bad." -Karabo

"Yes (he boasted about other girlfriends). *(What did he say?)* **He said 'This one (girlfriend) is better than you. Will you leave if I date this one?'** *(How did you feel when he said that to you?)* I was sad." -Lerato

"Ja, daai een (seksmaat) van Tembisa. **Hy sê vir my 'Ek het my vrou en my kind. Ek moet hulle oppas'. Ek sê vir hom 'Bly saam met jou vrou, ek gaan by die huis'.** *(Het jy vooraf geweet hy het 'n vrou en kind?)* Nee. Hy het haar gelos en toe gaan hy terug na haar toe. *(Hoe het jy gevoel toe jy uitvind hy het 'n vrou en kind?)* **Ek het seer gevoel, maar ek sê vir hom 'Gaan (na haar toe)! Ek het jou gekry waar jy bly saam haar. Gaan na haar!'**" -Katlho

Beskuldigings, beledigings en vernedering

Drie (3) respondente voel dat hul psigologies/emosioneel mishandel is deurdat hul beskuldig, beledig of verneder is:

“Yes, especially emotionally I was abused. He (my husband) didn’t have the right to say that (I infected him with HIV) to me. It was a big problem to me. Mentally I was disturbed.”

-Pulane

“Yes, others (some partners) they just leave me and go but others (girlfriends) they say (to me) ‘You are crazy. What is wrong with you?’.” -Mpho

“Yes, my uncle he said something bad (about me) at the family of my boyfriend. I feel bad. (What did you do?) Nothing.” -Mpho

Emosionele gevolge van verkragting

Een (1) respondent noem dat sy die psigologiese/emosionele gevolge van haar verkragting as mishandeling ervaar:

“Ja even with the rape-thing. (Do you associate the rape with emotional abuse as well?) Ja, I’ll cry, I will cry every time (I think about it), I’ll cry. Now I (still) think about it, but I pass that. (Was there a long time that you cried when you thought about the rape?) Ja, because I kept that thing (the rape) for myself, even my parents don’t know that I was raped. When I talked (about the rape) to someone it was with the doctor or maybe in a counselling group or maybe sharing that with a person that I feel comfortable with like you (the interviewer). I think if I told my mom or my sister I’ll hurt them. I think every time when they see me they will feel sorry for me thinking ‘Did she went through that thing (rape)’. (So have you never told any of your family members about the rape?) No. (Have you only spoken to professional people like your doctor and counsellor about the rape?) Ja. (Do you think you will ever tell your family members?) No, my mom will cry ‘My daughter! Why God, why?’. When they see me they will think of the incident.” -Lerato

Emosionele gevolge van fisieke mishandeling

Een (1) respondent noem dat sy die gevolge van fisieke mishandeling as psigologiese/emosionele mishandeling ervaar:

“Yes, I was feeling very bad (after being physically abused). Let’s not go there.” -Karabo

Emosionele mishandeling as gevolg van kulturele-oortuigings

Een (1) respondent sien die kulturele-oortuiging dat ’n vrou wat nie kinders het nie, ander vroue se kinders sal vermoor, as ’n vorm van psigologiese/emosionele mishandeling waaraan sy in haar gemeenskap blootgestel is:

“Ja, (I felt emotionally abused in the community) where I’m staying. You know when you grow up and you are at your place and you don’t have children, women talk behind your back about you. The lady who stay opposite me has two children. Before, she used to work and I used to stay with her daughter. She’d go to work and when she came back she took the baby. But she was not paying me, it’s just because I used to love that girl (baby). I even come here (to the NGO). Everywhere I go I used to take that kid with me. So after a long time they were

talking, the next door neighbours and saying ‘How can you trust her with your baby. She don’t have kids. She will kill your daughter’ things like that. They say in the black community when you don’t have children you will kill their children cause of you are jealous. So the lady started to refuse the daughter to come and see me. So one day I go there I confronted her, I ask ‘Why you are doing so, because I’ve been staying with this girl (baby) since she was small’. She told me ‘no, I don’t want her to come and visit you anymore and I don’t want you to come visit’. So that’s why I was hurt. Even sometimes when I pass (my neighbours) I can see they are talking about me. It’s very, very difficult. (Do you still see the little girl?) Ja, she just greets me when she passes. She doesn’t come to visit anymore.” -Kefilwe

Emosionele mishandeling deur die gemeenskap as gevolg van MIV-status

Een (1) respondente voel dat haar gemeenskap se stigmatisering van haar as gevolg van haar MIV-status, as psigologiese/emosionele mishandeling beskou kan word:

“**People from the community they used to talk about my status**, but it doesn’t give me problems because I serve myself (look after myself). (Did you feel emotionally abused by the things they said about you in your community?) Yes. (Did you get support from anyone?) Yes, here at the centre (NGO). (For how long did people talk about your status?) They used to talk every day and I’m used to it. (Did it go on for years or months?) For years, even now they used to talk. And when I hear them I stop and I just begin to preach about HIV and AIDS. (What is their reaction?) They used to say I’m mad, then I don’t say anything I just go, but the next day you find out that person is coming for test (to the NGO for HIV testing). By doing that I think lots of people have come to test. (When they talk behind you back what do they say?) Let me say I’m having lots of friends, boys and girl. **When they see me they give me hug, then they others say ‘Don’t touch that thing she’s having AIDS’.** (How did it make you feel?) Ai, it made me angry by that time and after I did tell them ‘Yes, I’m HIV-positive’, and it’s not that these people don’t know me, they know me.” -Sesi

Nie-gewelddadige trauma waar respondente uit die huis gesit is

Twee (2) respondente voel dat hul aan nie-gewelddadige trauma blootgestel is toe ’n familielid hul uit die huis gesit het:

“**My uncle threw me out of the house** because it was my grandmother’s house, then before my grandmother passed away, because my mother was the last one (the youngest child) she just wrote that my mother must take the house. Then my uncle, because my mother was in Joburg, he just changed the papers and when my mother came back from Joburg he just threw us out. (Where did you go?) We go to the mayor and explain that my mother is sick so they gave us that place where we are still now. So we could stay with my mother.” -Bontle

“Yes, **it was my mother. I was 24. She kicked me out of the house because of my younger sister.** My mother wanted me to look after my younger sister and I was looking after her, but my mother wanted me to pay more attention to her.” -Tebelo

Nie-gewelddadige trauma waar daar nie na respondente se kinders omgesien is nie

Twee (2) respondente voel dat hul aan nie-gewelddadige trauma blootgestel is waar daar nie na hul kinders omgesien is nie:

“Yes, before I had the shack where I stay now, **we did not have the place to stay.** (*Where did you stay then?*) I asked next door if I could stay so he said ‘You can stay for a few days’. Then I ask at another place where I was working as a domestic. They say ‘no you can’t work here and stay here with your children. So why don’t you look for the other one (somewhere else to stay)’. (*Were the children still young when this happened?*) Yes. (*For how long didn’t you have a place to stay?*) For six months. (*Where did you and the children sleep?*) We went from place to place where I was working.” -Mpho

“Only that time they (the children) stayed with my mother (**respondent’s children were not given food by the grandmother unless they worked for it.**)” -Karabo

Nie-gewelddadige trauma waar kos, klere of ander benodigdhede van die respondent weerhou is

Twee (2) respondente voel dat hul aan nie-gewelddadige trauma blootgestel is waar kos, klere en ander benodigdhede van hul weg gehou is:

“Yes they kept my clothes at the house of the father of the two youngest children. (*Why?*) **In our culture they say ‘It is our things (when bought while married), they must stay here. If you want them you must come back’ so I don’t want to go back there.**” -Mpho

“Yes **at that time my mother kept it (food and clothing) away from me.** (*What did you do?*) I go to my relative and they took me in. (*Did you and your mother make peace?*) Yes after years.” -Tebelo

Jewkes (2004:2) verduidelik nie-gewelddadige trauma aan die hand van emosionele en finansiële mishandeling, wat die volgende insluit:

- Waar die vrou se inkomste by haar weggeneem word.
- Verkleining en afbreking van die vrou voor ander.
- Spog met ander vroulike seksmaats wat huis toe gebring word.
- Waar die vrou uit die huis gesit word.

Hierdie definisie is egter volgens die navorser onvolledig waar verkleining en afbreking van die vrou nie noodwendig voor ander hoof plaas te vind nie, maar ook kan plaasvind wanneer daar niemand anders teenwoordig is as die vrou en haar seksmaat nie. Kim en Motsei (2002:1246) het in hul studies gevind dat anders as mans, vroue gewoonlik geslagsgebaseerde mishandeling in terme van psigologiese/emosionele mishandeling beskryf, waar die man die vrou konstant beledig en ondermyn. Verder word psigologiese mishandeling ook deur vroue beskryf as ‘n man se ongevoeligheid teenoor sy vrou se gevoelens, soos om haar te beperk om sosiaal rond te beweeg, terwyl hy sy vryheid geniet en sy ontrouheid nie eens wegsteek nie.

Psigologiese/emosionele mishandeling en nie-gewelddadige trauma is van belang wanneer dit in verband gebring word met die vrou se risiko vir MIV-infeksie en MIV-herinfeksie waar dit volgens die navorser veral 'n invloed mag uitoefen op die vrou se selfbeeld. Eaton *et al.* (2003:151-160) se studie wat in Suid-Afrika onderneem is dui aan dat lae selfbeeld verband hou met vroeë seksuele aktiwiteite en meervoudige seksmaats. Laasgenoemde mag dui op die individu met 'n swak seksuele selfbeeld se behoefte om deur ander erken te word. 'n Individu met 'n swak selfbeeld sal meer geneig wees om te dink dat kondoomgebruik 'n seksmaat sal afsit of dat die seksmaat sal dink die persoon is "vuil". Die individu met 'n swak selfbeeld sal dus 'n negatiewe houding hê teenoor kondoomgebruik, weerhouding van seksuele-omgang en monogamie.

Gorde *et al.* (2004:691) se studie wat in die VSA onderneem is, toon dat vroue wat oor 'n langtermyn aan die emosionele- en psigologiese simptome van mishandeling blootgestel word, se vermoë om roetine take effektief uit te voer, geaffekteer word. As gevolg van traumatiese ervarings na aanleiding van mishandeling kom daar dikwels 'n onvermoë of tekort aan lewensvaardighede voor ten einde onafhanklik te funksioneer. Gorde *et al.* (2004:693) noem verder dat probleme veral ervaar word rondom basiese vaardighede soos begroting, ouersorg, bestuur van die huishouding, beheer van spanning en woede en ander aktiwiteite wat in die daaglikse lewe uitgevoer moet word. Hierdie tekorte gee aanleiding tot swak werkgeskiedenis, finansiële afhanklikheid van die vrou aan haar mishandelaar en 'n onvermoë om veilige bekostigbare behuising te bekom. Die navorser is van mening dat die gevolge van mishandeling veral vir MIV-positiewe vroue verder geïntensifiseer mag word as gevolg van die bestaan van sekere behoeftes en uitdagings wat reeds voorkom na aanleiding van MIV en VIGS. Verder mag psigologiese/emosionele mishandeling en nie-gewelddadige trauma ook aanleiding gee daartoe dat vroue moontlik nie hul huislike take kan uitvoer nie, wat in die Afrika-kultuur mag lei tot fisieke mishandeling deur die man.

9.4.1.5 Opsomming van Tema 8

Hierdie tema het daarop gedui dat fisieke mishandeling van respondente deur 'n intieme maat gegaard gegaan het met die seksmaat se ontrou, dronkenskap en geweld.

Die meerderheid mishandelde respondente het nie die mishandeling by die polisie aangemeld nie, en kultureleredes speel ook 'n rol hierin. Waar mediese hulp vir mishandeling ontvang is, het mediese personeel nie die respondent na die polisie, 'n maatskaplike werker of berader verwys nie. Alle respondente is oortuig dat fisieke mishandeling in hul kultuur gesien word as dissipline of straf, terwyl sekere respondente oortuig is dat 'n man 'n vrou onder sekere omstandighede behoort te straf deur middel van fisieke geweld. Die meerderheid respondente was oortuig dat mishandelde vroue 'n beter kans staan om MIV op te doen. Respondente in hierdie studie wat verkrag is, het nie die verkragting by die polisie aangemeld nie. Laasgenoemde mag moontlik verband hou met die helfte van die respondente wat steeds bevooroordeelde houdinge rondom vroue wat verkrag word, onderhou. Respondente noem dat mites rondom die genesing van MIV en VIGS na aanleiding van seksuele-omgang met 'n maagd, steeds in hul gemeenskappe bestaan. 'n Respondent wie se sewejarige dogter verkrag is, het min hulp van die polisie ontvang en die verkragter is nooit gearresteer nie. Vroue is ook blootgestel aan emosionele- en psigologiesemishandeling waar seksmaats 'n ander vriendin huis toe gebring het, voor respondente gespog het oor ander vriendinne en waar respondente beskuldig, beledig of verneder is. Die gevolge van fisieke mishandeling en verkragting is ook aangedui as emosionele of psigologiese mishandeling, terwyl respondente ook sekere kulturele-oortuigings en die gemeenskap se reaksie op hul MIV-positiewe status as emosionele of psigologiese mishandeling beskou het. Laastens het respondente gevoel dat hul nie-gewelddadige trauma beleef het waar hul uit die huis gesit is, daar nie na hul kinders omgesien is nie en kos, klere of ander benodighede van hul weg gehou is.

9.4.2 Tema 9: Die vrou en haar kultuur

Onder hierdie tema let die navorser op verskeie aspekte wat met die vrou se kultuur en MIV en VIGS verband hou ten einde die siekte beter te verstaan binne die relevante kulturelekonteks. Daar word eerstens gelet op die rol wat die vrou se kultuur in haar lewe speel waarna daar op enkele kulturelegebruike en MIV gelet sal word. Daar word ook gelet op die rol van sangomas, inyangas en profete in hierdie vroue se lewens. Die navorser het dit verder relevant gevind om te let op hekse en towenaars as oorsaak van siekte sowel as oorsaak van MIV en VIGS.

Matsumoto (2003:90) se definisie van kultuur wat vir die doeleindes van hierdie studie benut word, beskryf die kultuur van 'n groep mense as die konsensuele karakterisering van 'n groep se houdings, waardes, oortuigings, opinies, gedrag en norme wat gevorm word deur 'n wedersydse proses van onderlinge beïnvloeding. Takyi (2003:1223) verduidelik dat navorsers dit eens het dat die VIGS-epidemie in Afrika onderhou word deur 'n komplekse interaksie van sosiale- en kultureleprosesse. Onder hierdie tema sal daar dan spesifiek gelet word op sub-temas waar die respondent se kultuur en MIV en VIGS in verband gebring word.

9.4.2.1 Sub-tema 9.1: Die rol van kultuur in respondente se lewens

Daar word eerstens gelet op hoe vroue oor hul kultuur voel. Sewe (7) respondente noem dat hul kultuur 'n belangrike rol in hul lewens speel en gee die volgende redes:

- Kultuur bepaal die tipe mens wat die respondent sal word.
- Kultuur gee respek aan die respondent en haar kinders deurdat hul weet van waar hul afkomstig is.
- Kultuur verskaf stabiliteit aan die respondent se verhouding deurdat *lobola* vir haar betaal is en sekere reëls hiervolgens nagevolg behoort te word wat getrouheid tussen seksmaats aanbetref.
- Kultuur verskaf riglyne aan respondente om aan een seksmaat getrou te bly of met een seksmaat in die huwelik te tree en meervoudige seksueleverhoudings te vermy.
- Kultuur verskaf riglyne vir 'n vrou rondom hoe om na haarself, haar gesin en haar man om te sien.
- Kultuur voorsien respondente van 'n ondersteuningsnetwerk waarin ander lede van dieselfde kultuur hulp en bystand sal bied indien die respondent dit benodig.
- Kultuur voorsien respondente van 'n riglyn oor hoe om ouers, bejaardes en enige iemand ouer as die respondente met respek te behandel, en ook oor hoe om respek aan kinders oor te dra deur as voorbeeld vir kinders op te tree.

Orr en Patient (2004:12-13) konstateer dat daar histories geen kultuur of tradisie bestaan wat onveranderd kan bly nie. Kultuur en tradisies word gebore uit spesifieke behoeftes van 'n situasie en sal dus slegs duur so lank as wat daardie behoeftes nog bestaan. Die oomblik wanneer daardie behoeftes verander, sal die tradisies ook nie

meer enige oorlewingsfunksie vervul nie. Bogenoemde positiewe aspekte rondom kultuur soos deur respondente genoem, hou volgens die navorser belangrike gesondheidsvoordele in vir die vrou, haar kinders en haar seksmaat, indien dit nagevolg word. Aangsien hierdie positiewe kulturele-aspekte steeds 'n funksie dien, kan daar verwag word dat die aard van hierdie positiewe aspekte dit moontlik instand sal hou.

Een (1) respondent verduidelik hierdie voordele soos volg:

"If we had that old culture I think we could stop HIV because during that time (of the old culture) **even if a man had three women, these women were going to be honest with the man and the man was going to be honest with his three wives.** It was better like that. (*Do you mean that in the old culture it was impossible for HIV to get into that relationship where all partners were trustworthy?*) Yes, unless there was contact of blood or injections was used, but the old people didn't use these things. Injections has to do with the Western culture. **I think we were going to cure this thing (HIV) with the old culture of respect from women to men and from men to women. Respect was very, very important.** (*Do you think there is a possibility in South Africa to bring back the old African culture?*) No because life is so fast now. Our children are educated. Our children have computers- technology is there. (*Do you think computers and technology make it impossible to bring back the old African culture?*) **Because of the technology our children can't respect anybody.** Look at *The Bold and the Beautiful, Days of Our Lives* (television programmes), everything on TV. We have DSTV in our home and it was Saturday evening and I came back from visiting my sister, my boy had put the TV on E-TV. When I opened the gate outside I saw the TV playing in the room, when I put the TV on in my bedroom (the channel) it was pornography. I was so shocked. I was angry." -Pulane

Drie (3) respondente wat genoem het dat hul kultuur 'n belangrike rol in hul lewens speel, noem egter dat die volgende kulturele-aspekte hul negatief beïnvloed:

Die respondent se ouers dring daarop aan dat die respondent se seksmaat lobola betaal, terwyl die seksmaats nie genoegsame fondse het om hierdie betaling te maak nie

"It's the thing of this lobola, because now my parents ask me if this guy (current partner) is going to pay lobola or is he just staying with me. 'What is he saying? **He must pay lobola! He must just give us something for the family!**' (*Does your current partner plan to pay lobola?*) No." -Karabo

Huwelike wat deur families gereël word tussen die respondent en 'n neef

"Yes, it's when you have to marry your uncle's son. I don't like that. (*Why not?*) I have the right to choose the right mate (partner) who I love. Then when they say 'no, I'm your uncle, this is your auntie and **you two (cousins) must marry together**'. It's not the man you like." -Mpho

Die kultureleverwagting dat die respondent kinders moet hê selfs al is haar huidige situasie ongeleë om na kinders om te sien

“In my culture, **hulle soek die kind (verwag dat jy kinders moet hê) maar nou, hey, is te swaar want ek werk nie, my kind gaan sukkel.**” -Katlheho

Orr en Patient (2004:13) is van mening dat kultuur en tradisies nie effektief beskerm kan word teen verandering en inligting nie en dat gekoesterde oortuigings ontwig sal word. Verandering is volgens laasgenoemde outeurs die enigste gewaarborgde realiteit en vereis aanpassing en buigbaarheid. Bogenoemde wat deur respondente aangedui word as aspekte in hul kultuur wat hul negatief affekteer, is vir die navorser ’n aanduiding dat selfs respondente wat positief voel oor hul kultuur, sekere aanpassings en buigbaarheid van hul kultuur verwag. Dit mag juis vir respondente wat MIV-positief is, van belang wees dat hierdie aanpassings binne hul kultuur gemaak word ten einde MIV-oordraging na seksmaats en toekomstige kinders te voorkom.

Vyf (5) respondente het genoem dat hul kultuur nie ’n belangrike rol in hul lewens speel nie om die volgende redes:

Respondente volg ’n Westerse-lewenstyl

“(Is your culture important to you?) It’s not important now, **we follow the Western culture.** (In what other ways does Western culture emerge in your life?) **Because my husband has the information and I have the information (on HIV and AIDS) we share everything- it’s not like before.** I think we have adopted the Western culture. (How do you feel about adopting the Western culture?) I think it works for me. (Do you feel that you have lost some of your own culture?) Yes **sometimes I feel that I’ve lost many things of my culture.** (What important things do you feel you’ve lost?) Respect, our norms and values. (Do you think the African youth have the same norms and values you are talking about?) No, that is something of the past. Our children follow a Western life. (How do you feel about following the Western culture instead of your own culture?) What I think is that the Western culture has got us because **now we don’t have culture- we are cameleons.**” -Pulane

“(Is your culture important to you?) No **I follow a Western culture.** (Is there anything specific in your culture that affects you as a woman?) No.” -Bonolo

Respondente se geloof en kultuur stem nie ooreen nie en respondente volg daarom nie hul eie kultuur nie

“No, **my culture is not important.** (Why not?) Because **I don’t like my culture.** (Why don’t you like your culture?) Because **some tradition they are against the law of God.** (What traditions in your culture are against the law of God?) To worship different gods.” -Lebo

“The only role that my culture play is that I’m an African. (What does being an African mean to you?) It doesn’t mean anything. It means I’m someone, I’m this. (Is there a specific role that your culture plays in your life?) No. (Would you say your culture is important to you?) To me, no. The only thing that is important to me is to live by the will of God. **Actually my culture is Christianity.**” -Lerato

Respondente is ongelukkig met sekere kulturelegebruike en volg daarom nie hul eie kultuur nie

“The funeral-thing, buying food, you have to wait and burying that person on weekends, the things that you have to do for the family- the funeral feast. (*Do women mostly have to do these things?*) **Yes, if my mom passed away I have to do it. If my husband passed away I have to do the funeral, which means the protocol for the funeral, buy a casket, buy food,** the stuff that we have to do unlike your culture (the interviewer’s culture) where you don’t have to do anything heavy. **It’s a lot of unnecessary things.**” -Lerato

“**When it come to men abusing women I don’t like it.** (*Do you think that abuse is part of the culture?*) **Yes, because when we grew up they used to say man is the head of the house.** So that is why most of the men say, even if you are in a relationship, they used to say ‘I’m the head, you have to listen what I’m saying’.” -Sesi

Die navorser is van mening dat bogenoemde redes wat deur respondente genoem word vir waarom hul eie kultuur nie meer ’n rol in hul lewens speel nie, sekere gesondheidsvoordele mag inhou vir hierdie respondente, soos dat daar openlike kommunikasie tussen die respondent en haar seksmaat voorkom rondom MIV en VIGS, asook navolging van die Christelike geloof wat streng reëls voorskryf rondom seksuele-interaksie.

Daar bestaan verskeie voor- en nadele waar kultuur ’n rol speel in vroue se lewens asook waar kultuur geen rol speel in hierdie vroue se lewens nie. Die konsep van kulturele integrasie mag hier van toepassing wees. Schaefer (1989:77) verduidelik dat die waardes binne ’n kultuur soms in konflik kan verkeer met mekaar en dat kulturele integrasie dan verwys na die saambring van hierdie konflikterende elemente tot ’n samehangende geheel. Bogenoemde respondente dui ook aan dat buigsaamheid in hul kultuur wel nodig is ten einde meer moderne tendense te akkomodeer. Orr en Patient (2004:13) is van mening dat wanneer ’n norm nie meer funksioneel is nie, dié mense wat daaraan vashou sal uitsterf, terwyl die mense wat verander sal oorleef. Die enigste wyse waarop tradisies dan toegelaat kan word om te oorleef is deur die inkorporering van nuwer tradisies. Die navorser is van mening dat die maatskaplike werker oor goeie kennis behoort te beskik van hierdie houdings, waardes, oortuigings, opinies, gedrag en norme. Deur kennis te dra hiervan kan die maatskaplike werker kulturele-aspekte volgens die PEN-model benader, wat voorstel dat daar na tradisioneel-kulturele gesondheidsoortuigings gekyk moet word in terme van die volgende kategorieë: **P** vir Positiewe, **E** vir Eksotiese en **N** vir Negatiewe (Van Dyk,

2001:127). Dit blyk dan ook vir die navorser dat 'n tradisionele omgewing waar sekere kulturele waardes en -norme steeds onderhou word, tog vir vroue 'n veiliger omgewing sou kon bied wat MIV en VIGS aanbetref. Laasgenoemde sal egter afhang van of hierdie houdings, waardes, oortuigings, opinies, gedrag en norme in die kultuur wat aangehang word, wel positief of skadeloos van aard is en streng deur beide mans en vroue onderhou kan word. Ten einde laasgenoemde meer duidelik te maak word daar in die volgende sub-tema gelet op sekere kulturele gebruike.

9.4.2.2 Sub-tema 9.2: Kulturele gebruike en MIV en VIGS

Onder hierdie sub-tema word daar kortliks op twee belangrike kulturele gebruike gefokus naamlik droë seks en maagdelikheid onder vroue. Hierdie twee gebruike word kortliks bespreek as kulturele voorbeelde met belangrike gesondheidsimplikasies vir die vrou en MIV en VIGS. Hierdie voorbeelde sal ook die gebruik van die PEN-model soos deur Van Dyk (2001:127) omskryf, meer duidelik maak.

Droë seks

In hierdie studie in die Limpopo Provinsie het slegs een (1) respondente genoem dat sy droë seks beoefen het, terwyl nog 'n respondente bewus is van vroue in haar gemeenskap wat steeds droë seks beoefen. Respondente noem die volgende:

“Yes I did that when I was young. (*Why did you have dry sex?*) I don't know.” -Lebo

“Women in Limpopo Province are still doing that, especially at the farms in the rural areas. I still remember that case of a lady, she put a glassy stone in water then she put it in a cloth and then put it in the vagina. Then they say the vagina become dry and they have sex with the partner. It makes it very difficult for their partner to enter them. I said to them ‘You'll crack yourself and the virus will enter. What you are doing is killing yourself’. (*Why do women still do this?*) They say it's what they know and the man is going to be happy with it.” -Pulane

Schoofs (1999:1-2) verduidelik dat die stam en blare van die Mugugudhu boom fyn gemaal word, met 'n sandkleurige poeier en water gemeng, en in 'n sykous saamgebind word wat dan vir 10-15 minute in die vagina geplaas word. Die kruie laat die sagte weefsel binne-in die vagina swel en laat dit warm en uitgedroog. Vroue noem dat hierdie proses pynlike seksuele-omgang veroorsaak, maar dat “ons Afrika-mans seksuele-omgang met 'n droë vagina meer geniet”. Hierdie gebruik is algemeen in Suidelike Afrika waar MIV en VIGS meer prominent voorkom as in enige ander dele

van die wêreld. Navorsers in Zimbabwe het dit selfs moeilik gevind om 'n kontrole groep te betrek vir 'n studie, wat nie deel het aan hierdie praktyk nie. Sommige vroue droog hul vaginas uit met 'n mengsel van grond en bobbejaan urine wat by tradisionele genesers gekoop kan word. Ander vroue maak gebruik van wasgoedseppoeier, blykmiddels, sout, katoen of geskeurde stukkie koerant papier om 'n soortgelyke resultaat te bekom. Afrika-mans verkies droë seks, aangesien die geswolle weefsel die vagina kleiner maak en mans dus groter voel. Verder vind baie Afrika-mans vaginale-afskeiding, sowel as die geluide van “nat” seks afstootlik. 'n Vagina van normale grootte asook vaginale-afskeiding dui volgens Afrika-mans op ontrouheid by die vrou. Navorsing toon egter dat droë seks vaginale laserasies veroorsaak en die natuurlike bakterieë in die vagina vernietig. Beide laasgenoemde gevolge verhoog die vrou se kans om MIV op te doen. Gesondheidswerkers is ook oortuig dat droë seks veroorsaak dat wanneer kondome wel gebruik word dit makliker skeur. Sommige Afrika-vroue verkies selfs droë seks ten spyte van die pyn wat daarmee gepaard gaan. Hierdie vroue noem dat dit deel uitmaak van hul kultuur en dat hul ook hul seksmaats mag verloor indien hul nie dié praktyk onderhou nie. Vroue wat deur gesondheidswerkers gewaarsku word oor die gevare van droë seks en MIV, antwoord dikwels dat dit “aanvaarbaar is wanneer ek MIV sal kry van my man, maar ten minste sal ek nog 'n man hê”.

Droë seks is duidelik 'n tradisionele gebruik wat MIV-risiko asook die risiko vir MIV-herinfeksie vir vroue wat dit beoefen, ernstig verhoog. Laasgenoemde behoort in hierdie studie veral in verband gebring te word met mans se ontrouheid aan respondente. Daar kan dus nie ontken word dat daar sekere kulturelegebruike bestaan wat vroue se lewens dramaties mag verkort (as gevolg van MIV-infeksie) en hul lewenskwaliteit dramaties mag verlaag (as gevolg van MIV-herinfeksie), indien hierdie tradisies nie uitgeskakel word nie. Waar die maatskaplike werker van die PEN-model gebruik maak, sal hierdie gebruik as negatief geklassifiseer word en behoort hierdie gebruik vermy te word.

Maagdelikheid

In hierdie studie was twee (2) respondente onseker oor die voor- en nadele wat maagdelikheid vir hulle mag inhou. Drie (3) respondente is van mening dat die kulturelnorm van maagdelikheid die volgende voordele sal inhou:

- Dit sal meisies daarvan weerhou of afskrik om op 'n jong ouderdom seksueel-aktief te raak.
- Dit sal jong meisies wat in die geheim seksueel gemolesteer word deur 'n familielid, help om die molsetering bekend te maak.
- 'n Man wat weet hy trou met 'n maagd sal verseker wees dat sy MIV-negatief is.

Sewe (7) respondente is van mening dat maagdelikheid die volgende nadele inhou:

- 'n Man wat met 'n vrou wil trou behoort nie met haar te trou oor haar maagdelikheid nie, maar eerder omdat hy lief is vir haar.
- Die meeste respondente het seksueleverhoudings voordat hul trou en dit sou dus vir hul onmoontlik wees om as maagde te trou.
- Die proses van maagdelikheidtoetsing word deur respondent as mishandeling beskou.
- Dit is belangriker vir 'n man om met 'n vrou te trou wat reeds 'n kind het as bewys dat sy wel vrugbaar is. Indien 'n man met 'n maagd trou is daar geen bewyse dat sy vrugbaar is nie.
- Indien 'n vrou nie 'n maagd is nie impliseer dit dat niemand met haar sal wil trou nie.
- Die respondent voel dat indien haar maagdelikheid aan 'n toekomstige man bewys moet word, sy 'n huwelik sal betree waar sy alles wat daarna volg aan die man moet bewys. Hierdie respondent verduidelik dit soos volg:

“...which means everything I'm going to have to prove to him. So if I'm going out I'm going to have to prove to him I was doing my hair and I have to bring the receipt every day.” -Lerato

Leclerc-Madlala (2001:3) verduidelik dat maagdelikheidtoetsing deur die voorstaanders daarvan gesien word as die enigste wyse waardeur die verlore kulturele waarde van voorhuwelikse kuisheid weer ingestel kan word. Laasgenoemde word gesien as uitweg om tiener swangerskappe, seksueeloordraagbare infeksies en MIV en VIGS te voorkom. Dit blyk verder dat veral ouer vroue voorstaanders van maagdelikheidtoetsing is. Scorgie (2002:59) dui aan dat beide maagdelikheidtoetsers en jong meisies wat toetsing ondergaan, uit gesinne kom waar daar 'n vrou aan die hoof van die gesin staan. Hierdie gesinne bestaan hoofsaaklik uit jong ongetroude meisies met kinders van hul eie, en word gekenmerk aan die aantal generasies wat daar binne een gesin waargeneem kan word. Die klem wat daar deur ouer vroue op

die belang van maagdelikheid geplaas word, hou dus grootliks verband met hul eie ekonomiese oorlewing binne hierdie gesinne. Daar word gepoog om beheer uit te oefen oor die aantal swangerskappe onder jong meisies en terselfdetyd jong meisies te beskerm om later 'n goeie status te hê wanneer daar 'n huweliksaanbod gemaak sal word.

Daar bestaan egter ook sekere nadele wat maagdeliheid aanbetref. Gupta (2000:4-5) verduidelik dat die tradisionele waarde van maagdelikheid by ongetroude meisies in baie kulture dit moeilik maak om risiko vir MIV-infektering met behulp van inligting teen te werk, aangesien daar gedink sal word dat 'n meisie seksueel-aktief is wanneer sy vir inligting mag vra. Maagdelikheid plaas baie meisies ook onder risiko vir verkragting as gevolg van die wyd verspreide oortuiging dat seks met 'n maagd die man kan genees van siektes soos MIV en VIGS. As gevolg van die sterk waardes wat daar geheg word aan maagdelikheid en die kultuur van stilswye rondom seks, kan toegang tot dienste vir die behandeling van seksueeloordraagbare infeksies vroue ernstig stigmatiseer. In baie kulture word moederskap, soos maagdelikheid beskou as 'n vroulike ideaal en word die gebruik van voorbehoedmiddels of nie-penetrerende seksuele-omgang nie aanvaar nie, en skep dit ernstige probleme vir vroue.

Maagdelikheid hou belangrike voor- en nadele vir vroue in. Die navorser is van mening dat hoewel meer respondente maagdelikheid as nadelig sien, die maatskaplike werker tog die voordele hiervan met jong vroue behoort te bespreek, aangesien maagdelikheid volgens die navorser as beide positief en eksoties geklassifiseer kan word. Daar kan byvoorbeeld op die volgende gelet word:

- Maagde hoef nie maagdelikheidstoetsing te ondergaan ten einde te bewys dat hul maagde is of hul maagdelikheid behou as tradisionele norm vir 'n ongetroude vrou nie, maar eerder maagdelikheid aan te hang ten einde hulself teen seksueeloordraagbare infeksies, MIV en VIGS en ongewenste swangerskap te beskerm.
- Maagde hoef nie hul maagdelikheid publiek te maak en hulself daardeur in gevaar te stel vir verkragting nie.

- Maagde behoort ten spyte van hul maagdelikheid goed ingelig te wees rondom aspekte soos MIV en VIGS, seksueeloordraagbare infeksies, swangerskap, seksuele-omgang en kondoomgebruik.

Waar die norm van maagdelikheid belangrike gesondheidsvoordele mag inhou vir jong vroue, hou die gebruik van droë seks slegs nadele in. Die navorser is van mening dat hierdie twee kulturelegebruike vir die maatskaplike werker 'n duidelike beeld mag skep van hoe die PEN-model toegepas kan word om negatiewe gedrag te verander, positiewe gedrag aan te moedig en te versterk en eksotiese gedrag te aanvaar en te respekteer.

9.4.2.3 Sub-tema 9.3: Die rol van sangomas, inyangas en profete

Van Dyk (2001:112) konstateer dat waar siekte onder tradisionele Afrikane voorkom, dit toegeskryf word aan 'n spesifieke oorsaak wat geïdentifiseer, gestraf, geëlimineer en geneutraliseer moet word. Tradisionele Afrikane sal altyd vra “waarom?” aangesien daar geglo word dat geestelike sowel as liggaamlike siektes veroorsaak word deur ongeruimdhede tussen die persoon en haar voorvaders, deur 'n god of gees, deur 'n heks of towenaar, as gevolg van natuurlike oorsake of gevolg van ontwrigting in menslike verhoudings. Dit mag dus van belang wees om te bepaal of respondente ook tradisionele wyses volg om siekte te identifiseer, te straf, te elimineer en te neutraliseer deur 'n sangoma, 'n inyanga of 'n profeet te besoek.

Twee (2) respondente het al 'n sangoma (tradisionele geneser) besoek vir die volgende redes:

“Yes a sangoma, **because in our culture if you've got a small child you can see that thing on the head** (fontanelle– openings on baby's head not covered by skull yet), **they say it kills many children**. So if you go there **(to the sangoma) they just give you some medicine and put it here (on top of baby's head) and just give you something to drink then this thing goes away**. So if you've got a child you must go and they give you something and the child is going to live. *(Did you take all your children to the sangoma for this?)* The first child and even the one that is three months I just go there. *(What would've happened if you didn't take your children to the sangoma?)* The child might die...**(Then the child had) diarrhoea and she was losing weight. Then they (nurses at the hospital) go and check the result for the child and the child was (HIV) negative. So the sisters (nurses at the hospital) told me if your child is like this you must just take her to the sangoma.** *(What happened to the child when you took her to the sangoma?)* From that day the diarrhoea stopped.” -Bontle

“It happened to **me and my family, they went to a sangoma then that sangoma said ‘Your child have to be a sangoma’ meaning myself.** Even my sister went to that, she’s now a traditional healer. So they say the ancestors said myself, I have to go also. And I did go there. I was HIV-positive by that time and I did know that I was HIV-positive, but when I arrived there I found out what they are doing there is not good for my health. *(What were they doing?)* Just working without wearing anything, just a wrap and then early in the morning you wake up three o’clock in the morning, so you don’t get rest. And then the other thing start- they are going to give you some muti (traditional medicine). They say they want to make me a sangoma also. *(Have you ever visited a sangoma or inyanga for any other reasons?)* No.” -Sesi

Een (1) respondant het ’n inyanga (kruie dokter) besoek om die volgende rede:

“Yes. **I went to the inyanga so that he can put some traditional healing things in my house to make my house strong.** *(Did you feel that your house was not strong?)* Yes, but it’s my husband’s culture. -Pulane

Drie (3) respondente het ’n profet (iemand wat met God, gode en die voorvaders kan praat) besoek om die volgende redes:

“I visited a prophet from another church. **Before I found out I was sick (HIV-positive) I had the diarrhoea for about eight months. I was ill, I was ill!** They just give me water, they pray for me. **I wanted somebody to tell me what is the problem with me, because I went to the doctor- he just gave me the tablets and the medicine and say ‘Go home, then your stomach will be all right’.** *(Did you go for an HIV test?)* I was afraid. *(Did the doctor tell you to go for an HIV test?)* Ja, but I didn’t think that I will have it (HIV). I was thinking that maybe it’s just the stomach, I will be ok. **So when I got there the prophet told me that I must go to an inyanga.** After that my mother is the one who convinced me to come and test (for HIV). I didn’t go to the inyanga. *(What did the prophet tell you?)* He just told me I’m sick because of I’m a prophet myself. **You know sometimes we blacks, we people living with HIV, we killed ourselves, because somebody tells you ‘no, you have been witched’.** When you find out you are (HIV) positive but you didn’t know, they tell you **‘no, it’s the witchcraft. You must go and do this and do this’.** **Go and drink all this heavy stuff (traditional medicine).**” -Kefilwe

“Yes, **I visited the prophet.** You know that time I start to lie to my mother because of I can see that my stomach is coming bigger (I was pregnant). What can I tell her (my mother)- she’s going to kill me. I just planned the lies to tell my mother. **I say ‘Mommy when I was visiting my uncle there in Zanele you know I went to the church and the prophet tells me I’m bewitched. You will see my stomach growing up and then you will think that I’m pregnant’...** When we were at church she (my mother) said ‘You know I’ve got the very bad dream so I want to talk to the prophet about these bad dreams’. When she’s there (with the prophet) she start asking about my health. **So the prophet said ‘no, she’s pregnant, the baby girl is on the way’.** I just stand up and go (walked away). When we get home she said ‘now my daughter tell me, who is the father of the baby?’. I started to cry. I don’t know what I can tell her. I’m scared to tell her what’s going on. **When I tell her who was the father, oh she was shouting to me ‘You can’t get (have) the baby of a Tsonga’.** Then she didn’t take me there (to the father of the baby’s family) until I get my baby.” -Karabo

“Yes I visited a prophet. *(For what purpose?)* **It’s when my son started drinking and beating someone and fighting and go to jail I wanted to ask the prophet (something).**

Cause in our culture we believe in being bewitched and I think maybe he (my son) was bewitched. So I visited the prophet to ask him. (What did the prophet say?) The prophet said 'no, there's no bewitching. This son is going to go to hell. The ancestors of the family wants him". -Mpho

Hoewel sekere voorskrifte en aanbevelings deur sangomas, inyangas en profete skadeloos mag wees, behoort die rol wat sangomas, inyangas en profete in vroue se lewens speel deur die maatskaplike werker in ag geneem te word. Laasgenoemde mag veral van belang wees waar vroue reeds MIV-positief is of 'n MIV-positiewe kind het, en enige tradisionele voorskrifte of aanbevelings vanaf sangomas, inyangas of profete geëvalueer moet word ten einde te bepaal of dit 'n negatiewe invloed op die vrou of die kind se gesondheid mag uitoefen. Enige aanbevelings deur sangomas, inyangas of profete wat 'n vrou weerhou daarvan om MIV-toetsing te ondergaan of uit te stel, waar die vrou of haar MIV-positiewe kind weerhou word van mediesedienste in ruil vir tradisionele voorskrifte of aanbevelings, of waar die gebruik MIV-medikasie soos anti-retroviralemiddels afgeraai word in ruil vir tradisionele medisyne, behoort vermy te word. Gesinne wat duidelik 'n behoefte ervaar na maatskaplike of ander dienste soos wanneer 'n moeder met haar kinders se probleemgedrag gekonfronteer word, behoort ook nie van die dienste van sangomas, inyangas of profete gebruik te maak nie, maar eerder 'n maatskaplike werker of MIV-berader te nader.

9.4.2.4 Sub-tema 9.4: Hekse en towenaars as oorsaak van siekte

In hierdie studie was vyf (5) respondente oortuig dat hekse en towenaars nie siekte kan veroorsaak nie en een (1) respondent was oortuig dat God siekte na die mens stuur. Die helfte van die respondente (6) was egter oortuig dat hekse en towenaars wel siekte veroorsaak, terwyl twee (2) van hierdie respondente persoonlike ervarings gehad het waar hekse en towenaars siekte by hul veroorsaak het. Hierdie twee (2) respondente noem die volgende:

"Ja they can (cause illness). Just to make your life miserable, just to make you unhappy. (They send) many things. **Like my legs was paining when I was at home, I was sick. The prophet come to dig up (the ground) at home. They found some things there. The monkey hand at the gate (in the ground) at home. After that I was ok.** They (witches and sorcerers) can even make you crazy- (they can do) many things. If somebody stronger than those people (witches and sorcerers) can take out those things (buried in the ground). But others (some prophets/healers/inyangas) they don't see them. They can just tell you, you must go home and drink this and wash with this. And then that things (traditional medicines) you find

that they are not helping. But somebody (some prophets/healers/inyanganga) can see, maybe while sleeping, that something being put there (to bewitch you). He can even come and dig up. **They (the witches and sorcerers) come at night and dig up (the ground) and put them (things to bewitch you with) there.** The prophet, the inyanga, people like that, they are strong. Like at home when we are sleeping **that prophet just come and he told my mother that when he was sleeping he saw that there are some things at the gate. My mother say 'Why don't you take them if they are there?' He ask for the shovel then he dig up the thing. We find the hand of the monkey- many things were there.**" -Kefilwe

"Yes I believe (they can) because **I hear others say they pour something like muti (traditional medicine) then my leg gets big (swelled up).** (*What did you do when your leg swelled up?*) **You have to go to the inyanga or traditional healer and they say they can heal you.** (*Did you go to the inyanga or traditional healer?*) No. (*So in your culture they say you have to go there, but you didn't go?*) No (I didn't go)." -Mpho

Vier (4) respondente wat ook oortuig is dat hekse en towenaars siekte by die mens kan veroorsaak, het egter nie persoonlike ervaring hiervan nie en noem die volgende:

"Yes I do believe (witches and sorcerers can cause illness). (*Why do they send illness?*) Like poisoning them (people). **They just want to kill you.** (*What kinds of illnesses can they send?*) **Actually they don't send the illnesses, they send the poisons to kill you.** (*How can you fight the poison they send you?*) Sometimes you will never know there is a poison. It's like poisoning the cool drink. **It's going to be a slow poison that's going to kill me.**" -Karabo

"Yes, there's a curse. (*Why would witches and sorcerers curse you?*) Because of the spirit of the human being that can bring different characters- we've got the devil and the devil is a great influence on the spirit. (*What kind of illnesses can witches and sorcerers bring?*) **Yoh, they can say 'You're going to die. You're going to have cancer' and they are always making rituals for (to affect) you and it will come to pass.** (*What can you do to protect yourself?*) You pray." -Lerato

"Ja. **Hulle vat jou (voet)spoor en maak met hom medisyne. Dan sê jy 'My voet is seer' dan het hulle hom getoor. Hulle toor jou.** As hulle sien jy werk mooi, jy ry met 'n kar, jou huis is mooi- hulle toor jou. (*Toor hulle jou wanneer hulle jaloers is op jou?*) Ja hulle sê 'My kind het nie so ding, maar daai een het dit. Ek toor hom'. (*Watter tipe siektes kan hekse en towenaars na jou stuur?*) **Die bene se vleis val af.** (*Wat kan jy doen as hulle 'n siekte na jou toe stuur?*) **Jy sal by die hospitaal moet gaan. By die hospitaal hulle sny jou die kant dan daai kant tot jy dood gaan.** (*So die hospitaal kan jou nie help nie?*) Nee. **Jy soek die sangoma (om jou te help).** (*Wat gaan die sangoma dan doen?*) **Hy gaan jou medisyne gee wat jy moet aansmeer dan is jy weer reg.**" -Katlho

"Yes they can (cause illness). (*Why do they make you ill?*) Maybe some of them are jealous of you. (*What kind of illnesses can they send you?*) **They make you loose your mind and they can make you to be sick so that you can't do anything yourself.** Then you have to ask God to help you- if I don't go to the church I pray by myself and trust God." -Tebelo

Van Dyk (2001:60) verduidelik dat die Meso-kosmos beskou word as 'n niemandsland waar bese geeste, hekse en towenaars voorkom en dus gesien kan word as 'n "gestruktureerde kollektiewe verbeelding" wat die mens se lot bepaal hetsy goed of

sleg. Daar bestaan komplekse verhoudings tussen die mens en hierdie onsigbare, maar magtige wesens van die Meso-kosmos wat die individu se psigologiese lot bepaal. So te sê alle vorme van siekte, lyding, ongeluk en konflik word deur Afrikane toegeskryf aan onsigbare magte. Heksery het ook 'n belangrike psigologiese funksie vir Afrikane, aangesien dit Afrikane help om sin te maak en antwoorde te bekom vir oortuigings wat nie deur wetenskap voorsien word nie, byvoorbeeld die onmiddellike en uiteindelijke oorsaak van siekte. Aangesien die helfte (6) van die respondente genoem het dat hul oortuig is dat hekse en towenaars siekte by die mens kan veroorsaak, blyk dit dat hierdie oortuiging nog algemeen voorkom onder vroue. Die navorser is van mening dat oortuigings rondom hekse, towenaars en siekte skadeloos is solank dit nie aanleiding gee tot die vermyding van nodige mediesedienste, MIV-toetsing of medikasie vir MIV-positiewe vroue nie. Daar word in die opvolgende sub-tema dan ook gelet op hekse en towenaars as oorsaak van MIV en VIGS.

9.4.2.5 Sub-tema 9.5: Hekse en towenaars as oorsaak van MIV en VIGS

In hierdie studie het al 12 respondente genoem dat hekse en towenaars nie MIV en VIGS kan veroorsaak nie. Een (1) respondent was wel oortuig dat hekse en towenaars simptome van MIV na 'n persoon kan stuur sodat ander glo hierdie persoon is MIV-positief. Hierdie respondent noem die volgende:

“Ja, soos met my uncle se vrou, hulle het so met haar gemaak- haar so getoor. Haar hare was so flappy, sy was maer, haar mond was rooi. Ons bring haar toe hier vir die blood test- sy's (MIV) negative. My ma se suster vat haar toe by Pietersburg na 'n ander sangoma. Die sangoma sê hulle het haar so getoor dat mense moet sê sy het HIV. (Hoe gaan jy die simptome van MIV weg vat?) Hulle soek baie geld, die sangomas. Jy moet gaan by die sangoma sodat hulle vir jou werk, maar dis baie geld. (Gaan die simptome van MIV dan verdwyn as die sangoma jou help?) Ek weet nie.” -Katlho

Een (1) respondent noem ook dat daar 'n nuwe metode in haar gemeenskap is wat deur hekse en towenaars gebruik word om ander met MIV te infekteer. Die respondent glo nie in laasgenoemde nie, maar dra wel kennis daarvan. Hierdie respondent noem die volgende:

“People say there is something that they (witches and sorcerers) are using now. They said there is something they form (make from muti), then call up your name and throw it at your yard, at your place where you stay. So you catch that thing (HIV), then you'll get sick. I'm not sure whether it's the real thing or just stories. Others don't want to believe that they are HIV-positive. They'll say 'no, it's the witchcraft'.” -Kefilwe

Ander respondente gee die volgende redes vir waarom MIV en VIGS nie deur hekse en towenaars veroorsaak kan word nie:

- MIV leef in die respondent se bloed en kan nie deur 'n heks of towenaar na die respondent gestuur word nie.
- MIV leef in liggaamsvloeistowwe en hekse en towenaars het geen beheer oor hierdie vloeistowwe nie.
- Hekse en towenaars het slegs mag oor siektes wat in die liggaam self manifesteer soos kanker, maar het geen beheer oor siektes wat die liggaam van buite af indring, soos MIV nie.
- Hekse en towenaars kan geen beheer uitoefen oor organismes of “kieme” wat in bloed leef nie.
- Die respondent dra kennis dat MIV 'n siekte is en nie verband hou met toordery nie.
- Hoewel respondente bewus is dat MIV 'n siekte is, noem hul dat hul in die verlede eerder sou sê dat hul getoor is, aangesien hierdie verduideliking meer aanvaarbaar is in hul kultuur of dat ander dan nie oor die siekte sal praat nie.

Van Dyk (2001:113) konstateer dat Afrikane siekte en ongeluk veral sien in terme van 'n onmiddellike oorsaak en 'n uiteindelijke oorsaak. 'n MIV-geïnfekteerde persoon sal dus 'n virus as die oorsaak van haar siekte verstaan, maar steeds glo dat iemand deur middel van magiese manipulasie die virus “veroorzaak” of “gestuur” het. Baie Afrikane sal dus beide tradisionele genesers sowel as Westerse gesondheidswerkers vir dieselfde toestand besoek. Onder veral plattelandse armoedige Afrikane word daar geglo dat MIV-oordraging, VIGS, seksueeloordraagbare infeksies en sterfte veroorsaak word deur hekserij. Temmerman en Marres (1995:63) verduidelik dat daar byvoorbeeld geglo word dat 'n man MIV en VIGS kry wanneer hy omgang het met 'n ander man se vrou. Van Dyk (2001:113) noem dat Afrikane redeneer dat dit dan juis as gevolg van hekse en towenaars is dat een man met MIV geïnfekteer sal word en 'n ander nie, terwyl albei met dieselfde vrou seksuele-omgang gehad het. Hekserij is dus 'n uitdrukking en oplossing van die gemeenskap se behoefte om te verduidelik waarom sekere mense klaarblyklik nie deur MIV geïnfekteer word nie en ander kort na MIV-infektering sterf.

Dit blyk dat respondente oor goeie insig en kennis van MIV as siekte beskik en dit nie toeskryf aan heksery of toordery nie. Hierdie oortuigings gaan egter gepaard met sterk kulturele-oortuigings rondom aspekte soos liggaamsvloei-stowwe en kieme. Van Dyk (2001:118) noem dat tradisionele Afrikane glo dat sommige siektes (soos verkoue, griep, diarree by kinders, seksueel oordraagbare siektes en malaria) voorkom na aanleiding van natuurlike oorsake soos “kieme”. Behalwe vir laasgenoemde oortuiging rondom “kieme” is daar dus min ooreenstemming tussen navorsing rondom heksery- en toordery-oortuigings in ander kulture in Suidelike Afrika en respondente se oortuigings in hierdie studie. Respondente se goeie kennis en insig rondom MIV en VIGS mag volgens die navorser verband hou met vroue se blootstelling aan inligting rondom die siekte, veral waar vroue klinieke en hospitale besoek as gevolg van hul MIV-positiewe status. Tog blyk dit dat respondente nie die bestaan van hekse of towenaars asook sekere magte waaroor hierdie hekse en towenaars beskik, ontken nie.

Respondente noem ook dat hul, hul eie MIV-status in die verlede eerder as heksery of toordery sou afmaak in die teenwoordigheid van ander gemeenskapslede, aangesien hierdie verduideliking meer aanvaarbaar is in hul kultuur en ander dan nie daarvoor sal praat nie. Van Dyk (2001:113) is van mening dat heksery die gesin mag help om stigma te voorkom, en studies toon dat Afrikane wat in heksery glo meer ondersteunend is van MIV-positiewe persone, aangesien die oorsaak van die siekte “buite die geïnfekteerde se beheer was”. Heksery-oortuigings het egter ook negatiewe implikasies vir MIV en VIGS in Afrika, aangesien dit impliseer dat die individu nie beheer kan uitoefen oor haar gedrag nie. Studies toon verder dat baie Afrikane dan glo dat hul eie gedrag geen moontlike verband kan hê met MIV-infektering nie. Na aanleiding van laasgenoemde kan baie Afrikane nie die behoefte aan die gebruik van MIV-voorkomende metodes verstaan nie. Die navorser is ook van mening dat waar respondente hul MIV-status as heksery of toordery afmaak in die teenwoordigheid van ander gemeenskapslede, daar geen vordering gemaak word in hierdie gemeenskappe om die stilswye en stigmatisering rondom MIV en VIGS teen te werk nie. Gemeenskapslede mag sodoende moontlik weerhou word daarvan om MIV-toetsing te ondergaan, aangesien hul nie hul simptome met MIV en VIGS assosieer nie, maar eerder met heksery en toordery.

9.4.2.6 Opsomming van Tema 9

Hierdie tema het aangedui dat hoewel meer as die helfte van die respondente in hierdie studie noem dat hul kultuur 'n belangrike rol in hul lewens speel, sekere respondente ook voel dat daar aspekte in hul kultuur is wat hul negatief beïnvloed. Waar daar gelet is op twee kulturele verskynsels naamlik droë seks en maagdelikheid, blyk dit dat die meerderheid respondente nie droë seks beoefen nie. Hierdie verskynsel word ook volgens die PEN-model as negatief geklassifiseer as gevolg van die hoë MIV-risiko wat daarmee gepaard gaan. Die meerderheid respondente was oortuig dat maagdelikheid nadelig is, hoewel maagdelikheid eerder as positief en eksoties geklassifiseer sal word volgens die PEN-model. Respondente besoek steeds sangomas, inyangas en profete om verskeie redes, hoewel dit blyk dat dit geen negatiewe gevolge vir hul gesondheid inhou nie. Respondente glo steeds dat hekse en towenaars siekte veroorsaak, maar alle respondente stem saam dat hekse en towenaars nie MIV en VIGS kan veroorsaak nie.

9.4.3 Tema 10: Die vrou en haar geloof

Al 12 respondente volg 'n Christelikegeloof na en is van mening dat hul geloof 'n belangrike rol in hul lewens speel. Die navorser het dit relevant gevind om hierdie tema in te sluit as aanvullend vir die vrou se rolle soos reeds bespreek, maar ook aangesien daar 'n duidelike verband bestaan tussen sekere geloofsoortuigings en MIV en VIGS. Van Dyk (2001:318) verduidelik dat wanneer daar na veral Christelike groepe (en tot 'n sekere mate ook ander geloofsoortuigings) gekyk word, lede van hierdie groepe persone met MIV en VIGS strenger oordeel vir seksuele-oortredings. Verder bestaan daar ook onder sekere Christene oortuigings dat God die mens met MIV en VIGS straf vir sy sondige en promiskue lewenstyl.

9.4.3.1 Sub-tema 10.1: Voor- en nadele van vroue se geloof en kerke

Daar word vervolgens gelet op watter voordele vroue oortuig is hul geloof en kerke bied, waarna daar gelet sal word op enige nadele wat vroue glo hul geloof en kerke vir hul mag inhou. Hierdie aspekte word dan ook bespreek in die konteks van MIV en VIGS.

Die volgende voordele is geïdentifiseer:

Die kerk bied 'n ondersteuningsnetwerk vir vroue

"If I have problems I go to my church. **There are some women you can talk to**, even the priest you can talk to, maybe **if I feel sick and they say just come to church and they pray for me.**" -Bontle

"If maybe, let me say **I'm stressed or feeling lonely I go to church.** I feel that I've been talking with my God and He did solve all my problem." -Sesi

"**Ek bly lekker by die kerk. Die mense is mooi.** Hulle leer my jy moet die Bybel lees, jy moet sien die Here, Hy is (bestaan)." -Katlheo

Die kerk bied riglyne rondom gepaste seksuelegedrag

"At church they **say sex without marriage is a sin.**" -Sesi

"I know I shouldn't have done that (have sex before marriage), but I've done it. **In my family we are Christian's né and all Christians know you should not engage yourself in sex before getting married.**" -Dikeledi

Die kerk bied riglyne rondom gepaste morelegedrag

"Yes, how to wear (clothing) like a real woman. You don't have to wear short skirts. **You have to respect yourself, you don't have to wear short things and then walk around for everyone to see.** In some churches you can go with a trouser, they don't have problem with it, but in that one- the ZCC, you only go with a skirt or a dress, a long one not a short one. **When women are wearing a short dress it's like they are advertising their bodies. I don't like that.**" -Kagiso

"**It help me a lot because of it's guiding me to do the good things, to avoid the bad things. The important thing in my church is forgiveness, love, respect and stay away from harmful things.**" -Karabo

"I trust God in everything. **They (the church) teach us to believe and hope, to respect,** to worship with your heart. (*How do you feel about the things your church teach?*) It's a good thing because when you do a wrong thing you must think about the word of God." -Lebo

"They (the church) **teach how to respect a man and the way a woman must handle herself and to respect older people.**" -Tebelo

Die kerk gee inligting deur oor MIV en VIGS en seksueeloordraagbare infeksies

"**They (at the church) teach about sickness, diseases- all of these.** (*How do you feel about the things the church teach?*) I feel comfortable because those who are not in (affected by) **these diseases and infections, they can survive maybe.** -Mpho

"You know they even teach us sometimes, but not like straight teaching- when a priest preach he even talk, like '**You must live a nice life, take good care of yourself, watch that there is a disease', things like that.**' -Kefilwe

Die kerk en die respondent se geloof laat haar voel dat haar lewe 'n doel het

"I'm Lerato because of my Christianity. Christianity comes from God and for me to be here was God's purpose. Everything begins with God and everything ends with God. I believe that you live according to God's word and according to God's will. Living the Christian life gets me far. *(What important things do they teach at your church?)* To pray, to always acknowledge God, to always be faithful in God not in man, to always do things that pleases God not man. *(How do you feel about the things the church teach?)* **I feel very comfortable and I feel blessed because without them one can never live or one can never have life.**" -Lerato

Geloof ondersteun die respondent in haar stryd teen MIV

"Religion is important in my life, because everything I do I ask God. **He is the only one who can help me overcome this journey (with HIV) because this journey is very difficult. Sometimes you realise you are in trouble, you are going to die.**" -Pulane

"I can say it (the church) helps me a lot because **when I was sick and my brother go to the church they told him 'Tell your sister she's going to be healed' but they didn't know I was sick.** The prophet said 'And when she is better she must come to church'. When I was better I go to church." -Tebelo

"What I believe is that God is there although I don't know Him or Her, but I can feel in my heart **if I pray He's there to listen even if I'm in trouble or sick it's the one who can solve my troubles.**" -Sesi

Dit blyk vir die navorser dat respondente se kerke en geloof 'n belangrike rol vervul wat ondersteuning, empatie, motivering en aanmoediging aanbetref in die konteks van MIV en VIGS. Die navorser is van mening dat hierdie aspekte van groot waarde is vir vroue en 'n belangrike invloed mag uitoefen op hul lewenskwaliteit, deur negatiewe gevoelens teen te werk en depressie te voorkom.

Respondente het die volgende nadele genoem wat hul geloof en kerke aanbetref:

Die kerk verkondig dat MIV genees kan word en verhoed daardeur kerklede om anti-retroviralemedikasie te gebruik

"In our church **they just say that HIV can be cured, but myself I can see I've had HIV for a long time, I'm on ARV's which means HIV is not curable.** But they say if you can go to church then HIV is going to go. I just want to talk to them (the church) about this HIV. I just want to tell them that HIV is not curable because **many people who are dying say 'Me, I'm from this church and this church say that I'm going to be cured' so then the people go there (to the church) and they don't want to use ARV's and they pass away.** *(Do you think the church will listen to you if you go and talk to them?)* Ah, they won't listen. *(Why do you think your church believes that HIV can be cured?)* Cause when you go to that church you can come with a person that's very, very sick then they just call that person to the front. Afterwards they say that person must stand up and the call the Spirit and they say that person is cured. After some days or years then that person started to be sick again. It's (HIV) not curable." - Bontle

Kerklede behandel die MIV-positiewe respondent anders as ander nie-geïnfekteerde kerklede

"People from the church **they used to take me not like others and I don't like that.** (*How do they treat you differently?*) Just by asking 'Did you eat? Are you ok.' **They treat me like I'm a sick someone who's looking for care, but I'm just like them.** (*How does it make you feel when they treat you like a sick person?*) Very sad because I want to be like them, to mix with them, but they just keep on saying those things. -Sesi

Kerklede veroordeel vroue wat MIV-positief is

"They judge me. Even (people) from my own church from my village because I told you before I'm going public (live openly as an HIV positive person). **They say people with HIV, they got it because they're sleeping around with many men-** many things they say. On Monday some other lady was talking, she make some jokes but I did hear there are things that they say when I'm not around. **Sometimes they say we (people with HIV and AIDS) are careless, we didn't listen to what the pastor was saying.**" -Karabo

"**When HIV and AIDS was introduced (people at the church believed) who ever gets it was a prostitute or sexually active.** That is why most people we don't disclose to other people, like at my church I never disclosed to the whole church, only to my pastor and some other leaders. I'll be discriminating against myself because I'll think other people will be discriminating against me after (disclosure). **There are still people at my church who believe when you are a child of God no evil will befall you, so when I'm HIV positive I'm paying for my sins.**" -Lerato

Die kerk het sekere voorskrifte wat teen die respondent se kultuur gaan

"The other day they make a big drum **and say 'God say you must drink this muti medicine all of us'** so if the church know your culture it's important because maybe in your culture you don't drink that medicine of traditional healers, then you can stand there (aside) and let the others drink." -Mpho

Daar bestaan 'n tekort aan korrekte inligting rondom MIV en VIGS in kerke:

"I've learned that **a lot of people (at my church) doesn't have the right information about HIV and AIDS.**" -Lerato

Sekere kerke raai die gebruik van kondome af

"Some churches **do not allow the use of condoms.**" -Pulane

Die navorser is van mening dat die maatskaplike werker soos by kulturelegebruike en -praktyke ook hier van die PEN-model gebruik kan maak. Daar behoort dus bepaal te word watter oortuigings, voorskrifte en gebruike in die vrou se kerk voorkom, waarna negatiewe oortuigings, voorskrifte en gebruike met die vrou bespreek kan word, deur die korrekte inligting deur te gee. Die maatskaplike werker behoort egter in ag te neem dat die vrou se geloof en kerk belangrike bronne van ondersteuning is, en

behoort dus nie die vrou af te raai om hierdie bronne van ondersteuning in geheel te ontsien nie.

9.4.3.2 Opsomming van Tema 10

Onder hierdie tema het alle respondente genoem dat hul 'n Christelikegeloof navolg. Respondente se geloof en kerke hou verskeie voordele in waar praktiese riglyne tot voordeel van respondente se gesondheid deur die kerk voorgestaan word, terwyl respondente ook op emosionele vlak as persone met MIV en VIGS bygestaan word. Sekere respondente voel egter dat hul kerke nadelig is waar daar verkondig word dat MIV en VIGS genees kan word en die gebruik van anti-retroviralemiddels afgeraai word. Hierdie kerke beskik ook nie oor die korrekte inligting rondom MIV en VIGS nie en raai die gebruik van kondome af.

9.4.4 Tema 11: Die vrou en geslag

Daar word onder hierdie tema gelet op respondente se opinies oor waarom meer vroue in hul gemeenskappe deur MIV geaffekteer word as mans, en of respondente mans blameer vir die verspreiding van MIV. Hierdie aspekte is van belang waar dit aanduidend sal wees van vroue as geslagsgroep se kwesbaarheid vir MIV en VIGS, maar ook sal bepaal wat vroue as geslagsgroep se reaksie teenoor mans mag wees in die konteks van MIV en VIGS.

9.4.4.1 Sub-tema 11.1: Die effek van MIV en VIGS op vroue

Daar word onder hierdie sub-tema kortliks gelet op respondente se opinie van waarom meer vroue in hul gemeenskappe deur MIV en VIGS geaffekteer word as mans. Twee (2) respondente was onseker oor waarom meer vroue in hul gemeenskappe deur MIV en VIGS geaffekteer word as mans, terwyl ander respondente die volgende redes gegee het:

Die vrou se fisiologiese samestelling

"Because the woman gets the HIV easier than the man. (*Why do women get HIV easier?*) Because the woman has got the womb and the opening and with the man the penis is not open. For example you can test somebody like the husband and wife- they are together five years but the husband hasn't got HIV. That is just to show that the woman is the one that most get HIV." -Bontle

It's because we women we are having the ovaries, so most of the men I think just put something in our ovaries. Then they just get out and we are left with those things." -Sesi

"Because of our tissue inside (the vagina), it's too soft." -Karabo

"I think because of our inner tissue cause always when have sex, it means there is a crack there (in the tissue). I think so." -Mpho

Meer vroue ondergaan MIV-toetsing

"Myself I think women they used to go to the clinic every day and men they don't like to go to the clinic, even to the doctor. Even if they are HIV-positive they are not going to the doctor, but women they are always in the clinic, they used to know (their HIV status) before their partner knows (if he is HIV-positive)." -Bonolo

"Because women are the ones who are getting pregnant and they are infected because they know their status when they come to the clinic. The men don't know their status because they don't get tested." -Tebelo

Daar is meer vroue in getalle as mans

"I think it's because, you know women, we are too much (too many). In the whole world women are the most people. So those guys (African men), they are chasing us. You can find that one guy stays with five women." -Kefilwe

Armoede

"Most women because of poverty in black culture, they think they do sex for a living. So women will do anything to protect their children and to provide for their children, even if a man comes and says 'I'll pay you for sex without a condom'. She's thinking of the poverty and he's thinking of one, two, three (having sex)." -Lerato

As gevolg van die gebruik van alkohol onder vroue

"Because women like to drink alcohol and sleep (have sex with men) and they don't respect themselves." -Lebo

As gevolg van kultureleredes

"You need to tell your children the truth like "If you have sex without a condom you'll get infected with STI's or whatever" but the way with our culture, it's (kept) so quiet. This is why most of the women are (HIV) positive, especially in the rural areas." -Pulane

Die Verenigde Nasies se *Commission on HIV/AIDS and Governance in Africa* se onlangse dokument getiteld *Securing our Future* (2008:16) verwys na die feminisering of vervrouliking van die MIV- en VIGS-pandemie, wat dui op die toenemende impak van MIV en VIGS op vroue. Laasgenoemde hou verband met die aantal vroue met MIV wat die getalle mans met MIV verby gestee het. Bogenoemde toon dat respondente fisiologiese-, sosiale-, psigologiese-, ekonomiese- en

kultureleredes aandui vir waarom meer vroue in hul gemeenskappe MIV en VIGS het as mans. Hoewel bogenoemde slegs 'n aanduiding is van respondente se opinies, is die navorser oortuig dat die rolle van die vrou soos reeds in hierdie hoofstuk bespreek, hierdie fisiologiese-, sosiale-, psigologiese-, ekonomiese- en kultureleredes ondersteun. Die navorser maak dan die aanname dat vroue hulself in 'n komplekse situasie bevind waar diverse redes (waarvan een of meer van hierdie redes) aanleiding mag gee tot verhoogde MIV-risiko onder vroue as geslagsgroep.

9.4.4.2 Sub-tema 11.2: Blamering van mans vir die verspreiding van MIV

Onder hierdie sub-tema word daar gelet op respondente se blamering van mans vir die verspreiding van MIV in hul gemeenskappe. Die navorser is van mening dat laasgenoemde veral relevant is waar mans en vroue as geslagsgroepe dikwels teenoor mekaar opgeweeg word in die konteks van MIV en VIGS en daar 'n magswanbalans bestaan tussen hierdie groepe. Laasgenoemde veroorsaak dat vroue dikwels meer ernstige MIV-risiko's beleef en daarom negatiewe houdings mag ontwikkel teenoor mans as geslagsgroep. Hierdie magswanbalans mag egter ook mans se risiko vir MIV verhoog, en dit is dan van belang om te let op respondente se opinies rondom mans en die verspreiding van MIV in hul gemeenskappe.

Vyf (5) respondente noem dat hul nie mans blameer vir die verspreiding van MIV nie en gee die volgende redes:

- MIV het nie sy oorsprong by mans nie en mans kan dus nie vir die verspreiding daarvan blameer word nie.
- Beide mans en vroue is verantwoordelik vir hul eie gesondheid en mans kan daarom nie vir die verspreiding van MIV blameer word nie.
- Daar bestaan 'n tekort aan relevante MIV-inligting onder mans en mans kan dus nie vir die verspreiding van MIV blameer word nie.
- Kultuur forseer mans om MIV-toetsing en enige ander vorme van toetsing waar bloed getrek moet word te vermy, en mans kan dus nie vir die verspreiding van MIV blameer word nie.
- Mans is onbewus van hoe algemeen MIV en VIGS onder die Noord-Sotho/Tswana-sprekende populasie is en kan dus nie vir die verspreiding van MIV blameer word nie.

Sewe (7) respondente noem dat hul mans blameer vir die verspreiding van MIV en gee die volgende redes:

- Mans wil om kultureleredes baie kinders by vroue hê, maar neem nie in ag dat daar gesondheidsgevaare gepaard gaan met onveilige seksuele-omgang soos MIV en VIGS en seksueeloordraagbare infeksies nie.
- Mans is negatief teenoor kondoomgebruik en weier dikwels om kondome te gebruik tydens seksuele-omgang.
- Mans versprei MIV na vroue en kinders deur middel van verkragting.
- Mans weier om MIV-toetsing te ondergaan en sal ten spyte van die onbekendheid van hul MIV-status steeds onveilige seksuele-omgang hê.
- Mans het dikwels meervoudige seksueleverhoudings.
- Mans het geen respek vir vroue se gevoelens of gesondheid nie en gee daarom nie om of vroue MIV opdoen nie.
- Relevante MIV-inligting is beskikbaar vir mans, maar hul ignoreer dit.

Bogenoemde verdeelde opinies rondom die blamering van mans vir die verpreiding van MIV in Noord-Sotho/Tswana-sprekende gemeenskappe is vir die maatskaplike werker 'n aanduiding van moontlike behoeftes wat in hierdie MIV-geteisterde gemeenskappe bestaan. Die navorser is van mening dat bogenoemde veral relevant is wanneer die vrou se seksmaat by berading betrek word en sekere houdings, oortuigings en opinies wat MIV-risiko mag verhoog of MIV-herinfeksie mag veroorsaak, aangespreek behoort te word. Bogenoemde is ook aanduidend van belangrike aspekte wat die magswanbalans tussen mans en vroue as geslagsgroepe omvat.

9.4.4.3 Opsomming van Tema 11

Onder hierdie tema het respondente aangedui dat daar fisiologiese-, sosiale-, psigologiese-, ekonomiese- en kultureleredes bestaan vir waarom vroue as geslagsgroep meer ernstig deur MIV en VIGS geaffekteer word as mans. Die meerderheid vroue blameer mans vir die verspreiding van MIV en VIGS en dit blyk dat mans se onkunde ten opsigte van MIV en VIGS, hul negatieweit teenoor

kondoomgebruik, meervoudige seksueleverhoudings en geweld teen vroue veral 'n rol speel hierin.

9.4.5 Tema 12: Die vrou en haar gesondheid

Daar word eerstens onder hierdie tema gelet op respondente se persepsie van hul eie MIV-risiko voordat respondente MIV opgedoen het, en of daar enige seksueeloordraagbare infeksies voorgekom het wat as indikator kon dien om respondente se kwesbaarheid vir MIV aan te dui. Daar word verder gelet op respondente se toekoms deur te bepaal wie na respondente sal omsien indien hul later wel siek word en versorging mag benodig.

Campbell (1995:204) konstateer dat die verskille in die wyses waarop mans en vroue gesondheidsbevorderende gedrag benader, direk verband hou met geslagsrolle. As gevolg van sosio-kulturele geslagsrolle is vroue dikwels die versorgers van hul gesinne en neem hul dus verantwoordelikheid vir die gesondheid van die hele gesin, insluitende die van die seksmaat. Vroue het dus 'n sterker gedefinieerde sin vir die toekoms en is meer verantwoordelik rondom gesondheidskwessies. Waar laasgenoemde rol in verband gebring word met MIV, word vroue die risiko-bestuurders vir beide hulself en hul seksmaats, en faal mans daarin om verantwoordelikheid vir hul eie gesondheid te neem. Die idee wat dus deurentyd versterk word is dat vroue ook verantwoordelik is vir veiliger seks. Gilbert en Walker (2002:1096) verwys na geslag as verdeel langs 'n "foutlyn" ten einde die verskille in gesondheid tussen mans en vroue te verduidelik. Die navorser is van mening dat daar dus verwag kan word dat vroue se persepsies van MIV-risiko ook mag verskil van mans se persepsies van MIV-risiko.

9.4.5.1 Sub-tema 12.1: Persepsies van MIV-risiko

Daar word eerstens onder hierdie sub-tema gekyk of daar enige seksueeloordraagbare infeksies onder respondente en hul seksmaats voorgekom het, voordat MIV deur respondente opgedoen is. Tweedens let die navorser op respondente se persepsies van hul MIV-risiko voordat respondente MIV opgedoen het. Die voorkoms van seksueeloordraagbare infeksies sou impliseer dat respondente onveilige seksuele-

omgang gehad het en moontlik 'n kliniek of hospitaal sou besoek vir die behandeling van seksueeloorlaagbare infeksies. Hierdie twee aspekte is van belang aangesien respondente wat klinieke sou besoek vir die behandeling van seksueeloorlaagbare infeksies, deur gesondheidswerkers ingelig sou word van die belang van kondoomgebruik asook die risiko om MIV op te doen.

Slegs twee (2) respondente noem dat hul 'n seksueeloorlaagbare infeksie opgedoen het voordat MIV-infeksie voorgekom het. Nog 'n respondent noem dat 'n vorige seksmaat behandel is vir 'n seksueeloorlaagbare infeksie (wat nie aan die respondent oorgedra is nie) voordat die respondent self MIV opgedoen het.

"Yes (Do you know which STI you had?) I can't remember. (Did you get treatment?) Yes, at the clinic. (Who infected you with a STI?) That came from my first boyfriend. (Did you know that he could infect you with a STI?) No, I didn't. (Did a nurse or counsellor tell you about condom use and HIV when you went there to get treatment for the STI?) No." - Kagiso

"Yes. This father of the two (youngest) kids, he was working at the mine there (in Gauteng) then he stay there for the whole six months that means he's walking, walking. (With "walking" do you mean he's having sex with other women?) Yes. Then when he come home we had sex without a condom then he go away and I stay. After some weeks I get a discharge that stink then I go to the clinic and they say it's a STI. (Did they tell you what kind of STI?) No. (Did they give you medicine?) Yes I get medicine, but they said 'When your boyfriend come again you must come with him (to the clinic)'. But he come on weekends on Friday nights- the clinics are closed. I said to him 'When you get there (back in Gauteng) you must go to the clinic and then they must check you'. He said he will go there, but I didn't see the medication but he says to me he got it from the clinic. It never ever happened again (symptoms of STI did not come back). He died of AIDS in 1999. (Were you told about the importance of condoms and the risk for HIV when you were at the clinic?) No they didn't tell me." -Mpho

"Ja, hy het by die hospitaal gegaan daarvoor. Hy het ook seertjies by die hande gehad. (Het hulle by die kliniek vir hom gesê om kondome te gebruik en dat hy MIV kan opdoen as hy nie kondome gebruik nie?) Nee." -Kattleho

Dit blyk dat respondente die voorkoms van seksueeloorlaagbare infeksies nie as waarskuwing vir moontlike MIV-infeksie beskou het nie. Laasgenoemde mag veral verband hou met respondente se tekort aan kennis rondom MIV en VIGS en kondoomgebruik voordat MIV opgedoen is en MIV-toetsing ondergaan is. Verder mag dit verband hou met 'n tekort aan die oordra van relevante inligting deur personeel by klinieke en hospitale aan respondente wat vir seksueeloorlaagbare infeksies behandel is. Laasgenoemde dui op ernstige leemtes wat moontlik in die

gesondheidsstelsel mag voorkom. Die navorser is van mening dat indien die voorkoms van seksueel oordraagbare infeksies deur personeel by klinieke en hospitale as ernstige indikator van toekomstige MIV-risiko benader is, respondente 'n beter persepsie van MIV-risiko sou hê.

Elf (11) respondente noem dat hul nie gedink het daar enige risiko vir hul bestaan om MIV op te doen voordat hul met die virus geïnfekteer is nie. Hierdie respondente noem die volgende:

"No. (*Why not?*) Because **I was having one boyfriend and I was faithful to him even though we were not using a condom, but I was faithful.** So I didn't think he would go around having multiple partners." -Kagiso

"No I didn't because myself I see HIV like Ebola, **something which is far away**, not here around us. Until I see a person who say 'I am HIV-positive' which means that HIV is there and I realised HIV is there when the one say 'I'm HIV-positive'." -Bontle

"For now when I look back, ja. I did hear from the radio about HIV, but **I did say it won't come here.** (*Did you think at that stage that you could get HIV?*) I didn't think so. (*Why didn't you think you could get HIV?*) It's lack of information. I think if I was having information like now I was going to protect myself if I do sex." -Sesi

"No it (HIV) was **something far away.**" -Kefilwe

"No. (*Why not?*) **It's ignorance.**" -Karabo

"No. (*Why not?*) Because **I wasn't sexually active** and I told myself I wasn't going to sleep with anyone without using a condom because I thought the one time you will get the virus is when you don't use a condom." -Lerato (Respondent het MIV opgedoen na aanleiding van verkragting.)

"No. **I am a professional nurse.** It (HIV) was for those who are selling their bodies outside (on the street)- not me. That's why it was a shock to me." -Pulane

"No. (*Why not?*) **I had no knowledge.**" -Lebo

"**Nee ek het nie so gedink.** (*Hoekom nie?*) **Want ek het nie vir die blood test gegaan nie.**" -Katlho

"No. (*Why not?*) Because **I was not having many boyfriends.**" -Bonolo

"No. (*Why not?*) Because **I was not playing around** (having sex with different partners)." -Tebelo

Bogenoemde aspekte is veral van belang, aangesien vrugbare omstandighede vir MIV-infektering hierdeur uitgewys word in die kombinasie van onkunde, 'n tekort aan

inligting, 'n persepsie van onaantasbaarheid en misplaaste vertrouwe in seksmaats. Volgens die navorser hou hierdie kombinasie van faktore ernstige MIV-risiko vir vroue in.

Slegs een (1) respondent was bewus van haar risiko om MIV op te doen en noem die volgende:

“Yes. (*Why did you think you were at risk for HIV?*) Ai, because of not using a condom. (*Was there a time that you knew if you don't use condoms you are at risk of being infected with HIV?*) Yes. (*What did you do at that stage when you thought you could be infected with HIV?*) This man (partner) who passed away in 1999, he says to me 'I don't eat the sweets in the plastic (I don't use condoms)'. He was (also) giving me at the end of the month some money. If he leave me where will I get this money for food? (*Did you feel that you couldn't use condoms because then he wouldn't give you any more money?*) Yes.” -Mpho

Bogenoemde respondent se bewustheid van haar moontlike risiko om MIV op te doen, het egter geen verskil gemaak aan hierdie bestaande risiko nie. Natrass (2002:12) se studie wat in Suid-Afrika onderneem is toon dat in die spontane rapportering van politiese prioriteite, behoeftes soos werkskepping (76%), misdaadsekuriteit (60%), behuising (25%) en onderrig (13%) voor aspekte soos VIGS (13%), gesondheid (12%) en armoede (11%) genoem is. Natrass (2002:13) verduidelik dat die desperate ekonomiese omstandighede in Suid-Afrika veroorsaak dat kwessies soos daadwerklike inkomstebehoefte op die voorgrond geforseer word. Die enkele respondent in hierdie studie wat bewus was van haar risiko om MIV op te doen se behoefte na finansiële steun vanaf haar seksmaat, was dus ook vir die respondent belangriker as haar eie gesondheid of MIV-risiko. Die seksmaat se negatiwiteit teenoor kondoomgebruik blyk hier ook 'n rol te speel. Indien mans se negatiewe houdings teenoor kondoomgebruik verander kon word, sou vroue se desperate ekonomiese behoeftes moontlik nie so belangrike rol in hul risiko om MIV op te doen, speel nie. Die navorser is dus van mening dat indien mans tot insig gebring kan word van die belang van verantwoordelikheid vir hul eie en hul seksmaats se gesondheid, beide mans en vroue se MIV-risiko sal verlaag.

9.4.5.2 Sub-tema 12.2: Versorging van siek respondente

Vyf (5) respondente noem dat die volgende persone na hul sal omsien wanneer hul siek word:

“My children and my sister.” -Karabo

“My second **child**. She’s the one who I see she cares because now I’m taking medication and vitamins and all those things. When the time of drinking that medicine comes, she’s the one who says ‘It’s time to take your medication’. If she’s at Joburg or where (ever) she know I take my medicine at nine then she phone me and say ‘It’s nine, have you taken your medicine?’.” - Mpho

“My **mother**.” -Lebo

“My **ma**.” -Katlho

“My **mother** because first time when I got sick I was not staying with her, I was staying in the rural area and she did some to collect me so that I can stay with her.” -Tebelo

Orr en Patient (2004:10) is van mening dat mense net medelye met siekes, agtergeblewenes, sterwendes en bejaardes sal hê solank as wat daar genoegsame hulpbronne is. In moeilike tye word hierdie mense uit ’n groeppoorlewing perspektief as ’n las beskou en agtergelaat om na hulself om te sien. Wanneer daar gelet word op die inkomste en materiële behoeftes van respondente en hul gesinne in hierdie studie, mag dit ’n kommerwekkende situasie skep vir respondente wat later siek word en versorging mag benodig. Die navorser is van mening dat hierdie situasie verswaar mag word wanneer dit in verband gebring word met die vrou se rol as versorger, waar haar man en kinders se behoeftes bo haar eie behoeftes gestel word. Esu-Williams (2000:123) konstateer dat Afrika-vroue gekondisioneer word met die idee dat hul eie lewens van minder belang is as die van hul mans en kinders. Die navorser is van mening dat laasgenoemde impliseer dat vroue dan ook makliker sal siek word waar MIV en VIGS voorkom en hierdie vroue versorging mag vereis.

Respondente maak veral staat op gesinslede soos kinders, susters en moeders om na hul om te sien wanneer hul siek sou word. Dit blyk dat die meerderheid (3) respondente veral staatmaak op moeders om hul te versorg. Die navorser is van mening dat laasgenoemde veral verband hou met respondente wat steeds by hul moeders woon. Leclerc-Madlala (2001:3) verwys na die ernstige negatiewe implikasies van ekonomiesedruk waar veral grootmoeders as enkelouers optree in gesinne, en verantwoordelik is vir die versorging van hul eie kinders asook hul kleinkinders. Dit blyk dan in hierdie studie dat die moeders van respondente, dit wil sê die grootmoeder van respondente se kinders, hoofsaaklik verantwoordelik sal wees

vir die versorging van siek respondente, ten spyte van hierdie moeders/grootmoeders se ouderdom en finansiële status.

Sewe (7) respondente is nie seker of daar iemand sal wees om na hul om te sien wanneer hul siek word nie. Een (1) van hierdie respondente noem die volgende:

“I’ll get to that when I get there. *(So you haven’t thought about it?)* No because I’m not getting sick any time soon.” -Lerato

Bogenoemde respondent se reaksie mag volgens die navorser veral verband hou met die respondent se bekendmaking van haar MIV-status aan haar gesinslede. Aangesien hierdie respondent se gesinslede steeds nie bewus is van haar MIV-positiewe status nie, kan die respondent hul dus nie voorberei op moontlike versorging wat sy in die toekoms mag benodig nie. Die navorser is van mening dat respondente wat onseker is of daar iemand sal wees om na hul om te sien wanneer hul siek word, hierdie kwessie met die maatskaplike werker behoort te bespreek ten einde verwys te word na neregierungsorganisasies wat tuisversorging bied aan siek persone met MIV en VIGS. Laasgenoemde mag respondente van gemoedsrus voorsien vir wanneer hul siek sal word.

9.4.5.3 Opsomming van Tema 12

Hierdie tema dui aan dat min respondente en hul seksmaats deur seksueeloorraagbare infeksies geaffekteer en daarvoor behandel is. Hierdie respondente is egter nie na aanleiding van behandeling deur mediese personeel ingelig van die belang van kondoomgebruik of die gevare van MIV en VIGS nie. Die meerderheid respondente in hierdie studie was ook oortuig dat daar geen risiko vir hul bestaan om MIV op te doen voordat MIV-infeksie voorgekom het nie. Laasgenoemde hou verband met respondente se onkunde, tekort aan inligting, ’n persepsie van onaantasbaarheid en misplaaste vertroue in ’n seksmaat. Die enkele respondent wat bewus was van haar risiko om MIV op te doen, se seksmaat was negatief teenoor kondoomgebruik, en aangesien die respondent afhanklik was van die seksmaat se finansiële steun, het sy seksuele-omgang gehad sonder die gebruik van kondome. Die meerderheid respondente is onseker of daar iemand sal wees om na hul om te sien wanneer hul siek word en versorging benodig. Ander respondente noem dat hul moeders of kinders hoofsaaklik na hul sal omsien indien hul siek word.

9.4.6 Tema 13: Die vrou en haar spesifieke beradingsbehoefte

Onder hierdie laaste tema van die empiriese hoofstuk wil die navorser let op sub-temas wat direk met die respondent en haar MIV-status verband hou. Daar word gelet op respondente se bekendmaking van hul MIV-status en die redes daarvoor. Daar word ook gekyk na hoe respondente voel oor hul MIV-positiewe status. Laastens word daar in hierdie hoofstuk gelet op spesifieke beradingsbehoefte wat respondente mag ervaar asook hul gevoelens rondom sterfte en die dood.

9.4.6.1 Sub-tema 13.1: Bekendmaking van MIV-status

Daar word vervolgens gelet op respondente se bekendmaking van hul MIV-positiewe status en die redes daarvoor. Tien (10) respondente het hul MIV-positiewe status in geheel bekend gemaak, dit wil sê aan hul gesinne, uitgebreide families en gemeenskappe. Een (1) respondent het haar MIV-positiewe status slegs aan haar gesinslede bekend gemaak. Nog 'n respondent het haar MIV-positiewe status slegs in haar werksomgewing en aan ander vroue by die kliniek waar sy medikasie ontvang bekend gemaak, maar nie aan haar gesin, familie of gemeenskap nie. Die 10 respondente wat hul MIV-status in geheel bekend gemaak het, gee die volgende redes daarvoor:

Veilige seksuele-omgang met 'n seksmaat

"First of all I wanted to be open because when someone like a man comes to me saying that he loves me I want him to know that I'm HIV-positive. So he has to be prepared (bring condoms) when he comes to me." -Kagiso

Daar is 'n lewe na MIV-infektering

"And then secondly that was for my family, my cousins, I needed them to know that a person with HIV can live. And for my relatives it's the same, I wanted them to know that there is life after HIV." -Kagiso

Bevryding deur bekendmaking

"Before I joined the support group (at the clinic) they just came to where I was staying with my grandmother and then they were talking about HIV and by that time it was 1997. It was 2001 when I tested (for HIV) so I didn't tell anyone about my status. (For how long didn't you tell anyone about your status?) For five years. (Was it difficult to keep your status a secret?) It was difficult. When I see they are talking about HIV on especially the TV it was very, very difficult. So the support group came to us at the clinic and do the workshop and there were two people that disclosed their status saying 'I'm HIV-positive. I'm ten years living with HIV, I'm doing one, two, three (taking certain steps)'. Then after the workshop I call them outside and

say 'I want to join your group'. They say (ask) why. Then I say I'm HIV (positive) but I didn't say anything to my family. Then they say 'You can come to join our group' then from there after joining the group I waited six months before I started telling (disclosing my status). (*Who did you tell first?*) It was my aunt's child (my cousin) but she passed away. (*What happened to her?*) She was HIV-positive. (*How old was she when she passed away?*) She was 35. (*Was she HIV-positive when you disclosed your status to her?*) Myself I just say so (yes), but even herself she was just listening because if I told her about my status and I told her that it was five years now, then she was shocked. (*How did you feel when you started disclosing your status to people?*) **When I started telling people about my status is whereby I started to feel free.**" -Bontle

"I've got so many reasons (for disclosing my status). (*What was your main reason?*) The first time (at first) I was angry when I got out (disclosed my HIV status) because my husband (who respondent is now separated from) called me and told me he heard that I'm dead (is HIV positive). He was just calling to confirm if it was true. So I was so upset and I came here to the AIDS Centre and I talk to these people here and I say 'I want to go out (disclose my status). I want to tell these people (in the community) about myself. I am here and I'm not going to die now and I'm not going to die because I'm HIV positive. I'm going to die because of the purpose of God. Everyone will die'. (*How long did it take you to disclose your status to everyone?*) Two years. (*How did you feel afterwards?*) **I did feel much better because it was out.**" -Karabo

"Because when I keep quiet I think many difficult thoughts. When you talk to some people you feel free." -Lebo

"Ek moet mense sê want anders gaan hy my eet (kwel) hierso (in die hart)." -Katlheho

Stilswye en geheimhouding rondom MIV en VIGS

"I decided (to disclose my status) when I see a lot of people dying in numbers and people were keeping quiet, not saying it (that they are HIV-positive)." -Sesi

"I see many people who are hiding (their HIV status). They are not living for a long time. So being open (about my HIV status) helped me a lot, cause you are not ashamed of yourself. You are not hiding like you're not talking about it and don't even want to go to the clinic, you don't want people to know." -Kefilwe

Negatiewe kulturele-oortuigings

"They used to say when they become HIV positive it's the ancestors who want them to be inyangas- the amakhosi. They used to say a person did eat the neighbour's chicken so that neighbour did take her to the inyanga and bewitched her or him to get HIV. So I did see a lot of people dying and then the family members just keep quiet. They will just say people were jealous of him because he was having this and that." -Sesi

Voorkoming van die verspreiding van MIV en VIGS

"(I decided to disclose my status) for support and to prevent others (from being infected with HIV) cause when you get sick they are going to help you. Maybe others (some people) have cuts and if they know their status they are going to protect themselves before they help you. (*How did you feel after disclosing your HIV status?*) I feel better. I remember the first time I got my (HIV test) results from the clinic, I phoned my child. She was at computer

school and I say 'You know what, I'm HIV positive so if you don't need more money you must tell me so I'll keep this money for fruit and veggies, but if the money is needed I'll give it to you, but if it's not needed I'll keep it to help myself'. So I feel better." -Mpho

"To be honest I decided to be open about my status because of my children. I said to myself I must tell the people because one thing is sure, if I give information and I disclose to the community, people will have information. When people have information their children will have information. Both parties (men and women) will protect themselves. I didn't want my children to be (HIV) positive. If I found one of them is HIV positive I'll die." -Pulane

"To help other people so that they can also know their status." -Tebelo

Stein (2004:15) is van mening dat stilsweye en geheimhouding veral voorkom waar ouers MIV-positief is en weier om kinders hiervan in te lig. In 'n studie wat in Khayelitsha onderneem is, meen ouers dat hul kinders te jonk is om hiervan ingelig te word. Dit blyk egter dat hierdie ouers die impak van stigma op hul kinders vrees, veral waar bekendmaking van die ouer se MIV-status nie 'n publieke bekendmaking is nie en die kind dan hierdie geheim moet dra. 'n Vrou se bekendmaking van haar MIV-status mag volgens die navorser egter meer positiewe as negatiewe gevolge inhou.

Dit kom voor dat die belangrikste redes vir respondente se bekendmaking van hul MIV-positiewe status verband hou met die bevrydende gevoel wat dit bied wanneer respondente nie meer die geheim van hul MIV-status alleen hoef te dra nie. Verder blyk dit dat die voorkoming van die verspreiding van MIV en VIGS na ander ook 'n belangrike rede vir respondente was om hul MIV-positiewe status bekend te maak. Die maatskaplike werker mag 'n belangrike rol speel in hierdie bekendmakingsproses deur vroue in te lig van die voordele wat dit vir ander vroue ingehou het wat hul MIV-status bekend gemaak het, en vroue te verwys na ondersteuningsgroepe waar hul met die hulp en ondersteuning van vroue wat reeds hul MIV-status bekend gemaak het, hierdie proses kan inisieer. Vroue wat hul MIV-status bekend wil maak behoort ook deur die maatskaplike werker van die nodige kennis en inligting voorsien te word ten einde gesinslede en veral kinders gerus te stel dat MIV nie noodwendig sterfte impliseer nie.

Die twee (2) respondente wat hul MIV-status slegs gedeeltelik bekend gemaak het, gee die volgende redes vir hul gedeeltelike bekendmaking:

(Why didn't you tell your mom, sister and brother that you are HIV positive?) **Because I was protecting my mom and my family.** My family I never told them. I'm still preparing them because I have to give them information. *(When do you think your family will be prepared to know about your status?)* I'll see that (when) they are prepared. *(Do you think it will be easier to tell your family because your mom is also HIV positive?)* Because she is HIV positive won't count. **I'll know it's the right time for them to know. I'll know if they are ready- I'll know.**
-Lerato

"My family saw the pills I have to drink then I told them (I'm HIV positive)." -Bonolo

Bogenoemde dui op twee belangrike aspekte wat deur berading aangespreek kan word. Eerstens behoort die maatskaplike werker vroue te help voorberei op 'n beplande bekendmaking van hul MIV-status aan hul gesinne. Tweedens behoort die maatskaplike werker respondente te help voorberei op 'n moontlike ontydige bekendmaking van hul MIV-status, indien die gesin op 'n ander wyse uitvind dat die vrou MIV-positief is. Laasgenoemde kwessie behoort dus vroeg in berading reeds aangespreek te word, ten einde vroue toe te rus met die nodige vaardighede om 'n onbeplande bekendmaking te hanteer.

9.4.6.2 Sub-tema 13.2: Gevoelens rondom MIV-positiewe status

Daar word vervolgens onder hierdie sub-tema gelet op respondente se gevoelens rondom hul MIV-status:

MIV is soos 'n vriend

"I've taken it as something that I'm going to live with so it's like my friend to me, so why should I be angry- because it's there. Even if I become angry it's not going to go away. **It's here to stay so I just have to accept that it's here and I have to live with it.**" -Kagiso

Aanvaarding van MIV-status

"I've accepted it. There is nothing that I can do. If I can change (things) I can go back (to the beginning) and start my life nicely, but there is nothing that I can do. **I have accepted the way I am.**" -Kefilwe

"Now I'm all right. I don't think anything. **I feel good.** *(How did you feel in the past?)* I feel (felt) like I am dead." -Lebo

"Ek is nie kwaad nie. Ek voel mooi daarvoor soos altyd." -Kattleho

"I feel good about my HIV status because I talk about it to my family only." -Bonolo

MIV verskaf 'n lewensdoel

"For me to be (HIV) positive was for a purpose in order to assist people, in order to make other people feel better in so many ways. God allowed it to happen to me and at the same

time He closes the mouth of the lion (Bible story about Daniel in the Lion Cage). So the virus is in my blood but it's powerless because of God. **Sometimes I think my status is not to harm me, it's for a purpose.** Sometimes I get angry and ask 'Why me?' because there are certain things that I can't do like smoking, drinking and eat whatever, like chocolate." -Lerato

Die toekoms van die gesin is van groter belang

"At first I took it badly. We (my husband and I) spend about five years not having sex. I was so angry, very angry. My decision was just to divorce him as a best solution but somebody counselled me. (*Was that why you decided not to divorce your husband?*) Yes **and I sit down and I think about the children. They need their father. What if I die tomorrow. If I die he will take care of my children. They (the children) are big, but they need somebody that they can rely on.** (*How is the relationship between you and your husband now?*) He support me financially. He comes from work, take a bottle of beer and read the newspaper. He support me in the way that he will be at home any time when I need him. When I need him he's next to me by helping me with cooking or whatever." -Pulane

'n Normale lewe met MIV

"Sometimes I forget that I'm HIV positive. I live a normal life." -Tebelo

"Myself I don't think anything because HIV it doesn't say you have to stay (do nothing) and say 'I'm not going to school. I'm not doing this or that' or 'now I don't get the chance to go to school or to study because I just sit (do nothing)'." -Sesi

Selfbejammering

"Myself I feel sorry for myself because I don't know how long I'm going to live. Even if I see my child I say (to myself) 'If I am HIV-positive something can happen, even if I am on ARV's something can happen to me.' If I didn't have that HIV I'll plan my future and get a better life. (*Why do you feel sorry for yourself?*) **Because I might not see my child grow up.**" -Bontle

Selfblaming

"Last year I was blaming, every time I was blaming myself **'Why don't (didn't) I use condoms?'**" -Mpho

Geen gevoelens

"Nothing, I feel nothing. (*Do you sometimes worry about your status?*) No." -Karabo

Daar word in Oos-Afrika na MIV en VIGS verwys as *die siekte van die vrou* (Temmerman & Marres, 1995:63). Laasgenoemde impliseer volgens die navorser ernstige stigmatisering van vroue met MIV en VIGS en mag ook 'n invloed uitoefen op hoe vroue oor dié siekte voel. Piot (2001:10) is van mening dat MIV-stigma 'n kragtige kombinasie van skaamte en vrees is wat ook gesien kan word as intoleransie waar nuwe vrese gekoppel word aan ou vorme. Hierdie ou vorme van intoleransie sluit hoofsaaklik diskriminasie van rasse stereotipes, vroue en ander

seksuëleminderheidsgroepe in wat juis geaffekteer word na aanleiding van langtermyn patrone van ras-, geslag- en ekonomiese ongelykhede.

Respondente ervaar diverse gevoelens rondom hul MIV-positiewe status, wat strek vanaf aanvaarding tot selfbejammering en selfblamering. Hierdie gevoelens mag vir die maatskaplike werker 'n aanduiding gee van die mate waartoe vroue hul MIV-status aanvaar en die wyses waarop hul dit in hul daaglikse lewens inkorporeer. Waar negatiewe gevoelens soos selfblamering, selfbejammering of totale ontkenning van die bestaan van enige gevoelens voorkom, mag die maatskaplike werker hierdie gevoelens as beginpunt benut om die respondent se situasie te verken en negatiewe gevoelens wat byvoorbeeld aanleiding mag gee tot depressie, aan te spreek. Positiewe gevoelens rondom MIV en VIGS soos deur respondente genoem, kan ook deur die maatskaplike werker benut word om respondente se lewenskwaliteit te verbeter en moontlike hul lewensduur sodoende te verleng. Vroue se gevoelens rondom hul MIV-positiewe status kan dus deur die maatskaplike werker benut word as 'n belangrike aanduiding van vroue se emosionele en psigologiese welstand.

9.4.6.3 Sub-tema 13.3: Spesifieke beradingsbehoefte

Onder die laaste sub-temas van hierdie hoofstuk let die navorser op spesifieke beradingsbehoefte wat deur respondente geïdentifiseer is. Daar word ook gelet op respondente se gevoelens rondom die dood en sterfte. Die navorser het respondente se beradingsbehoefte in die volgende kategorieë opgedeel ten einde meer duidelikheid te gee ten opsigte van die moontlike behoeftes wat deur die maatskaplike werker verwag kan word onder vroue met MIV en VIGS.

Verhoudings met seksmaats

- Seksmaats wat nie van kondome gebruik wil maak nie.
- Seksuele probleme soos seksmaat wat meer gereeld seksuele-omgang wil hê as die respondent.
- Verhoudingsprobleme wat konflik veroorsaak tussen die respondent en haar seksmaat byvoorbeeld seksmaats se meervoudige seksueleverhoudings.
- Egpaar-berading sodat die seksmaat die MIV-positiewe vrou se behoeftes beter verstaan.

Swangerskap

- Die voor- en nadele wat swangerskap vir die MIV-positiewe vrou mag inhou.
- Die gesondheidsrisiko's van swangerskap vir MIV-positiewe respondente wat kinders wil hê.
- Die seksmaat se behoefte om kinders te hê saam met die vrou wat nie meer kinders wil hê nie.

Berusting en bekendmaking vir 'n normale lewe

- 'n Behoefte om oor belangrike aspekte in die respondent se lewe te praat byvoorbeeld hoe en waarom die respondent MIV opgedoen het, ten einde berusting te vind.
- Hoe om 'n MIV-positiewe status te hanteer sodat die respondent 'n normale en positiewe lewe kan leef.
- Bystand en ondersteuning in die proses van bekendmaking van die respondent se MIV-positiewe status.

Gesinsprobleme

- Probleme wat konflik in die gesin veroorsaak byvoorbeeld kinders met probleemgedrag.
- Wat van kinders sal word na die afsterwe van die respondent.
- Finansiële behoeftes wat deur die respondent en haar gesin beleef word.

Beroeps- of werksprobleme

- Die uitdagings wat die respondent as MIV-positiewe vrou in haar werk of beroep beleef.

Nuwe navorsing en inligting rondom MIV en VIGS

- Inligting rondom nuwe MIV-medikasie en enige ander vorme van mediese behandeling vir persone met MIV en VIGS.
- Inligting rondom die korrekte gebruik van anti-retroviralemiddels.
- Inligting rondom enige nuwe navorsing oor MIV en VIGS in die verskillende vakgebiede.

Bogenoemde kategorieë is aanduidend van respondente se fisieke-, emosionele-, psigologiese- en maatskaplike beradingsbehoefte en dui vir die navorser op die

inligting en kennis waaroor die maatskaplike werker moet beskik ten einde hulpverlening te bied aan vroue met MIV en VIGS. Respondente se beradingsbehoefte kan egter ook aangespreek word deurdat die maatskaplike werker deeglik bewus is van ander bronne van hulpverlening in respondente se gemeenskappe soos nie-regeringsorganisasies en ondersteuningsgroepe waardeur respondente bygestaan kan word.

Daar word laastens gelet op respondente se gevoelens rondom die dood en sterfte. Stilswe rondom die dood word dikwels geassosieer met die Afrika-kultuur. Stein (2004:16) verduidelik dat hierdie verskynsel in die meeste samelewings voorkom, maar dat dit soms in Afrika so sterk na vore tree dat iemand wat oor die dreigende of naderende dood praat, van heksery beskuldig kan word. Die navorser het dit egter van belang gevind om respondente te vra hoe hul oor die dood voel, aangesien alle persone met MIV en VIGS moontlik gekonfronteer sal word met gedagtes en vrese rondom die dood.

Respondente het die volgende genoem rondom die dood:

"It's very sad because it's not something that you can just accept, but it's there. You have to live knowing that death is there. (*Do you feel you can accept death?*) Yes. (*Do you have any fear of death?*) No, I don't." -Kagiso

"The first time when I found out my status I felt like I was going to die and leave my child here, but now I put my trust in God because life is coming from God. Now I feel ok. (*So you are not afraid anymore?*) No." -Lebo

"I'm not scared. It's just that I want to live a long life and I'm going to take care of myself so that I can. We are all going to die, even if I was not sick (HIV-positive) I was going to die." -Kefilwe

"I don't feel very bad because I know I have to die. I don't have any problem. I know (that I have to die). **I'm prepared. I'm just praying to God now.**" -Karabo

"I'm not afraid because I think if you are HIV positive or negative you are going to die. Like when come to town I go to the taxi. The taxi can role and burn and all (people in the taxi) can die if we are HIV positive or HIV negative. What I know, all diseases is dangerous if it's high blood (pressure) or sugar (diabetes)." -Mpho

"We're all going to die- all. I accept it." -Lerato

"I don't think about it now. The only thing I think is I'll accept it to die, but it doesn't mean because I'm HIV positive I'm going to die. People are dying without having the virus and it's

the same with me- if it's time I'll go (die). I don't have the time to think about dying and I think it's because I'm a busy woman. I don't have the time to think about death." -Pulane

"Ek voel nie so baie seer nie want as jy siek is gaan jy dood. Ek worry nie want maybe ek gaan uit nou en die kar stamp my en ek is dood of ek val en ek gaan dood." -Katlheo

"I feel sad. I think about it and then sometimes I feel sad. (*Are you afraid of death?*) No. (*Why not?*) Because we get counselling at the clinic and I get free of this fear." -Bonolo

"You know it's not easy to accept death. It's hard. Sometimes I think about it. I'm scared but not I'm not fearing it." -Tebelo

"I feel it's not fair to be dead because sometimes you still need to do one, two, three (certain things) and you die before doing that thing. (*What are you afraid you might not be able to do?*) Like for now I just need a nice job and then I can put my children in university. But maybe I'm not going to live for that (many) years, then my child is the one that I worry about most." -Bontle

"I feel sad about it." -Sesi

Uit bogenoemde het die navorser twee aspekte geïdentifiseer wat meer prominent deur respondente gemeld word naamlik aanvaarding en rasionalisering. Dit blyk dat respondente aanvaar dat sterfte wel eendag sal voorkom, maar dat die dood gerasionaliseer word deur te noem dat almal sal sterf, hetsy MIV-positief of -negatief. Die navorser is van mening dat respondente hierdeur 'n mate van berusting en vrede vind wat die dood aanbetref. Dit blyk egter dat respondente wel gevoelens beleef van hartseer, vrees, bekommernis oor kinders en spyt oor dit wat hulle nie sal kan doen of bereik nie. Die maatskaplike werker behoort in ag te neem dat vroue na aanleiding van sekere gevoelens wat hul rondom die dood en sterfte ervaar, verskillende fases mag beleef na gelang van die tydperk wat hul bewus is van hul MIV-positiewe status. Aangesien vroue dikwels hul status vir 'n tydperk geheim hou, kan daar deur middel van 'n gesprek rondom die vrou se gevoelens oor die dood en sterfte, bepaal word watter mate van onkenning of aanvaarding voorkom. Hulpverlening kan hiervolgens aangepas word ten einde vroue se vrese rondom die dood te hanteer en hul te help om berusting te vind rondom die dood.

9.4.6.4 Opsomming van Tema 13

Die meerderheid respondente het hul MIV-status in geheel bekend gemaak, dit wil sê aan hul gesinne, uitgebreide families en die gemeenskap. Laasgenoemde bekendmaking hou veral verband met emosionele- en psigologiese voordele wat dit

vir die respondent ingehou het, maar ook om ander bewus te maak van die gevare van MIV en VIGS. Respondente voel positief oor hul MIV-status en beskryf dit as iets wat hul 'n lewensdoel gegee het. Sekere respondente word egter geteister deur gevoelens van selfbejammering en selfverwyrt rondom MIV en VIGS. Spesifieke behoeftes wat deur respondente genoem is wat aangespreek behoort te word tydens berading, hou veral verband met hul verhouding met 'n seksmaat, swangerskap onder MIV-positiewe vroue, hoe om berusting te vind in hul MIV-status, bystand en ondersteuning tydens bekendmaking van hul MIV-status, gesinsprobleme, MIV en die werksomgewing en nuwe navorsing rondom MIV en VIGS. Hoewel respondente aandui dat hul hartseer ervaar rondom die dood, rasionaliseer respondente egter die dood deur te noem dat almal eendag sal sterf, hetsy MIV-positief of MIV-negatief.

9.5 Opsomming van empiriese resultate

Die verskeie temas en sub-temas wat na vore gekom het uit die navorsing, dui daarop dat die belangrikste geslagsrolle van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou verbind kan word met die voorkoms van MIV en VIGS. Direkte aanhalings vanuit die onderhouds met respondente, waardeur temas en sub-temas geïllustreer is, asook literatuur wat benut is om die bevindings van hierdie studie te ondersteun, dui verder daarop dat MIV en VIGS ook 'n invloed uitoefen op vroue se geslagsrolle. Daar bestaan dus 'n wedersydse beïnvloeding tussen MIV en VIGS en die geslagsrolle van vroue. MIV en VIGS en die geslagsrolle van vroue word ook verbind met ander verbandhoudende aspekte van hierdie geslagsrolle van die vrou soos haar kultuur. Hierdie aspekte maak dit moontlik om te let op MIV en VIGS en die geslagsrolle van vroue binne die relevante konteks. Kultuur oefen 'n deurlopende invloed uit op die ontwikkeling en aard van vroue se geslagsrolle waar dit gepaard gaan met sekere houdings, waardes, oortuigings, opinies, gedrag en norme. Laasgenoemde hou veral verband met die vrou se rolle as individuelewese, seksuelewese en huweliksmaat wat gepaard gaan met sekere kulturelepraktyke en -gebruike wat vroue se MIV-risiko verhoog. Wat die invloed van MIV en VIGS op die vrou se geslagsrolle aanbetref, blyk dit dat die vrou ernstige behoeftes beleef in die vervulling van haar rolle as moeder, versorger, broodwinner en enkelouer na aanleiding van die druk wat MIV en VIGS op hierdie rolle plaas. Daar bestaan dus ook 'n komplekse proses van wedersydse beïnvloeding tussen MIV en VIGS, kultuur en die geslagsrolle van die

vrou. Die opvolgende hoofstuk sal 'n volledige raamwerk vir kultuur-gepaste MIV- en VIGS-berading omvat wat gebaseer word op die bevindings van hierdie studie.

HOOFSTUK 10

Raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading

10.1 Inleiding

Na aanleiding van die empiriese ondersoek vir hierdie studie is 'n raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading ontwikkel waardeur hulpverlening gebied kan word aan heteroseksuele MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue. Laasgenoemde is van toepassing op hierdie vroue in stedelike, semi-landelik/stedelike en diep-plattelandsegebiede, asook vroue van alle ouderdomme. Hierdie vroue ervaar dikwels meervoudige- en komplekse probleme wat hul verskillende geslagsrolle aanbetref, wat veral met kinders, seksmaats, die gesin en familie in die algemeen verband hou. Bogenoemde raamwerk sal die maatskaplike werker, MIV-berader en ander lede van die multidissiplinêrespan asook lekeberaders voorsien van 'n omvattende beeld van die heteroseksuele MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou en verwagte probleme en behoeftes wat verband hou met haar geslagsrolle. Dit sal 'n perspektief bied op die kliënt se verlede, veral wat seksuelekontak en -patrone aanbetref, en ook fokus op probleme en behoeftes wat die kliënt tans mag ervaar binne haar geslagsrolle. Verder sal dit 'n perspektief bied op die kliënt se toekomstige behoeftes wat haar gesondheid, kinders, gesin en seksmaat aanbetref. Hierdie raamwerk sal nie chronologies volgens die fases van berading bespreek word nie, maar volgens belangrike geslagsrolle van die vrou en die moontlike behoeftes en probleme wat binne hierdie geslagsrolle ervaar word. Laastens sal die verbandhoudende aspekte van die vrou se geslagsrolle soos mishandeling van die vrou, haar kultuur, geloof, geslag, gesondheid en spesifieke beradingsbehoefte aangebied word. Die raamwerk sal bestaan uit afmerklyste, kolomme, gevallestudies en 'n aanbieding van probleme (in geel uitgelig) met aanbevelings rondom berading. Die raamwerk word aangebied op wyses wat as gepas beskou word vir die spesifieke probleme of behoeftes van die vrou en sal dus nie konsekwent deur dieselfde lyk nie.

Die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading is saamgestel sodat alle lede van die multidissiplinêrespan dit kan benut. Daar behoort in ag geneem te word

dat die beskikbare multidissiplinêrespan in afgeleë plattelandsegebiede dikwels ook lekeberaders insluit en nie noodwendig lyk soos die tradisionele multidissiplinêrespan nie. Aanbevelings rondom berading in hierdie hoofstuk is dus kort, bondig, eenvoudig en verstaanbaar sodat alle lede van die multidissiplinêrespan, insluitende lekeberaders daarvan gebruik kan maak.

Ten einde herhaling te voorkom sal daar in hierdie hoofstuk na die Noord-Sotho/Tswana-sprekende MIV-positiewe vrou verwys word as die kliënt, terwyl daar na die maatskaplike werker, MIV-berader en ander lede van die multidissiplinêrespan verwys sal word as die berader.

10.2 Biografiese profiel en gesinsamestelling

Ten einde eerstens 'n duidelike beeld van die kliënt se situasie te bekom kan die berader fokus op die biografiese profiel en gesinsamestelling.

Ouderdom:	Die meerderheid kliënte sal moontlik in hul voortplantingsjare wees wanneer hulpverlening aangevra word. Kliënte mag veral in hul laat twintiger-, dertiger- of veertiger jare wees, hoewel kliënte in hul vyftiger jare, asook in hul tienerjare dikwels berading benodig.
Posisie in gesin:	Die kliënt se posisie in die gesin sal aanduidend wees van saam met wie sy woon. Kliënte sal waarskynlik saam met 'n moeder woon en ongetroud wees, maar wel kinders hê.
Gesinstruktuur:	Die kliënt se gesin sal meestal gekenmerk word aan die afwesigheid van enige vaderfiguur, waar die kliënt self of die kliënt se moeder sal optree as hoof van die huishouding.
Aantal gesinslede:	Die kliënt se gesin bestaan waarskynlik uit gemiddeld ses of meer gesinslede, waarvan die meerderheid gesinslede bo die ouderdom van 18 jaar sal wees.

10.3 Die vrou as individuelewese

Kultuur mag veral 'n invloed uitoefen op die kliënt se psigologiese prosesse wanneer daar gelet word op die individualistiese/kollektivistiese aard van kultuur wat 'n unieke identiteit aan die kliënt mag verleen. Selfbeskrywing is van groot waarde, aangesien dit 'n belangrike agtergrond skep vir waarneming wat deur die berader benut kan word tydens die aanvangsfase van berading. Die berader kan van die volgende riglyn gebruik maak om te bepaal of daar 'n sterker kollektiewe of individuele-identiteit by die kliënt na vore tree.

Sterker kollektiewe-self van die kliënt	Sterker individuele-self van die kliënt
Die kliënt vereenselwig haar identiteit met:	
Haar betrokkenheid in haar gemeenskap, organisasies en groepe.	Haar eie self-geluk.
Haar liefde en respek vir haar medemens.	Die voorkoms van MIV en VIGS by die kliënt self.
Haar vermoë om na haar kinders en gesin om te sien.	'n Strewe om haar eie gesondheid te onderhou en haar vermoë om na haarself om te sien.
Haar betrokkenheid in die verspreiding van MIV-verbandhoudende inligting.	Haar vermoë om uitdagings in haar lewe aan te spreek.

Die berader mag dus selfbeskrywing benut as 'n nie-konfronterende wyse waardeur daar byvoorbeeld op die kliënt se psigologiese prosesse gelet kan word, of om te bepaal watter ondersteuningsnetwerke tot die kliënt se beskikking is waarmee die kliënt gemaklik sal voel. Waar die kliënt op MIV reageer as bedreiging deurdat 'n sterk individuele-self na vore tree, mag dit vir die berader 'n aanduiding wees van die wyses waarop die kliënt uitdagings wat verband hou met haar rolle as seksuelewese, moeder, versorger, broodwinner, enkelouer of huweliksmaat sal aanspreek in die konteks van MIV en VIGS. Die kliënt se selfbeskrywings mag moontlik daarop dui dat die kliënt die *self* verbind tot in-groepe, wat meer algemeen voorkom in kollektivistiese kulture, tog sal die kliënt haarself dikwels ook as skaam beskryf. Laasgenoemde hou byvoorbeeld weer verband met hoe vroue respek behoort te toon in die Afrika-kultuur deur skaam, eerbiedig en terughoudend op te tree. Die kliënt se selfbeskrywing sal ook vir die berader aanduidend wees van die kliënt se selfkonsep, funksionering, welstand en kenmerkende styl wat benut kan word om die kliënt se behoeftes aan te spreek tydens berading. Hierdie behoeftes sal ook meer duidelik verstaan word deur die berader wanneer die vrou se geslagsrolle binne die konteks van haar spesifieke kultuur gesien word.

In samehang met die kliënt se selfbeskrywing, mag die kliënt se belangrikste prioriteite in haar lewe vir die berader dien as wyse van eksplorering, waar die kliënt se behoeftes binne die breër konteks gesien kan word. Die kliënt mag moontlik haar prioriteite soos volg rangskik in orde van belang, wat vir die berader 'n aanduiding mag wees van die kliënt se belangrikste behoeftes:

1	Om 'n inkomste te hê.
2	Kinders en gesin.
3	Die kliënt se gesondheid.
4	Om ander bewus te maak van die gevare van MIV en VIGS.

Wanneer die berader dus hulpverlening bied aan MIV-positiewe vroue, mag die siekte opsigself byvoorbeeld van minder belang wees vir die kliënt, as haar daadwerklike ekonomiese behoeftes. 'n Lys van die kliënt se belangrikste prioriteite mag tweedens aanduidend wees van sekere bekommernisse en vrese wat die kliënt ervaar, en wat vir die berader reeds tydens die aanvangsfase van berading, probleemareas sal aandui wat aangespreek behoort te word.

10.4 Die vrou as seksuelewese

Hierdie afdeling word in twee hoofdele opgedeel. Daar sal eerstens gelet word op die kliënt as seksuelewese deur te kyk na eerste seksuelekontak ten einde die berader te voorsien van inligting rondom die kliënt se risiko vir MIV en VIGS. Laasgenoemde is veral relevant wanneer hulpverlening gebied word aan jong vroue wat nog nie vir lank seksueel-aktief is nie en voortoets-berading ontvang. Dit mag ook van groot waarde wees om jong vroue wat nog glad nie seksueel-aktief is nie, se moontlike toekomstige MIV-risiko's te identifiseer. Deur op eerste seksuelekontak te let word die berader dus van meer insig voorsien van die risiko-situasie waarin jong vroue hulself bevind. Daar sal tweedens gelet word op die kliënt se huidige benaderings tot seksualiteit, asook risiko's wat steeds beleef word rondom die kliënt se gesondheid.

Die berader behoort die volgende in ag te neem met betrekking tot eerste seksuele-omgang en die kliënt se risiko vir MIV en VIGS:

Ouderdom:	Eerste seksuele-omgang kan relatief jonk voorkom en die kliënt kan so jonk as 15 jaar wees.
Tipe seksuele-omgang:	Die kliënt sal waarskynlik vaginale omgang hê tydens eerste seksuele-omgang en ander vorme van seksuele-omgang sal selde voorkom.
Voorbehoedmiddel-gebruik:	Die kliënt sal moontlik nie van kondome of enige ander vorms van voorbehoedmiddels gebruik maak tydens eerste seksuele-omgang nie.
Kennis:	Die kliënt se kennis van swangerskap, seksueeloorraagbare infeksies en MIV en VIGS sal waarskynlik beperk wees tydens eerste seksuele-omgang.

10.4.1 Seksuele-opvoeding in die gesin van herkoms

Kommunikasie rondom seksuele-omgang tussen die kliënt en haar gesin van herkoms mag vir die berader 'n aanduiding wees van watter inligting tot die kliënt se beskikking is, asook die mate van seksuele taboes wat in die gesin van herkoms, en dus die kliënt se kultuur voorkom. Die gesin van herkoms sal om verskeie redes nie met die kliënt oor seksuele-omgang praat nie. Die berader kan hier van die volgende riglyn gebruik maak:

Redes vir beperkte inligting rondom seksuele-omgang in die gesin van herkoms en aanbevelings rondom berading:
’n Tekort aan inligting rondom seks in die gesin van herkoms.
<ul style="list-style-type: none"> • ’n Blote tekort aan seksuele inligting sal die berader toelaat om op ’n verstaanbare en praktiese wyse die nodige inligting aan die gesin van herkoms oor te dra, deur te bepaal watter tekortkominge daar rondom seksuele inligting bestaan. • Openlikheid en eerlikheid van ouers met hul kinders behoort aanbeveel te word in die oordra van hierdie inligting, terwyl ouers ook duidelike insig behoort te ontwikkel van waarom openlikheid en eerlikheid met hul kinders van groot waarde sal wees.
Die kliënt het saam met bejaardes groot geword.
<ul style="list-style-type: none"> • Bejaardes kan benut word om seksuele inligting oor te dra indien hul gewillig is. Daar mag egter ’n mate van angstigheid by bejaardes in meer tradisionele kulture bestaan hieroor. Dit is van belang dat indien bejaardes nie hierdie inligting self wil oordra nie, hul wel positiewe houdings behoort te ontwikkel teenoor die oordra van hierdie inligting, en dus moet verstaan waarom hierdie inligting van groot waarde sal wees vir die kliënt. • Andersins behoort daar bepaal te word watter ander familieledede bereid sal wees om seksuele inligting oor te dra byvoorbeeld ’n tante of niggie.
Kultuur weerhou ouers daarvan om met hul kinders oor seks te praat.
<ul style="list-style-type: none"> • In meer tradisionele kulture mag seksualiteit en seksopvoeding bots met die ouers se selfrespek om oor hierdie aspekte te praat. • Bepaal dus op watter wyses en deur wie seksuele-opvoeding tradisioneel onderneem is binne die spesifieke kultuurgroep, en maak gebruik van hierdie netwerke om relevante seksuele inligting te versprei. • Die berader behoort veral te fokus op die ontwikkeling van ouers se positiewe houding teenoor die oordra van hierdie inligting aan die kliënt.

Indien daar wel in die gesin van herkoms met die kliënt oor seks gepraat word, sal inligting wat oorgedra word vaag wees en sal die kliënt steeds nie verstaan wat seksuele-omgang impliseer nie. Vir ’n jong vrou wat geen begrip het van wat seksuele-omgang impliseer nie, sal kort stellings rondom seksuele-omgang, kondome en swangerskap waarvan die kliënt slegs ’n vae begrip het, geen waarde hê nie. Waar die kliënt glad nie bewus is van wat seksuele-omgang impliseer nie, kan daar verwag

word dat voorkomende gedrag rondom MIV en VIGS, seksueeloordraagbare infeksies en swangerskap nie geïnisieer sal word nie. Die berader kan van die volgende riglyn gebruik maak om laasgenoemde aan te spreek:

Onvoldoende inligting wat deur die gesin van herkoms oorgedra word en aanbevelings rondom berading:
Moenie haastig wees om seksueel-aktief te raak nie.
<ul style="list-style-type: none"> • Ouers behoort openlik met kinders te praat oor wat seksuele-omgang impliseer en relevante redes aan te voer vir waarom kinders nie haastig moet wees om seksueel-aktief te raak nie, soos die voorkoms van seksueeloordraagbare infeksies, MIV en VIGS, servikale- en baarmoeder kanker, infertiliteit, stigma en hul reputasie. • Die bespreking van belangrike ontwikkelingsfases mag ook aan beide die ouers en adolessente meer insig bied van waarom kinders nie haastig hoef te wees om seksueel-aktief te raak nie.
Jy sal swanger raak as jy seksuele-omgang het.
<ul style="list-style-type: none"> • Ouers behoort die voortplantingsproses op 'n verstaanbare wyse aan kinders te verduidelik sodat kinders hul risiko vir swangerskap en veral die gevolge van swangerskap sal verstaan.
Jy moet van 'n kondoom gebruik maak as jy seksuele-omgang het.
<ul style="list-style-type: none"> • Kondoomgebruik behoort as belangrike vorm van beskerming teen MIV en VIGS asook seksueeloordraagbare infeksies en swangerskap aan kinders verduidelik te word. • 'n Praktiese demonstrasie of visuele voorstellings mag benodig word sodat kinders verstaan hoe kondoomgebruik dien as 'n fisieke versperring teen MIV en VIGS, seksueeloordraagbare infeksies en swangerskap. • Dit is veral van belang dat kinders verstaan dat slegs seksueleweerhouding en kondoomgebruik MIV en VIGS kan voorkom.
Jy moet 'n kliniek besoek om swangerskap te voorkom as jy seksuele-omgang het.
<ul style="list-style-type: none"> • Ouers behoort aan kinders te verduidelik watter inligting en dienste by klinieke beskikbaar is, en dat kinders moonlik in die toekoms van hierdie dienste gebruik sal maak wanneer hul byvoorbeeld later sal besluit om seksueel-aktief te raak of swangerskappe wil beplan. • Ander dienste wat deur klinieke gelewer word soos MIV-toetsing en -berading sowel as die behandeling van seksueeloordraagbare infeksies behoort ook aan kinders oorgedra te word.

Ouers behoort ten spyte van kulturele beperkings te poog om so openlik en eerlik as moontlik met hul kinders oor seksuele-omgang te praat. Laasgenoemde mag die kliënt ook toelaat om 'n veilige omgewing te skep waarin relevante inligting rondom seksuele-omgang later deur haar aan haar eie kinders oorgedra kan word, en sodoende 'n siklus van beperkte inligting rondom seksuele-omgang in haar kultuur te verbreek.

Een van die gevolge van die tekort aan enige inligting rondom seksuele-omgang in die gesin van herkoms is dat die kliënt eers tydens eerste seksuele-omgang uitvind wat dit impliseer. Hierdie ervaring mag as traumaties, negatief of skokkend deur die kliënt beskryf word. Die volgende verloop van gebeure of sommige van hierdie gebeure kan verwag word tydens eerste seksuele-omgang, en adolessente in meer tradisionele kulture word moontlik veral hieraan blootgestel:

Die man sal waarskynlik ouer en seksueel meer ervare wees as die kliënt.	✓
Daar sal moontlik geen voorspel wees om die kliënt seksueel aan te wakker nie.	✓
Daar sal moontlik aan die kliënt gevra word om op die bed te gaan lê en haar bene oop te maak.	✓
Aangesien penetrasie onverwags is mag dit skokkend voorkom vir die kliënt.	✓
Penetrasie mag pynlik wees as gevolg van 'n tekort aan enige lubrikasie.	✓
Bloeding wat na aanleiding van eerste seksuele-omgang deur die kliënt ervaar word, mag die kliënt bevrees laat dat sy beseer is.	✓

In die afwesigheid van kondoomgebruik is bogenoemde veral belangrik waar die ouer seksmaat meer seksuele-ervaring het, en dus 'n groter kans staan om MIV-positief te wees, terwyl die tekort aan enige voorspel en dus lubrikasie, aanleiding mag gee tot skeuring by die kliënt, en haar kans om MIV op te doen sodoende sal verhoog. Bogenoemde verloop van gebeure is dus 'n belangrike aanduiding van die kliënt se verhoogde risiko vir MIV-infektering tydens eerste seksuele-omgang.

Ander belangrike faktore wat in ag geneem behoort te word in die aanloop tot eerste seksuele-omgang, en ook bydraend mag wees tot die kliënt se verhoogde MIV-risiko sluit die volgende in:

Eerste seksuele-omgang of die verlies aan maagdelikheid kan saam met 'n seksmaat plaasvind wat die kliënt daardie selfde dag ontmoet het of vir so lank as 1-2 weke of maande ken.	✓
Min kliënte sal vir 'n jaar of meer saam met 'n seksmaat wees voordat eerste seksuele-omgang voorkom.	✓
Indien <i>lobola</i> en 'n tradisionele huwelik in die vooruitsig is vir die kliënt, mag die ouers of familie druk op die kliënt uitoefen om seksuele-omgang met haar toekomstige man te hê.	✓
Mans wat <i>lobola</i> kan bekostig is dikwels baie ouer as die kliënt en word deur die ouers en nie die kliënt self gekies nie.	✓

Waar kondoomgebruik selde mag voorkom tydens eerste seksuele-omgang, verhoog dit nie alleenlik die kliënt se risiko vir MIV en VIGS nie, maar ook vir swangerskap

en seksueeloor draagbare infeksies. Daar word dan vervolgens meer omvattend gelet op kondoomgebruik tydens eerste seksuele-omgang.

10.4.2 Kondoomgebruik tydens eerste seksuele-omgang

Die kliënt sal waarskynlik nie van kondome gebruik maak tydens eerste seksuele-omgang nie, aangesien sy nie ingelig sal wees rondom kondoomgebruik nie, en ook nie bewus sal wees van haar risiko vir MIV en VIGS tydens eerste seksuele-omgang nie. Laasgenoemde is aanduidend daarvan dat inligting rondom kondoomgebruik die kliënt vroegtydig moet bereik, en mag ook aanduidend wees van die belangrike rol wat gemeenskapswerkers hierin mag speel. Kondoomgebruik sal om die volgende redes moontlik nie tydens eerste seksuele-omgang voorkom nie:

Redes vir tekort aan kondoomgebruik tydens eerste seksuele-omgang en aanbevelings rondom berading:
Die kliënt het nie geweet van die bestaan van kondome nie en nog nooit voorheen daarvan gehoor nie, of die kliënt het nie geweet hoe kondome werk nie omdat inligting rondom kondoomgebruik beperk was.
<ul style="list-style-type: none"> • Ouers, skole, klinieke (asook mobiele klinieke), hospitale en die media behoort veral in afgesonderde- of plattelandsegebiede benut te word om inligting rondom kondoomgebruik beskikbaar te stel. • 'n Praktiese demonstrasie van kondoomgebruik asook inligting rondom die voordele van kondoomgebruik sal hier van belang wees vir die kliënt.
Kondome was nie beskikbaar vir die kliënt nie.
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluering van beskikbare dienste en verskaffers van kondome in die kliënt se gemeenskap mag van die berader vereis word ten einde die kliënt in te lig van waar kondome vrylik in haar gemeenskap beskikbaar is. • Hierdie inligting kan by skole of deur middel van die media soos 'n gewilde plaaslike radiostasie of koerant versprei word.
Die kliënt was oortuig dat kondome slegs deur Wittes gebruik word.
<ul style="list-style-type: none"> • Alle mites rondom kondoomgebruik behoort aangespreek te word deur veral die kliënt se oortuigings en houdings rondom kondoomgebruik met haar te bespreek, en sodoende mites rondom kondoomgebruik uit die weg te ruim. • Daar kan veral gefokus word op oortuigings en houdings rondom kondoomgebruik wat in meer tradisionele kulture onderhou word ten einde mites rondom kondoomgebruik te identifiseer en aan te spreek.
'n Seksmaat het die kliënt oortuig om nie van kondome gebruik te maak nie.
<ul style="list-style-type: none"> • Die bemagtiging van adolessente en jong vroue deur middel van die voorsiening van relevante inligting en -dienste mag die kliënt help om ingeligte besluite te neem rondom veilige seksuele-omgang. • Die kliënt behoort die nadele van onveilige seksuele-omgang te kan opweeg teen die voordele wat kondoomgebruik vir beide haar en haar seksmaat sal inhou, en ook hierdie inligting aan haar seksmaat te kan oordra.

Die kliënt se eerste kennismaking met inligting rondom kondome sal by klinieke, hospitale en skole plaasvind en tot 'n mindere mate deur middel van die media. Waar die kliënt inligting rondom kondome by klinieke of hospitale bekom, word klinieke en hospitale meestal deur die kliënt besoek om ander redes as MIV-voorkoming en inligting rondom kondoomgebruik. Inligting wat hier oorgedra word sal ook nie altyd volledig wees of later prakties toegepas kan word deur die kliënt nie, en nie op enige wyse kan voorsien dat kondome saam met seksmaats gebruik sal word nadat inligting deurgegee is nie. Aangesien alle kliënte aan skoolopleiding blootgestel word, mag skole 'n belangrike rol speel in die oordra van inligting rondom kondoomgebruik. Waar die kliënt reeds op skool bewus gemaak word van kondome sal daar waarskynlik steeds nie tydens eerste seksuele-omgang van kondome gebruik gemaak word nie. Verskeie redes kan hiervoor aangevoer word waarvan die volgende die belangrikste is:

Inligting rondom kondoomgebruik in skole en aanbevelings rondom berading:
Inligting rondom kondoomgebruik wat by skole oorgedra word is vaag en onvolledig.
<ul style="list-style-type: none"> • Inligting rondom kondoomgebruik behoort die kliënt te bemagtig om kondoomgebruik met werklike gesondheidsvoordele te assosieer, asook die praktiese toepassing daarvan. • Skoolprogramme behoort dus te fokus op die oordra van volledige inligting rondom kondoomgebruik wat ook gepaard gaan met insigontwikkeling by die kliënt. • Bogenoemde mag 'n evaluering van die kliënt se taal, ouderdom en begripsvermoë vereis.
Inligting gaan nie gepaard met praktiese toepassing soos om te leer hoe om 'n kondoom te gebruik nie.
<ul style="list-style-type: none"> • 'n Praktiese demonstrasie van kondoomgebruik en visuele voorstelling kan benut word. • Die kliënt kan verder byvoorbeeld toegelaat word om 'n kondoom te hanteer en self oor 'n objek te trek.
Inligting rondom kondoomgebruik by skole word dikwels te laat oorgedra en eerste seksuele-omgang het dan reeds plaasgevind.
<ul style="list-style-type: none"> • Inligting rondom kondoomgebruik by skole behoort oorgedra te word op die ouderdom voordat eerste seksuele-omgang plaasvind. • Die bepaling van hierdie ouderdom sal dus van groot waarde wees en skoolprogramme behoort ondersoek in te stel hierna.
Inligting by skole gaan nie gepaard met die beskikbaarheid van kondome nie. Die kliënt mag byvoorbeeld haar eerste inligting rondom kondoomgebruik by die skool ontvang het, maar sal waarskynlik haar eerste kondoom by 'n kliniek kry.
<ul style="list-style-type: none"> • Skole kan kondome voorsien deur middel van 'n skoolverpleegster of gesondheidswerker wat verdere voorligting kan bied met die aanvraag vir kondome, en die kliënt kan inlig van waar kondome vrylik in haar gemeenskap beskikbaar is en hoe om kondome te gebruik. Seksuele weerhouding tot op 'n latere ouderdom kan moontlik ook hier met die kliënt bespreek word.

Waar die kliënt inligting rondom kondoomgebruik deur middel van die media byvoorbeeld TV en radio bekom, mag die kliënt meer gemotiveerd wees om van kondome gebruik te maak, hoewel dit nie kondoomgebruik tydens eerste seksuele-omgang verseker nie. Laasgenoemde motivering hou egter verband met die inisiatief wat deur die kliënt geneem word om self kondome te gaan koop en die gepaardgaande inligting te lees ten einde te weet wat die funksie van kondome is en hoe om 'n kondoom te gebruik. Dit blyk dat meervoudige boodskappe in die media 'n belangrike invloed mag uitoefen om die kliënt te motiveer om gesondheidsbevorderende gedrag te inisieer. Laasgenoemde impliseer egter dat toegang tot radio, TV en ander vorme van media vir die kliënt beskikbaar moet wees.

Indien kondoomgebruik wel sou voorkom tydens eerste seksuele-omgang sal die kliënt se seksmaat meestal die party wees wat kondoomgebruik voorstel. Die kliënt sal moontlik nie self kondoomgebruik voorstel nie, wat demonstreer dat mans wel meer mag het in seksuelebesluitneming as vroue, aangesien die kliënt se seksmaats die besluit rondom kondoomgebruik beïnvloed. Indien die kliënt se seksmaat egter geen inligting rondom kondoomgebruik het nie, en die algemene negatiewe houdings rondom kondoomgebruik onderhou, sal kondoomgebruik waarskynlik nie voorkom nie.

10.4.3 Risiko vir swangerskap tydens eerste seksuele-omgang

Vir die kliënt wat bewus is van die risiko vir swangerskap tydens eerste seksuele-omgang, sal risiko-gedrag moontlik steeds voorkom en gee eerste seksuele-omgang dikwels aanleiding tot swangerskap.

Redes vir onveilige seksuele-omgang ten spyte van die kliënt se bewustheid vir die risiko van swangerskap en aanbevelings rondom berading:
Die kliënt was van plan om 'n kliniek te besoek, maar eerste seksuele-omgang het voorgekom voordat die kliënt die kliniek kon besoek.
<ul style="list-style-type: none"> • Besluitneming en beplanning voordat eerste seksuele-omgang plaasvind kan slegs bewerkstellig word indien die kliënt blootgestel word aan inligting wat haar toelaat om 'n ingeligte besluit te neem ten opsigte van veilige seksuele-omgang. • Die moontlikheid van swangerskap na aanleiding van eerste seksuele-omgang, asook die gevolge van swangerskap op 'n jong ouderdom, soos vroeë skoolverlating, werkloosheid en armoede behoort ook aan die kliënt oorgedra te word.
Die kliënt was oortuig dat 'n vrou veel ouer moet wees vir swangerskap om voor te kom.

- Mites rondom swangerskap behoort reeds saam met seksvoorligting aangespreek te word.
- Mites wat in meer tradisionele kulture of die kliënt se gemeenskap voorkom behoort geïdentifiseer te word en met die korrekte inligting vervang word.
- Hierdie inligting behoort die biologiese- en voortplantingsprosesse op 'n verstaanbare wyse aan die kliënt oor te dra ten einde die risiko vir swangerskap te verstaan. Dit mag veral van waarde wees dat die kliënt bewus gemaak word daarvan dat die voorkoms van menstruasie impliseer dat die kliënt wel kan swanger raak. Die kliënt behoort dus die verband tussen menstruasie en vrugbaarheid te verstaan.

Die kliënt het nie swangerskap gevrees nie, aangesien sy van plan was om met haar seksmaat te trou.

- Inligting rondom die beplanning van swangerskappe is ook relevant vir die kliënt wat beplan om in die huwelik te tree.
- Redes vir waarom swangerskappe beplan behoort te word kan met die kliënt bespreek word, en behoort veral in die konteks van MIV en VIGS bespreek te word.

Onkunde en 'n tekort aan insig speel hier 'n belangrike rol, aangesien die inligting rondom swangerskap waaroor die kliënt beskik en die gevolge wat swangerskap vir die kliënt se toekoms inhou, nie bymekaar uitgebring word nie. Laasgenoemde mag ook gekoppel word aan kulturele waardes waar die voorkoms van swangerskap, selfs onder ongetroude kliënte meer aanvaarbaar is in hul kultuur. Die kliënt mag ook oortuigings onderhou soos dat seksuele-omgang iets is wat gedoen word vir pret of as tydverdryf, en nie as 'n aksie met sekere gevolge nie.

10.4.4 Risiko vir MIV en seksueeloordraagbare infeksies tydens eerste seksuele-omgang

Verskeie redes of 'n kombinasie van redes word deur die kliënt aangevoer vir waarom sy tydens eerste seksuele-omgang onbewus was van haar risiko vir MIV en VIGS en ander seksueeloordraagbare infeksies. Die redes vir die kliënt se tekort aan inligting rondom spesifiek MIV en VIGS sluit die volgende in:

Geen inligting rondom MIV en VIGS was beskikbaar vir die kliënt nie.	✓
Waar die kliënt boodskappe rondom MIV en VIGS teëgekom het, het sy nie die inligting verstaan nie.	✓
Waar die kliënt wel bewus was van seksueeloordraagbare infeksies, was sy nie bewus dat MIV ook 'n seksueeloordraagbare infeksie is wat deur middel van seksuele-omgang oorgedra kan word nie.	✓

Vir die kliënt wat wel bewus is van MIV en VIGS mag ontkenning van die siekte ook om die volgende redes voorkom:

Die kliënt glo nie dat sy MIV en VIGS kan opdoen nie. Die moontlikheid van MIV-infeksie is dus nie 'n realiteit vir die kliënt nie.	✓
Die kliënt glo dat slegs vroue wat promisku is MIV en VIGS sal opdoen.	✓
Die kliënt glo nie dat daar so iets soos MIV en VIGS bestaan nie, selfs al het sy al daarvan gehoor.	✓

Die kliënt se risiko om MIV op te doen hou hier veral verband met 'n tekort aan relevante kennis en -inligting tydens eerste seksuele-omgang, die tekort aan insig van beskikbare inligting, asook geen of lae persoonlike kwesbaarheid en ontkenning van die siekte.

Die kliënt sal waarskynlik vir die eerste keer kennis maak met inligting rondom seksueeloorloordraagbare infeksies en MIV en VIGS deur kontak met klinieke of hospitale of deur middel van die media. Die kliënt kan ook tot 'n mindere mate kennis maak met inligting rondom seksueeloorloordraagbare infeksies en MIV en VIGS deur skole, kennisse of vriende of familieledes wat hierdeur geaffekteer word. Wat hospitale en klinieke aanbetref mag die kliënt eers tydens MIV-toetsing uitvind wat MIV en VIGS is, wat aanduidend is van die kliënt se onkunde ten opsigte van die siekte.

Waar alle kliënte blootgestel word aan skoolopleiding, mag skole 'n belangrike rol speel in die verspreiding van MIV- en VIGS-verbandhoudende inligting. By skole kan die volgende verwag word rondom beskikbare MIV- en VIGS-inligting:

Beskikbare inligting rondom MIV en VIGS by skole en aanbevelings rondom berading:	
Inligting rondom MIV en VIGS wat by skole aangebied word, sal nie deur die kliënt beskou word as van toepassing op haarself nie.	
<ul style="list-style-type: none"> • Die kliënt se reaksie op hierdie inligting behoort veral met insigontwikkeling verband te hou ten einde van toepassing te wees op die kliënt. • Die kliënt se persepsie van die werklikheid is dus hier van belang ten einde 'n begrip te ontwikkel van haar persoonlike kwesbaarheid vir MIV en VIGS. 	
Die kliënt mag inligting rondom MIV en VIGS wat by skole aangebied word met suspisie bejeën, aangesien sy nog nooit iemand met MIV en VIGS gesien het nie as gevolg van geheimhouding in haar gemeenskap.	
<ul style="list-style-type: none"> • Daar kan byvoorbeeld van 'n MIV-positiewe gastespreker vanuit die kliënt se gemeenskap gebruik gemaak word om aan die kliënt te verduidelik dat daar wel persone met MIV in haar gemeenskap is, en dat hierdie persone met MIV gesond mag voorkom. • Die bespreking van die tydsvertraging wat verband hou met die voorkoms van die siekte en latere simptome van die siekte sal dus van waarde wees vir die kliënt. 	

Inligting rondom MIV en VIGS mag te gekompliseerd vir die kliënt voorkom om dit werklik te verstaan.

- Die kliënt se ontwikkelingsfase, woordeskat, taal en begripsvermoë behoort hier in ag geneem te word.
- Visuele voorstellings van MIV en VIGS mag veral relevant wees, terwyl kondoomgebruik as enigste fisieke versperring teen MIV en VIGS ook hier verduidelik kan word.

Inligting rondom MIV en VIGS word by skole veralgemeen en op so wyse oorgedra dat die kliënt nie ingelig word dat dit lewensgevaarlik mag wees om MIV en VIGS op te doen nie.

- MIV-infeksie en -sterftesyfers wat verband hou met die kliënt se ouderdomsgroep en gemeenskap/gebied/provinsie kan aan die kliënt oorgedra word.
- Visuele voorstellings soos foto's van die simptome wat by VIGS-pasiënte voorkom voor sterfte, mag die kliënt help om te verstaan dat die siekte wel lewensgevaarlik is.
- Gastesprekers wat gesins- of familielede aan VIGS afgestaan het, mag ook bydra om die kliënt bewus te maak van hoe lewensgevaarlik MIV en VIGS wel is en watter gevolge dit vir die kliënt self, haar gesin en gemeenskap mag inhou.

Wat inligtingverspreiding rondom MIV en VIGS deur middel van die media aanbetref blyk dit dat spesifiek radio as media vorm nie effektief is in die oordra van inligting rondom MIV en VIGS aan die kliënt nie. Laasgenoemde mag moontlik verband hou met 'n tekort aan visuele materiaal waardeur MIV en VIGS voorgestel kan word op wyses wat deur die kliënt verstaan word. Waar die kliënt kennis maak met MIV en VIGS deurdat 'n vriendin of familielid self geïnfekteer is, mag die kliënt moontlik steeds nie die kennis/inligting rondom MIV en VIGS toepas nie. Daar blyk 'n gaping te bestaan tussen beskikbare inligting rondom MIV en VIGS en die praktiese toepassing van hierdie inligting deur die kliënt. Laasgenoemde mag moontlik in verband gebring word met die kliënt se persepsie van lae persoonlike kwesbaarheid wat aanleiding gee daartoe dat die nodige voorsorgmaatreëls nie getref word nie.

10.4.5 Toepassing van druk tydens eerste seksuele-omgang

Hoewel die kliënt uit vrye wil seksueel-aktief mag raak, bestaan daar ook 'n kans dat die kliënt blootgetel sal word aan druk om seksueel-aktief te raak. Die belangrikste vorme van druk om seksueel-aktief te raak sluit die volgende in:

Vorme van druk wat op die kliënt toegepas word om seksueel-aktief te raak en aanbevelings rondom berading:

'n Seksmaat oefen druk op die kliënt uit om seksueel-aktief te raak deur die onkundige kliënt se tekort aan inligting rondom die gevolge van onbeskermdde seksuele-omgang uit te buit, of deur die kliënt se vrees om haar seksmaat te verloor uit te buit, indien sy



nie sou toegee tot seksuele-omgang nie.

- Kulturele-aspekte soos manlike dominansie en manlike benaderings tot seksualiteit behoort hier in ag geneem te word en ook met die kliënt bespreek te word.
- Bemagtiging van die kliënt sal van groot waarde wees en behoort reeds in die gesin van herkoms te begin waar ouers die kliënt van relevante seksuele inligting voorsien. In meer tradisionele kulture mag daar negatiewe houdings bestaan teenoor die bemagtiging van vroue, maar behoort bemagtiging ook oorgedra te word as wyse waardeur die vrou se lewenskwaliteit en -duur verbeter sal word.
- Die kliënt kan verder bemagtig word deur te fokus op verbeterde selfbeeld waardeur die kliënt ook beter onderhandelingsvaardighede kan ontwikkel, wat mag aanleiding gee tot positiewe besluitneming rondom seksuelegedrag.
- Bemagtiging sal verder verband hou met die beskikbaarheid van MIV-verbandhoudende inligting en -dienste waardeur die nodige middels tot veilige seksuele-omgang beskikbaar gestel kan word aan die kliënt.

Vriende oefen druk op die kliënt uit om seksueel-aktief te raak deur afbrekende opmerkings te maak rondom die kliënt se maagdelikheid of enkelskap, of oefen druk op die kliënt uit om seksueel-aktief te raak om as deel van die groep aanvaar te word.

- Die beskikbaarheid van positiewe rolmodelle soos ouers en onderwysers mag hier van groot waarde wees vir die kliënt.
- Die kliënt behoort aangemoedig te word en vrymoedig te voel om groepsdruk met rolmodelle te bespreek voordat enige besluite geneem word.
- Die kliënt behoort bewus gemaak te word dat die doelwitte van die groep en dié van die kliënt in konflik verkeer met mekaar.
- Die kliënt se persepsie en insig rondom positiewe- en negatiewe gedrag is dus hier veral van belang.
- Die ontwikkeling van die kliënt se leierskapsvaardighede asook 'n goeie selfbeeld, mag die kliënt verder bemagtig om negatiewe groepsdruk teen te staan.

Familieede oefen druk op die kliënt uit om seksueel-aktief te raak sodat 'n seksmaat finansiële na haar kan omsien waar die familie nie oor die vermoë beskik om na die kliënt om te sien nie.

- Waar die minderjarige kliënt geforseer word om seksueel-aktief te raak ter wille van finansiële bystand van 'n seksmaat, behoort kontakinsligting rondom beskikbare maatskaplikedienste beskikbaar gestel te word by skole, klinieke, hospitale en deur die media.
- Die maatskaplike werker beskik oor die nodige kennis en hulpbronne om die kliënt by te staan deurdat die korrekte stappe gevolg word in die hulpverleningsproses.
- Dit mag hier voordelig wees vir die kliënt om tydelik in pleegsorg of 'n kindershuis geplaas te word, totdat die kliënt se gesin en familie weer finansiële na haar kan omsien.

Kultuur plaas druk op die kliënt om seksueel-aktief te raak deurdat daar van die kliënt verwag word om seksuele-omgang te hê met haar toekomstige man, selfs waar dit teen die kliënt se wil is. Laasgenoemde druk kom veral voor wanneer *lobola* betaal word.

- Tradisionele benaderings en -praktyke behoort altyd deur die berader gerespekteer te word.
- Die PEN-model kan egter benut word om hier die kliënt se risiko vir swangerskap, seksueeloordraagbare infeksies en MIV en VIGS te bepaal.

- Hierdie risiko's kan met die kliënt se familie bespreek word.
- MIV-toetsing en gesinsbeplanning vir die betrokke paar kan aangemoedig word, terwyl die kliënt se gevoelens rondom *lobola* en 'n toekomstige huwelik ook in ag geneem behoort te word.

Kultuur plaas druk op die kliënt om seksueel-aktief te raak waar die kliënt in haar kultuur wil bewys dat sy soos ander vroue ook kinders kan voortbring, en dus vrugbaar is.

- Die gevolge van swangerskap, veral wat die jong kliënt aanbetref kan hier met die kliënt bespreek word.
- Die kliënt behoort veral aangemoedig te word om skoolopleiding te voltooi ten einde gunstige finansiële omstandighede te skep vir wanneer swangerskap beplan word.
- Die kliënt behoort ook ingelig te word van die voortplantingsjare waarin sy steeds kinders sal hê, en daarom nie haastig hoef te wees om haar vrugbaarheid in haar kultuur te bewys nie.
- Dit sal van groot waarde wees vir die kliënt om tot insig gebring te word van wat benodig word en as ideaal beskou word op finansiële- en emosionele vlak ten einde kinders in 'n gepaste omgewing groot te maak.

10.4.6 Huidige gevoelens rondom seks

Die kliënt mag seks tans as negatief ervaar om die volgende redes:

Redes vir die kliënt se huidige negatiewe ervaring van seks en aanbevelings rondom berading:

Wanneer die kliënt seksuele-omgang het herinner dit haar aan haar kinders wat self eendag MIV en VIGS kan opdoen as gevolg van seksuele-omgang.

- Hierdie aspek mag veral deur die berader benut word om die ouer aan te moedig om vir persoonlike redes asook vir die seksuele-opvoeding van haar kinders, hieroor met die berader te gesels. Die kliënt sal gemoedsrus vind deur die oordra van relevante seksuele- en MIV-verbandhoudende inligting wat haar kinders kan bemagtig vir die toekoms, terwyl die kliënt self deur middel hiervan ook haar eie negatiewe gedagtes en vrese tydens seksuele-omgang kan leer verwerk.

Wanneer die kliënt seksuele-omgang het voel sy skuldig, aangesien sy haar kinders afraai om seksueel-aktief te raak, terwyl sy self seks beoefen.

- Die kliënt behoort gerus gestel te word dat dit haar reg is om veilige seksuele-omgang te beoefen sonder enige skuldgevoelens.
- Verder behoort sy in haar rolle as moeder en versorger aangemoedig te word om haar kinders af te raai om nie jonk seksueel-aktief te raak nie, en hul te voorsien van die relevante inligting rondom hierdie kwessies.

Wanneer die kliënt seksuele-omgang het voel sy berou omdat seksuele-omgang die wyse is waarop sy MIV opgedoen het, terwyl die voorkoms van MIV as seksueeloordraagbare infeksie die kliënt emosioneel ontnem het van alle plesier wat seksuele-omgang voorheen gebied het.

- Insigontwikkeling by die kliënt is hier van belang deur die kliënt se skuldgevoelens en berou, en die grondigheid daarvan saam met die kliënt te ondersoek.
- Die verbalisering van hierdie skuldgevoelens en berou asook reflektoring mag die kliënt instaatstel om die verband tussen MIV en VIGS en seksuele-omgang in

<p>perspektief te plaas, en sodoende die skuldgevoelens en berou te verwerk.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die kliënt behoort weer eens herinner te word dat sy die reg het om veilige seksuele-omgang saam met haar seksmaat te geniet.
<p>Die kliënt glo dat om seksuele-omgang te hê haar vinniger sal laat siek word, en sien seksuele-omgang as gevaarlik waar dit met MIV en VIGS geassosieer word.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Daar behoort aan die kliënt verduidelik te word dat slegs onveilige seksuele-omgang aanleiding sal gee tot MIV-herinfeksie, wat haar vinniger sal laat siek word. • Onveilige seksuele-omgang behoort hier in die konteks van MIV en VIGS bespreek te word waar die kliënt ingelig moet word dat slegs kondoomgebruik as fisieke versprerring dien teen die oordra van MIV en MIV-herinfeksie vir seksueel aktiewe individue, en geen ander voorbehoedmiddels hierdie voordeel bied nie. • Waar kondome gebruik word tussen die kliënt en haar seksmaat kan die kliënt dus gerus gestel word dat seksuele-omgang geen gevaar vir haar inhou nie.
<p>Seksuele-omgang word beskou as 'n vorm van oefening wat ten minste een keer per maand in 'n verhouding uitgevoer moet word, selfs al geniet die kliënt dit nie, maar is die kliënt steeds lief vir haar seksmaat.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Verskeie kulturele-oortuigings dra by tot die oortuiging dat seksuele-omgang ten minste een maal per maand beoefen moet word, selfs al geniet die kliënt dit nie. • Redes waarom die kliënt nie meer seksuele-omgang geniet nie behoort deur die berader geëksploreer te word, veral waar dit verband hou met skuldgevoelens en berou soos bo bespreek.

Die kliënt se negatiewe gevoelens rondom seks as gevolg van verkragting word onder 'n opvolgende afdeling volledig bespreek. Aspekte rondom die kliënt wat nog nooit seksuele-omgang gehad het nie se vrese en onsekerhede hieroor, word nie bespreek nie, aangesien geen maagde by hierdie studie betrek is nie.

10.4.7 Keuse in seksmaats

Onder hierdie afdeling word daar gelet op hoe die kliënt in die verlede 'n seksmaat gekies het in vergelyking met hoe die kliënt nou dat sy bewus is van haar positiewe serostatus, 'n seksmaat kies. Hierdie vergelyking mag vir die berader relevant wees om te bepaal of die kliënt se keuses van 'n seksmaat in die verlede moontlik enige MIV-risiko's meegebring het, en of die kliënt se bewustheid van haar serostatus 'n invloed uitoefen op keuses in 'n seksmaat en andersom. Dit mag dus dui op belangrike MIV-risiko's vir jong vroue in die Limpopo Provinsie asook hul benaderings tot gesondheidsbevorderende gedrag, en dus op die mate van insigontwikkeling wat rondom positiewe gesondheidsgedrag voorgekom het. Negatiewe patrone in die kliënt se keuses rondom seksmaats kan ook hierdeur geïdentifiseer word.



Die kliënt se keuses van seksmaats in die verlede en aanbevelings rondom berading:
Die seksmaat se voorkoms of aantreklikheid.
<ul style="list-style-type: none"> • MIV-voorkomingsprogramme behoort te fokus op die kliënt se keuse van seksmaats ten einde die kliënt in te lig van gewenste eienskappe in 'n seksmaat waardeur MIV-risiko moontlik verlaag kan word. • Daar behoort veral gefokus te word op eienskappe soos betroubaarheid en eerlikheid met betrekking tot die seksmaat se seksuele geskiedenis en MIV-status, die seksmaat se positiewe houdings teenoor kondoomgebruik en monogamie asook gelyke en regverdige behandeling van die kliënt deur haar seksmaat.
'n Seksmaat wat 'n inkomste het en na die kliënt kan omsien, haar van luukshede kan voorsien wat haar familie nie kan bekostig nie, of in die kliënt se basiese behoeftes voorsien soos om vir die kliënt kos te koop.
<ul style="list-style-type: none"> • Die bespreking van wyses waarop MIV-risiko manifesteer in verhoudings wat gebaseer is op finansiële bystand vanaf die seksmaat, sal hier vir die kliënt van belang wees. • Daar behoort veral gelet te word op seksuelegunste in ruil vir geld of goedere, onveilige seksuele-omgang in ruil vir geld of goedere en <i>sugar daddy</i>-verhoudings. • Duidelike boodskappe behoort in die gesin van herkoms en by skole oorgedra te word rondom bemagtiging van die kliënt deur middel van voltooiing van skoolopleiding en moontlike tersiêre onderrig. • Waar basiese behoeftes soos kos en klere byvoorbeeld nie deur die kliënt se gesin of familie aan haar voorsien kan word nie, mag maatskaplikedienste benodig word wat klere en kospakkies kan voorsien, terwyl die kliënt en haar gesin verder bygestaan kan word om vir die relevante Staatstoelae aansoek te doen. • Die kliënt behoort veral die verband tussen haar finansiële afhanklikheid van 'n seksmaat en die seksmaat se beheer oor die wyse waarop seksuele-omgang sal plaasvind, te verstaan.

Die kliënt sal moontlik die volgende redes gee vir hoe sy, noudat sy bewus is van haar MIV-status, 'n seksmaat kies. Hierdie redes kan ook deur die berader benut word as riglyn vir die kwaliteite waaraan 'n seksmaat behoort te voldoen:

'n Seksmaat wat eerlik en betroubaar is.	✓
'n Seksmaat wat nie seksueleverhoudings met ander vroue sal aanknoop nie.	✓
'n Seksmaat wat van kondome gebruik sal maak.	✓
'n Seksmaat wat die kliënt met respek en as gelyke sal behandel.	✓
'n Seksmaat waarop die kliënt kan staatmaak en wat na die kliënt sal omsien.	✓
'n Seksmaat wat emosionele ondersteuning sal bied en insig sal hê van die kliënt se situasie (MIV-positiewe status).	✓
'n Seksmaat met wie die kliënt openlik kan gesels oor probleme.	✓
'n Seksmaat wat enige probleme wat mag voorval sal hanteer.	✓
'n Seksmaat wat nie kwaad of aggressief word nie.	✓
'n Seksmaat wat vir die kliënt sal lief wees.	✓
'n Seksmaat wat belangstel in 'n permanente verhouding met die kliënt, wat moontlik mag aanleiding gee tot 'n huwelik en kinders indien daar so besluit sou word.	✓

Die berader behoort ook die volgende by bogenoemde te voeg as voordelige kwaliteit van 'n seksmaat, waardeur die kliënt se MIV-risiko verlaag sal word:

'n Seksmaat wat nie 'n seksuele geskiedenis van promiskue verhoudings en moontlike blootstelling aan MIV het nie.	✓
---	---

10.4.8 Huidige seksmaats en kondoomgebruik

Onder hierdie afdeling word daar gelet op die houdings van die kliënt se seksmaat rondom kondoomgebruik, wat aanduidend mag wees van watter invloed die huidige seksmaat op die kliënt se gesondheidsgedrag uitoefen.

Die kliënt se huidige seksmaat sal moontlik slegs positief wees teenoor kondoomgebruik waar dit deur die kliënt aangevra word onder die volgende omstandighede:

Waar die kliënt openlik is met haar seksmaat oor haar MIV-status.	✓
Waar die kliënt alle MIV-verbandhoudende inligting waaroor sy beskik aan haar seksmaats oordra, en die seksmaat dus goed ingelig sal wees en die voordele van kondoomgebruik sal verstaan.	✓
Waar die kliënt elke keer gedurende seksuele-omgang aandring op kondoomgebruik en die seksmaat dus meervoudig blootgestel word aan die boodskap van kondoomgebruik en veilige seksuele-omgang.	✓
Waar die seksmaat self ook MIV-toetsing ondergaan en bewus is van sy eie MIV-status.	✓
Waar die seksmaat saam met die kliënt 'n kliniek of hospitaal besoek en deur personeel ingelig word rondom MIV en VIGS en kondoomgebruik.	✓

Indien die kliënt probleme ondervind om haar seksmaat te oortuig om van kondome gebruik te maak tydens seksuele-omgang sal dit moontlik verband hou met die volgende redes:

Redes vir tekort aan kondoomgebruik saam met huidige seksmaat en aanbevelings rondom berading:
Die kliënt se seksmaat is onbekend met hoe om 'n kondoom te gebruik en wil daarom nie van kondome gebruik maak nie. Kondoomgebruik mag ook vreemd voel vir die seksmaat, aangesien hy nog nooit voorheen kondome gebruik het nie.
<ul style="list-style-type: none"> • Waar 'n tekort aan kondoomgebruik verband hou met 'n tekort aan inligting en ervaring, en nie met negatiewe houdings teenoor kondoomgebruik nie, sal die voorsiening van inligting aan die kliënt en haar seksmaat, of deur die kliënt aan haar seksmaat van groot waarde wees. • Die kliënt en haar seksmaat kan by berading betrek word waar relevante inligting asook 'n praktiese demonstrasie van hoe om 'n kondoom te gebruik, oorgedra word deur die berader.

- Die bespreking van die voordele van kondoomgebruik vir beide seksmats is belangrik.
- Die kliënt en haar sekmaat kan ook aangemoedig word om beide die manlike- en vroulike kondome tuis te gebruik ten einde te bepaal waarmee hul gemaklik voel.

Die kliënt se sekmaat glo nie dat hy MIV kan opdoen deur onbeskermd seksuele-omgang nie, mag algemene negatiewe houdings teenoor kondoomgebruik onderhou deur dit “plastiek” te noem en dit dus as onnatuurlik te beskou, of het as reël nooit seksuele-omgang met die gebruik van kondome nie.

- Die sekmaat se kulturele houdings, -oortuigings en -opinies mag ’n belangrike rol speel in waarom die sekmaat oortuig is dat hy nie MIV kan opdoen deur onbeskermd seksuele-omgang nie, en negatiewe houdings teenoor kondoomgebruik onderhou.
- Daar bestaan dus geen mate van persoonlike kwesbaarheid vir MIV by die sekmaat nie, wat veral verband hou met die idee of beeld van manlikheid in meer tradisionele kulture.
- Mites, onvoldoende inligting en negatiewe houdings teenoor kondoomgebruik kan hier slegs vervang word met die korrekte inligting en houdings indien die sekmaat se vrese, bevooroordeelings en negatiewe houdings ondersoek en aangespreek word.
- Bogenoemde kan veral aangespreek word deur die sekmaat aan te moedig om ondersteuningsgroepe vanuit sy eie portuur en gemeenskap by te woon waar soortgelyke kwessies bespreek word. Hierdie ondersteuningsgroepe word dikwels deur tradisionele- en gemeenskapsleiers asook gesondheidswerkers en beraders onderneem, en mag van groot waarde wees vir die sekmaat.
- Bogenoemde mag ook vir die berader ’n basis skep waardeur volledige inligting rondom hierdie kwessies aan die sekmaat oorgedra kan word en MIV-toetsing aangemoedig kan word.

10.5 Die vrou as versorger

Onder die vrou se rol as versorger word daar gelet op wat haar daaglikse take en versorging van die gesin behels asook die versorging van siek gesinslede, en die moontlike invloed hiervan op die kliënt se gesondheid.

Die kliënt sal waarskynlik kinders hê en mag verantwoordelik wees vir soveel as tussen twee tot vyf afhanklike kinders, wat almal steeds by die kliënt woon, maar sal selde ’n eggenoot hê wat bystand en ondersteuning bied in die versorging van hierdie kinders. Daar kan dus verwag word dat die kliënt die primêre versorger van haar kinders sal wees. Die volgende afmerklys is aanduidend van die huishoudelike take wat waarskynlik deur die MIV-positiewe kliënt onderneem word as versorger, en kan deur die berader benut word om te bepaal aan watter mate van fisieke aktiwiteite die kliënt daagliks blootgestel word:

Huis skoonmaak	✓
Kos kook	✓
Skottelgoed was	✓
Klere en beddegoed met die hand was	✓
Kinders bad	✓
Kinders voed	✓
Kinders help met skoolwerk	✓
Versorging van 'n groentetuin	✓
Ploeg vir bestaansekonomiese landbou	✓
Water aandra	✓
Vuurmaakhout versamel en vure maak	✓

Die kliënt sal ten spyte van haar eie kinders moontlik ook verantwoordelik wees vir die versorging van jonger broers en susters, jong kinders van broers en susters, jonger nefies en niggies en verswakte of siek ouers. Die kliënt wat self werksaam mag wees, sal waarskynlik ook verantwoordelik wees vir huishoudelike take.

Die berader behoort veral te let op die fisieke- en emosionele gevolge van die kliënt se take as versorger. Die berader kan verwag dat die vrou se rol as versorger moontlik 'n negatiewe invloed mag uitoefen op haar gesondheid. 'n Mediesepraktisyn sal dikwels besoek word as gevolg van stres-verwante simptome wat deur die kliënt ervaar word soos hoofpyn, slaaploosheid en oralesproei. Die kliënt mag gereeld afgeboek word deur haar mediesepraktisyn, maar nie noodwendig hierdie tyd aanwend vir rus nie as gevolg van haar take as versorger. Moegheid mag dus konstant voorkom. Hierdie moegheid hou dan direk verband met die kliënt se take as versorger, soos dat 'n siek baba die kliënt deur die nag wakker gehou het, of dat groot bondels wasgoed met die hand gewas word. Moegheid gaan dikwels ook gepaard met spierpyne na aanleiding van intense aktiwiteite wat met die kliënt se huishoudelike take verband hou. Die kliënt mag noem dat sy dikwels nie kans sien vir die uitvoering van hierdie huishoudelike take nie, maar haarself forseer om dit te onderneem. Benewens die fisieke gevolge van die kliënt se huishoudelike take, behoort die emosionele gevolge daarvan nie uit die oog verloor te word nie.

Fisieke- en emosionele gevolge van take as versorger en aanbevelings rondom berading:
Oormatige oefening en moegheid.
<ul style="list-style-type: none"> • Waar veral ouer kinders en ander gesins- of familiedede bekend is met die kliënt se MIV-status mag dit hul help verstaan waarom die kliënt bystand vereis in haar

rol as versorger.

- Hier behoort die berader saam met die kliënt te let op die moontlike bekendmaking van haar MIV-status aan gesins- en familieleden ten einde oormatige eise wat aan die kliënt gestel word, aan te spreek. Bekendmaking van die kliënt se MIV-status bly egter die kliënt se persoonlike keuse van wanneer en aan wie die kliënt haar MIV-status bekend wil maak.
- Aangesien bekendmaking nie daadwerklik mag geskied nie, en dit ook tyd mag vereis vir gesins- en familieleden om by die kliënt se bekendmaking aan te pas, behoort die berader die kliënt by te staan om te bepaal watter mate van huishoudelikeverantwoordelikhede aan ouer kinders en ander gesinslede oorgedra kan word, ten einde die kliënt se oormatige moegheid te help voorkom.

Tekort aan slaap.

- Die berader behoort die kliënt te help verstaan dat ten spyte daarvan dat sy asimptomaties mag wees, sy as versorger steeds tyd behoort te hê om te rus ten einde hierdie rol effektief uit te voer.
- 'n Tekort aan slaap by die MIV-positiewe kliënt mag om twee redes voorkom. Eerstens mag slaaploosheid ervaar word as gevolg van MIV-verbandhoudende siektesimptome by die kliënt, en die kliënt behoort aangemoedig te word om dit met haar mediesepraktisyn te bespreek.
- Tweedens mag slaaploosheid ervaar word waar 'n baba of siek gesinslid versorging vereis. Bystand met kindersorg of die versorging van siek gesinslede mag dus vereis word.
- Die berader behoort die kliënt in te lig van organisasies en nie-regeringsorganisasies wat dienste lewer soos kindersorg en tuisversorging van siek gesinslede. Laasgenoemde behoort veral gesien te word in die konteks van uitbranding wat by die kliënt mag voorkom en dus verdere negatiewe gevolge vir haar in haar rol as versorger mag inhou.

Oormatige verantwoordelikhede plaas druk op die kliënt wat aanleiding gee tot spanning en kort humeur.

- In kliënt se kultuur mag haar rol as versorger moontlik beskou word as die mees sentrale rol wat die daaglikse funksionering van die gesin aanbetref.
- Waar druk en spanning in hierdie rol deur die kliënt ervaar word en gevolge soos 'n kort humeur by die kliënt mag hê, kan dit konflik veroorsaak met ander gesinslede, veral waar hul nie bewus is van die kliënt se MIV-positiewe status nie, en dus nie die kliënt se gedrag verstaan nie.
- Bekendmaking van die kliënt se MIV-status aan gesinslede kom dus weer hier ter sprake. Indien bekendmaking nog nie plaasgevind het nie, behoort die kliënt ingelig te word dat sy soms die reg het om "nee" te sê wat sekere verantwoordelikhede as versorger van die gesin aanbetref. Laasgenoemde mag moeilik wees vir die kliënt wat sterk tradisionele benaderings tot hierdie rol onderhou.
- Waar die kliënt geneig mag wees om haar eie gesondheid opsy te skuif ter wille van ander gesinslede, behoort die berader dus te fokus op die belangrike verband tussen die kliënt se rol as versorger en haar gesondheid.
- Die kliënt behoort dus gehelp te word om haar gesondheid te prioritiseer as belangrike voorvereiste om haar rol as versorger te vervul, en sodoende druk en spanning asook die negatiewe gevolge daarvan te verminder.

Skuldgevoelens waar daar nie in alle gesinslede se behoeftes voorsien kan word nie.

- Die berader kan die kliënt hier bystaan deur op twee belangrike aspekte te fokus. Eerstens behoort die kliënt te erken en te verstaan dat sy as MIV-positiewe persoon nie altyd in haar rol as versorger aan alle gesinslede se behoeftes kan voldoen nie. Hierdie behoeftes kan met die berader bespreek word ten einde die spesifieke aard daarvan te verstaan, en te bepaal watter behoeftes voorkeur behoort te geniet.
- Tweedens behoort die kliënt te leer om vir hulp te vra, selfs al sou dit teen die tradisionele verwagtinge van hierdie rol gaan.
- Die kliënt moet dus verstaan dat MIV en VIGS 'n invloed sal uitoefen op bestaande tradisionele benaderings tot haar rol as versorger.
- Deur 'n evaluering van die gesin se behoeftes asook die bestaande ondersteuningsnetwerke wat tot die kliënt se beskikking is, mag hierdie skuldgevoelens beperk word wanneer die kliënt voel dat daar in alle gesinslede se behoeftes voldoen word met behulp van die nodige ondersteuning.

10.5.1 *Versorging van siek gesinslede*

Die kliënt sal ten spyte van haar MIV-positiewe status waarskynlik ook na ander siek gesinslede omsien. Die berader behoort bewus te wees van watter siek gesinslede deur die kliënt versorg word en watter siektes of behoeftes by hierdie gesinslede voorkom, aangesien hierdie versorgingstake aanduidend mag wees van die werklike omvang van die kliënt se rol as versorger. Die kliënt sal moontlik verantwoordelik wees vir die versorging van die volgende siek gesinslede:

Bejaarde ouers of grootouers.	✓
Siek of verswakte moeder/vader.	✓
Gestremde broer/suster.	✓
MIV-positiewe gesinslede soos 'n moeder, suster of volwasse dogter.	✓
Meer as een MIV-positiewe jong kind.	✓

Versorging van hierdie gesinslede vereis dat die kliënt soms na die siek gesins- of familielid se huis moet reis indien sy nie saam met die gesins- of familielid woon nie, ten spyte daarvan dat die kliënt ook na haar eie gesinslede moet omsien en werksaam mag wees. Siek gesins- en familielede moet dikwels gebad, aangetrek of gevoer word deur die kliënt. Wat 'n MIV-positiewe gesinslid aanbetref is die kliënt verantwoordelik daarvoor dat die gesinslid (veral kinders) elke dag MIV-medikasie neem, wat meestal meer as een maal per dag geneem word. Die kliënt moet verder sorg dat aanvullings soos vitamienes geneem word en dat voedsame kos voorberei word. Die kliënt mag noem dat veral die voeding van MIV-positiewe gesinslede soos kinders of 'n moeder 'n groot finansiële uitgawe vir die kliënt is. Die kliënt leef ten

spyte van al hierdie versorgingstake, dikwels ook met die wete van die siek gesinslid se naderende dood.

Waar die kliënt meer as een MIV-positiewe kind het kan die berader verwag dat die kliënt spesifieke probleme sal ervaar. Hierdie probleme is egter van toepassing op alle kliënte wat 'n MIV-positiewe kind mag hê.

Behoeftes en probleme rondom MIV-positiewe kinders en aanbevelings rondom berading:
Skuldgevoelens teenoor MIV-positiewe kinders en self-blaming waar moeder-tot-kind MIV-oordraging voorgekom het.
<ul style="list-style-type: none"> • Die berader kan hierdie gevoelens beskou as 'n verwagte emosionele reaksie op moeder-tot-kind MIV-oordraging. • Die berader behoort die kliënt te help verstaan dat hierdie situasie nie met intensie of uit vrye wil geskep is nie, maar wel die realiteit is. Die realiteit en toekomstige gevolge van moeder-tot-kind-oordraging van MIV, soos siekte en sterfte van kinders, mag daarom juis skuldgevoelens en self-blaming meebring. • Die berader behoort saam met die kliënt te let op enige negatiewe gevolge wat hierdie gevoelens mag uitoefen op haar rol as versorger. Dit is veral van belang dat gevoelens van hulpeloosheid en magteloosheid nie deur die kliënt ervaar word in hierdie situasie nie, aangesien haar rol as versorger van haar MIV-positiewe kinders essensieel is vir hierdie kinders. • Die kliënt behoort verder bygestaan te word om die voorkoms van moontlike siekte en sterfte onder MIV-positiewe kinders as realiteit te aanvaar, waarin sy nie mag toelaat dat hierdie realiteit haar immobiliseer in haar rol as versorger nie. Die berader behoort die aanvaarding van hierdie realiteit deur die kliënt ook te verbind met die aanvang van die rou proses, waar die moontlikheid van sterfte van kinders 'n werklikheid word vir die kliënt.
Vrese vir wanneer die kliënt self sterf en kinders nie meer 'n konstante versorger mag hê nie.
<ul style="list-style-type: none"> • Die kliënt se vrese rondom die lengte van haar lewensverwagting en toekomstige versorging van haar kinders is nie ongegrond nie, veral waar die kinders se vaders nie beskikbaar is nie of self reeds as gevolg van MIV en VIGS gesterf het. • Die berader behoort saam met die kliënt te let op reëlings vir alternatiewe versorging van kinders vir wanneer die kliënt sterf. • Daar behoort egter ook gelet te word op alternatiewe versorging van kinders wanneer ernstige siekte by die kliënt mag voorkom en sy nie instaat is om haar rol as versorger te vervul nie. Hierdie aspekte behoort reeds aangespreek te word wanneer die kliënt nog gesond is. • Daar behoort gelet te word op alternatiewe versorging deurdat beide die kliënt en haar kinders se wense in ag geneem word, maar ook deur die alternatiewe versorgers by hierdie bespreking te betrek. • Gerusstelling van die kliënt rondom die toekomstige versorging van haar kinders is hier van belang, en alle betrokke partye behoort betrek te word ten einde hierdie gerustheid vir die kliënt mee te bring. • Die berader behoort ook beskikbaar te wees om die proses waar die kliënt se kinders vanuit die versorging van die sterwende kliënt na 'n alternatiewe versorger



verskuif word, te fasiliteer.
Vrese rondom kinders se dalende CD4-seltellings.
<ul style="list-style-type: none">• Hulpverlening deur ander lede van die multidissiplinêrespan is hier van groot belang.• Die berader behoort die kliënt aan te moedig om haar kinders se CD4-seltelling met 'n mediesepraktisyn en ander gesondheidswerkers te bespreek.• Multidissiplinêrespanlede behoort inligting akkuraat maar eenvoudig oor te dra, veral waar die kliënt beperkte skoolopleiding gehad het. Die doel van hierdie inligting behoort die kliënt te kan bemagtig om ingeligte gesondheidsbesluite te neem ten opsigte van haar kinders se bepaalde CD4-seltelling. Laasgenoemde impliseer dat die kliënt sal verstaan wat 'n bepaalde CD4-seltelling vir haar kinders mag impliseer en watter holistiese benadering daar in terme van dieet, oefening, medikasie ensomeer gevolg behoort te word.
Konstante versorging waar een MIV-positiewe kind of die ander MIV-positiewe kind of albei kinders gelyktydig siek is.
<ul style="list-style-type: none">• Waar MIV en VIGS verband hou met die voorkoms van verskeie siektesimptome onder kinders is dit van belang dat die kliënt deur middel van basiese opleiding kennis dra van hierdie siektes, soos die identifikasie en behandeling daarvan.• Die kliënt sou dus voordeel trek daaruit om basiese opleiding te ontvang vanaf beskikbare gesondheidswerkers in die kliënt se gemeenskap of omgewing.• Hierdie opleiding sal veral van waarde wees om te bepaal wanneer 'n kind gehospitaliseer behoort te word en wanneer die kliënt die kind self tuis kan versorg.• Daar kan verder gebruik gemaak word van beskikbare tuisversorgers in die kliënt se gemeenskap, veral wanneer twee MIV-positiewe kinders gelyktydig siek word.
Twyfeling om aan kinders bekend te maak dat hul MIV-positief is, en hoe en wanneer om aan kinders bekend te maak dat hul MIV-positief is.
<ul style="list-style-type: none">• Die eerste belangrike aspek hier is dat die kliënt reeds voor die bekendmaking van haar eie of haar kinders se MIV-status, kinders voorsien het van akkurate en volledige MIV- en VIGS-verbandhoudende inligting. Laasgenoemde sal meebring dat daar met inagnome van kinders se ouderdom en begripsvermoë aan hul oorgedra kan word wat MIV en VIGS as siekte impliseer en dat dit nie daadwerklike sterfte impliseer nie. MIV en VIGS behoort dus as bestuurbare en beheerbare siekte uitgebeeld te word, waarvoor daar medikasie en behandeling beskikbaar is.• Die kliënt se twyfel om kinders se MIV-status aan hul bekend te maak mag veral gegrond wees in die las wat bekendmaking vir kinders mag meebring byvoorbeeld stigma, diskriminasie, vrees en isolasie wat mag aanleiding gee daartoe dat kinders hul MIV-status van ander geheim moet hou.• Die berader behoort saam met die kliënt te let op faktore wat bogenoemde mag beïnvloed soos houdings en oortuigings rondom MIV en VIGS in die kliënt se gesin, familie, kultuur, gemeenskap of omgewing.• Bekendmaking van kinders se MIV-status aan hulle sal vir elke kliënt en haar kinders uniek wees, en die berader behoort 'n volledige beeld van alle relevante aspekte te bekom voordat hierdie bekendmaking gefasiliteer kan word. Bekendmaking van die kliënt se MIV-status bly egter die kliënt se persoonlike keuse van wanneer en aan wie die kliënt haar MIV-status bekend wil maak.
Die hantering van vrae rondom die medikasie wat kinders neem, indien hul nie bewus is van hul MIV-positiewe status nie.



- Indien kinders te jonk is om die konsep van MIV en VIGS te verstaan kan die kliënt deur die berader bygestaan word om die basiese funksie van medikasie aan jong kinders te verduidelik. Laasgenoemde kan veral deur middel van speltherapie bereik word sodat die kind verstaan waarom die neem van medikasie belangrik is en dat 'n mediesepraktisyn of gesondheidswerker soms besoek moet word.
- Dit is egter van belang dat MIV-positiewe kinders so gou as wat hul taal- en begripsvermoë dit toelaat, bekend gemaak word met MIV- en VIGS-verbandhoudende inligting, ten einde hul voor te berei op die bekendmaking van hul status aan hulself.

Spanning waar die moeder haar eie MIV-positiewe status sowel as haar kinders sin moet hanteer.

- Spanning wat deur die kliënt ervaar word rondom haar eie en haar kinders se MIV-positiewe status word veroorsaak deur 'n komplekse samestelling van faktore wat met die kliënt se geslagsrolle en die uitvoering daarvan verband hou, soos wat in hierdie hoofstuk bespreek word.
- In die konteks van MIV en VIGS mag hierdie faktore aanleiding gee daartoe dat die kliënt moontlik geïsoleerd, angstig, onveilig of hulpeloos voel.
- Die berader kan die kliënt help om hierdie faktore wat spanning veroorsaak te lys en te prioritiseer.
- Faktore wat spanning veroorsaak behoort veral met die kliënt se ondersteuningsnetwerk verbind te word.
- Die kliënt sal moontlik slegs voel dat sy stabiliteit in haar lewe bereik wanneer alle faktore wat spanning veroorsaak aangespreek kan word. Laasgenoemde mag moontlik die uitbreiding van haar ondersteuningsnetwerk vereis, wat weer sou vereis dat die kliënt haar MIV-status sal moet bekend maak.
- Bekendmaking van die kliënt se MIV-status kom dus weer eens hier ter sprake. Die kliënt wat haar MIV-status bekend gemaak het kan 'n meer akkurate idee ontwikkel van die omvang van haar ondersteuningnetwerk. Met behulp van haar gesin, familie, gemeenskap, ondersteuningsgroepe en beskikbare professionele dienste sou dit vir die MIV-positiewe kliënt moontlik word om 'n veiligeheidsnet te ontwikkel waardeur die spanning rondom haar en haar kinders se MIV-positiewe status beter hanteer kan word.

10.6 Die vrou as moeder

Onder hierdie afdeling word daar gelet op die vrou se rol as moeder in terme van die voortbring van kinders, die omstandighede waarin die vrou haarself as moeder bevind asook kulturele-aspekte wat 'n invloed mag uitoefen op moederskap en die voortbring van kinders.

10.6.1 Swangerskap

Wat swangerskap aanbetref behoort die berader bewus te wees van die volgende aspekte:

Die kliënt se ouderdom gedurende eerste swangerskap kan wissel tussen 16-30 jaar. Dit is egter meer waarskynlik dat die kliënt in haar laat adolessente jare of vroeë twintiger jare sal wees wanneer eerste swangerskap voorkom.	✓
Waar die kliënt se kennis rondom swangerskap tydens eerste seksuele-omgang waarskynlik beperk sal wees, bestaan daar 'n kans dat die kliënt reeds tydens eerste seksuele-omgang swanger mag raak.	✓
Indien die kliënt oor meer inligting rondom swangerskap beskik tydens eerste seksuele-omgang, sal risiko-gedrag moontlik steeds voorkom. Kennis en inligting rondom swangerskap sal dus nie noodwendig die kliënt se risiko vir swangerskap verlaag nie.	✓
Indien kinders, afgestorwe kinders, miskrame en aborsies ingesluit word, kan die berader verwag dat die MIV-positiewe kliënt moontlik meer swangerskappe sou gehad het as die aantal kinders wat sy het.	✓
Die voorkoms van miskrame, aborsies en die afsterwe van kinders onder MIV-positiewe vroue dra moontlik by daartoe dat die kliënt sal voel dat sy minder kinders het as wat sy wou hê.	✓
Indien swangerskappe voorgekom het nadat die kliënt MIV opgedoen het, bestaan die moontlikheid dat die aantal kinders per kliënt laag mag wees as gevolg van die voorkoms van dié siekte.	✓
Hoe ouer die kliënt is, hoe belangriker mag dit vir die kliënt in retrospek wees om meer kinders te gehad het. Laasgenoemde mag verband hou met die kliënt se MIV-status en die moontlike versorging wat volwasse kinders later sal kan bied indien die kliënt siek word.	✓
'n Kliënt kan ook soveel as vyf kinders hê wat almal nog saam met die kliënt woon en waarvoor die kliënt finansiële verantwoordelik is. Laasgenoemde mag veral voorkom waar die kliënt se swangerskappe voorgekom het voordat sy met MIV geïnfekteer is.	✓

10.6.2 MIV-status en miskrame, aborsies en die afsterwe van kinders

Die kliënt sal tydens eerste swangerskap waarskynlik onbewus wees van haar MIV-status, terwyl die moontlikheid beter is dat sy tydens haar latere swangerskappe bewus sal wees van haar MIV-status. Die moontlikheid dat die kliënt tydens alle swangerskappe bewus sal wees van haar MIV-status, is egter baie laag. Laasgenoemde is 'n belangrike aanduiding vir alle seksueel-aktiewe vroue om MIV-toetsing te ondergaan. Sodoende kan MIV-voorkomende strategieë aan jong seksueel-aktiewe vroue oorgedra word, en mag ongewenste geboortes ook daardeur beperk word.

Daar word vervolgens gelet op drie aspekte naamlik die afsterwe van die kliënt se kinders, aborsies en miskrame.

Omstandighede rondom die afsterwe van die kliënt se kinders en aanbevelings rondom berading:
Die kliënt mag soms eers na die afsterwe van een en selfs twee kinders MIV-toetsing ondergaan.
<ul style="list-style-type: none"> • Hierdie aspek is aanduidend daarvan dat vroue in hul voortplantingsjare nie bewus is van hul MIV-status nie, en dus nie bewus is van hul kinders se MIV-status nie. • MIV- en VIGS-programme behoort veral vroue in hul voortplantingsjare te teiken vir MIV-toetsing. • Waar 'n vrou reeds een of meer kinders of babas gehad het wat gesterf het, of 'n kind of baba het wat konstante gesondheidsprobleme ervaar, is MIV-toetsing van kritiese belang. • Hoewel MIV-toetsing eerder ondergaan moet word voordat swangerskap voorkom, mag vroue in meer afgesonderde gebiede 'n tekort aan inligting en die nodige dienste hê, en behoort MIV- en VIGS-programme te fokus op alternatiewe wyses waardeur die kliënt van die nodige dienste en inligting voorsien kan word, soos mobiele klinieke. • Indien MIV-toetsing ondergaan word sal die kliënt wat bewus is van haar MIV-status, die moontlikheid kan oorweeg dat haar kinders se siekte en selfs sterfte verband mag hou met MIV en VIGS. • Aangesien kinders eers akkurate MIV-toetsing kan ondergaan vanaf ongeveer 18 maande, mag die kliënt se bewustheid van haar eie MIV-status haar instaatstel om aspekte te oorweeg soos mediese behandeling van kinders, basiese versorging van kinders wat moontlik MIV-positief is, asook die vervanging van borsvoeding met formule voeding.
Die kliënt mag dikwels onbewus wees van MIV-verbandhoudende simptome by kinders, veral waar die kliënt self nie MIV-toetsing ondergaan het nie, en haar kennis van MIV en VIGS beperk is. Kinders sal waarskynlik afsterf tussen die ouderdom van 'n paar dae en nege maande, aangesien die moontlike voorkoms van MIV onder hierdie kinders nie deur die kliënt oorweeg of aangespreek word nie, ten spyte van die voorkoms van sekere simptome soos oralesproei, konstante koors en ander gesondheidsprobleme.
<ul style="list-style-type: none"> • MIV-toetsing van die kliënt behoort hier 'n eerste prioriteit te wees. • Indien die kliënt wel MIV-positief is en 'n baba het, behoort basiese opleiding aan die kliënt gebied te word deur die gepaste lede van die multidissiplinêrespan. • Daar behoort eerstens gelet te word op die identifisering van simptome wat moontlik aanduidend mag wees van MIV-infeksie by die baba soos gewigsverlies, konstante koors, oralesproei, chroniese diarree, swelling van kliere in die nek, onder-arm en lies, vergrote lewer of milt, vel probleme ensomeer. • Die kliënt behoort deeglik ingelig te word van watter simptome tuis behandel kan word en hoe hierdie simptome behandel behoort te word. • Die kliënt behoort verder ingelig te word van wanneer hospitalisasie van die kind nodig mag wees en ook dat gereelde mediese ondersoeke en inentings van die kind belangrik is. • Pediatrisiese MIV en VIGS behoort ook met die kliënt bespreek te word waar die kliënt ingelig kan word van die twee groepe kinders met MIV en VIGS, naamlik die vinnige verloop van MIV en VIGS of die stadige verloop van MIV en VIGS.



- Bogenoemde mag die kliënt help voorberei op die verwagte lewensduur van die kind, terwyl voorbereiding op die moontlike sterfte van kinders wat die vinnige verloop van perdiatriese VIGS volg, vir die berader 'n indikasie sal wees dat die moontlikheid van sterfte van so kind so vroeg as moontlik met die kliënt bespreek moet word.

Die kliënt sal moontlik nie bewus wees van die bestaan van MIV-medikasie waardeur die kans vir die ontwikkeling van MIV by babas verlaag kan word, of waarmee die baba of kind later behandel kan word indien MIV wel manifesteer nie.

- Vir vroue in hul voortplantingsjare wat wel MIV-positief is, en steeds kinders wil hê of reeds jong kinders het, behoort die berader op drie aspekte te fokus naamlik hoe MIV na babas oorgedra word, beskikbare MIV-medikasie vir kinders, en die neem van anti-retroviralemiddels deur die kliënt self tydens swangerskap.
- Hierdie aspekte behoort op die mees basiese vlak verduidelik te word, veral waar vroue dikwels min skoolopleiding ontvang het.
- Die kliënt behoort ingelig te word van prenatale-oordrag tydens geboorte van die kind en postnatale oordrag deur borsvoeding.
- Die kliënt behoort verder ingelig te word van die bestaan van medikasie wat moontlik MIV sal voorkom by die baba, terwyl kinders wat reeds MIV-positief is met dieselfde anti-retroviralemiddels as volwassenes behandel word, waar dosisse aangepas word met inagnome van die kind se ouderdom en gewig.
- Die neem van anti-retroviralemiddels deur die swanger kliënt self moet ook beklemtoon word, aangesien dit die kliënt se viralelading mag verlaag en sodoende virale reproduksie by die baba sal inhibeer, wat moeder-tot-kind MIV-oordraging mag verlaag.

Sterftes van babas en kinders sal dikwels by die kliënt se huis plaasvind waar personeel by klinieke en hospitale die kliënt terug stuur huis toe met 'n siek baba of kind.

- Die kliënt mag moontlik huis toe gestuur word met 'n siek kind/baba waar hospitale en klinieke in veral afgesonderde plattelandsegebiede dikwels nie oor die nodige fasiliteite, personeel of medikasie beskik om siek of sterwende kinders/babas te versorg nie.
- Mediese personeel mag ook kinders/babas met MIV en VIGS huis toe stuur, aangesien hospitale en klinieke nie 'n ideale omgewing mag wees vir kinders/babas met 'n verswakte immuunsisteem nie, as gevolg van die voorkoms van gevaarlike patogene en kieme in hospitale en klinieke.
- Opgeleide tuisversorgers mag veral van groot waarde wees vir die kliënt, aangesien hul die kliënt kan bystaan in die versorging van 'n sterwende kind, terwyl hul terselfdetyd ook emosionele ondersteuning kan bied aan die kliënt en haar gesin.
- Ten spyte van die bystand wat 'n tuisversorger mag bied of waar tuisversorgers nie beskikbaar is in die kliënt se gemeenskap nie, behoort die berader die kliënt te help voorberei op die sterfte van 'n kind. Die realiteit van moontlike sterfte van 'n kind/baba met MIV en VIGS behoort reeds vroeg in die beradingsproses met die kliënt bespreek te word, aangesien die kliënt ernstige spanning, onsekerheid, angstigheid en vrese hieroor mag onderhou.
- Die kliënt sal tyd benodig om bogenoemde gevoelens te verbaliseer en te verwerk, en die berader behoort veral te let op die voorkoms van depressie by die kliënt, waar dit verband mag hou met die moontlikheid van sterfte van 'n kind/baba.
- Die berader behoort die kliënt verder by te staan wat praktiese reëlins rondom



die kind/baba se sterfte aanbetref soos wie die kind/baba sal kom haal na 'n tuis sterfte, die begrafnis, en enige wetlike aspekte wat met die dood van die kind/baba verband hou. Laasgenoemde bystand is van groot belang aangesien die kliënt ten spyte van die voorbereiding op hierdie gebeurtenis, oorweldig mag word daardeur.

Die kliënt sal dikwels vermy om aan die berader te noem dat 'n baba of kind gesterf het na aanleiding van MIV en VIGS, en sal eerder sê dat die baba byvoorbeeld lewer- of ander komplikasies gehad het, of dat mediese personeel aanvoer dat die kind moontlik MIV-positief was. 'n Direkte verbinding tussen die sterftes van kinders/babas en die moontlikheid dat hierdie kinders/babas MIV-positief was, sal moontlik bewustelik deur die kliënt vermy word.

- Hierdie situasie sal moontlik gevind word waar die kliënt nog nie MIV-toetsing ondergaan het nie en die berader moontlik spreek vir voortoets-berading.
- Die berader behoort nie haastig te wees om hierdie aspek aan te spreek nie, aangesien die kliënt eers MIV-toetsing moet ondergaan en tyd nodig sal hê om haar MIV-positiewe toetsuitslag te verwerk.
- Die berader behoort verder in ag te neem dat die kliënt se gemeenskap moontlik steeds MIV en VIGS stigmatiseer en dus veroordelend mag optree teenoor moeders wie se kinders na aanleiding van MIV en VIGS gesterf het en moeders wat self MIV-positief is.
- Verder behoort die kliënt se kultuur ook in ag geneem te word, waar die kliënt se kinders moontlik haar waarde as vrou bepaal en dit vir die kliënt ondenkbaar mag wees dat sy die indirekte oorsaak van haar kinders se sterfte mag wees.
- Die kliënt se ontkenning van die moontlike voorkoms van MIV en VIGS by haar afgestorwe kinders hou dus moontlik verband met 'n tekort aan MIV-verbandhoudende inligting, die kliënt se kultuur asook vrese rondom stigmatisering en verwerping.
- Waar dit wel later in die beradingsproses nodig sal wees om die kliënt se rou en verlies rondom die sterfte van haar kinders aan te spreek, kan die berader die moontlikheid van die voorkoms van MIV en VIGS by afgestorwe kinders bespreek.
- Bogenoemde is veral van belang indien die kliënt nog kinders wil hê, en dus bewus moet wees van moontlike gevare wat swangerskap vir haarself of toekomstige kinders mag inhou, sowel as die nodige stappe wat geneem kan word om toekomstige kinders se kanse op MIV en VIGS te verlaag.

Moontlike redes wat geëksploreer kan word vir die voorkoms van aborsies:

Huwelikstatus waar die ongetroude kliënt mag voel dat dit beter is om 'n aborsie te ondergaan as om 'n kind alleen groot te maak.	✓
Swangerskap na aanleiding van verkragting.	✓
Vrees dat die baba MIV-positief sal wees, veral waar onkunde voorkom ten opsigte van MIV-voorkomende medikasie vir babas.	✓
Waar die kliënt swanger raak terwyl sy 'n lae CD4-seltelling het.	✓
Waar die kliënt tydens vroeë swangerskap MIV-verbandhoudende simptome beleef en voel dat 'n swangerskap haar gesondheid verder in gevaar stel.	✓
Waar die mediesepraktisyn 'n aborsie vir die kliënt aanbeveel.	✓
Waar die kliënt alreeds ander kinders het, en oortuig is dat haar gesondheid in so mate deur swangerskap benadeel sal word, dat sy nie meer na haar bestaande kinders sal kan omsien nie.	✓



Gevoelens en omstandighede rondom aborsie en aanbevelings rondom berading:

Die kliënt sal moontlik noem dat sy die aborsie as traumaties beleef het en nie noodwendig die aborsie wou ondergaan nie, maar dat sy as gevolg van haar gesondheid nie 'n ander keuse gehad het nie. Sy mag moontlik verder noem dat dit vir haar voel asof sy haar baba vermoor het.

- Soos by die afsterwe van die kliënt se kinders as gevolg van MIV en VIGS, behoort die terminering van swangerskap ook deur die berader met empatie en ondersteuning van die kliënt benader te word.
- Die berader behoort veral hier die kliënt se kultuur in ag te neem, en nie die kliënt se verlies in isolasie te sien nie. Die kliënt mag om verskeie redes kinders wil hê wat haar kultuur aanbetref, soos om haar vrugbaarheid aan haar seksmaat en familie te bewys of haar eie onsterflikheid deur middel van kinders te bekom. Die kliënt mag dus moontlik baie hoop plaas op toekomstige kinders ten einde haar kulturele- en ander behoeftes te vervul.
- Die berader behoort die kliënt toe te laat om bogenoemde hoop, verwagtinge en verlies te verbaliseer ten einde te bepaal watter aspekte aandag mag vereis gedurende berading.
- Naas die hantering van die kliënt se gevoelens rondom haar verlies, behoort die berader te fokus op twee belangrike aspekte naamlik die kliënt se reg tot die terminering van swangerskap en goeie gesondheid, asook die gebruik van kondome ten einde ongewenste swangerskap in die toekoms te vermy.
- Die kliënt moet toegelaat word om haar eie gesondheid en haar vermoë om as moeder vir haar ander kinders en gesin op te tree in perspektief te plaas, ten einde te verstaan waarom 'n aborsie ondergaan is.
- Die kliënt behoort verder aangemoedig te word om deurlopend van kondome gebruik te maak om swangerskappe te voorkom wanneer haar gesondheid dit nie toelaat nie. Deur middel van kondoomgebruik kan die kliënt dus toekomsitge aborsies voorkom, maar behoort die kliënt ook ingelig te word dat toekomstige swangerskappe wel moontlik is indien haar gesondheid dit toelaat, en met behulp van die nodige mediese prosedures en MIV-medikasie vir haar en haar toekomstige kinders.

Die berader kan verwag dat die kliënt se seksmaat haar moontlik nie sal bystaan gedurende die tydperk waarin sy 'n aborsie ondergaan nie, en geen emosionele steun sal bied nie. Die kliënt se seksmaat mag haar moontlik ook verlaat wanneer hy uitvind dat sy swanger is of 'n aborsie wil ondergaan.

Waar miskrame voorkom sal verskillende kliënte dit uiteenlopend beleef. Kliënte mag die volgende noem rondom miskrame:

Die kliënt mag spyt en hartseer ervaar waar sy graag die kind wou hê.	✓
Die kliënt mag glo dat haar lewe beter sou wees indien sy wel die kind gehad het.	✓
Die kliënt mag die miskraam aanvaar en noem dat sy aanbeweeg het met haar lewe.	✓
Die kliënt mag voel dat aangesien sy geen beheer oor die miskraam gehad het nie,	✓

sy haarself nie moet blameer nie.	
Die kliënt mag voel dat die miskraam God se wil was en sy dit so moet aanvaar.	✓

Die berader behoort hier veral te let op die kliënt se gevoelens rondom verlies, asook die kulturele waarde van hierdie kind vir die kliënt en haar seksmaat, gesin en familie. In die kliënt se kultuur mag die verlies aan 'n kind na aanleiding van 'n miskraam verskeie kulturele verwagtinge vernietig. Die kliënt behoort egter nie in 'n hopelose situasie gelaat te word wat toekomstige swangerskappe en die hoop om kinders te hê, aanbetref nie. Hierdie situasie behoort juis deur die berader benut te word om die kliënt aan te moedig om 'n lewenstyl te volg waardeur sy haar gesondheid prioritiseer en verbeter ten einde die moontlikheid van toekomstige swangerskap met haar mediese praktisyn te bespreek.

10.6.3 Huwelikstatus en geboortes van kinders

Die berader behoort hier die volgende in ag te neem:

Huwelikstatus:	Die kliënt sal waarskynlik nie getroud wees wanneer swangerskap voorkom nie. Die huwelik behoort dus nie deur die berader beskou te word as kriteria vir die geboorte van kinders nie.
Kulturele-invloede:	Die kliënt mag noem dat haar kulturele-opvoeding haar daarteen gewaarsku het om nie swanger te raak voordat sy in die huwelik tree of beplan om in die huwelik te tree nie. Laasgenoemde sal egter selde voorkom, aangesien die meeste kliënte moontlik kinders sal hê lank voordat daar in die huwelik getree word of 'n huwelik in die vooruitsig is.
Evaluering van kliënt as potensiële enkelouer:	Waar dit blyk dat die huwelik nie 'n vereiste mag wees vir die voorkoms van swangerskap of kinders nie, mag die evaluering van die kliënt se vermoë om as enkelouers op te tree en versorging en finansiële steun aan kinders te bied, van waarde wees vir die berader.

10.6.4 Vaders van kinders en hul finansiële steun aan kinders

Die berader kan moontlik die volgende verwag:

Die kliënt se kinders sal waarskynlik meer as een vader hê en 'n kliënt kan soveel as drie seksmaats op verskillende tye gehad het waarby sy kinders het.	✓
Bogenoemde mag aanduidend wees van lae voorbehoedmiddelgebruik onder kliënte saam met hulle verskillende seksmaats.	✓
Die kliënt sal waarskynlik tydens haar swangerskappe by haar ouers of 'n ander familielid woon, maar selde op haar eie of saam met 'n seksmaat of eggenoot woon.	✓

Die vaders van kinders sal selde enige finansiële steun bied aan kinders, en waar finansiële steun wel gebied word sal dit moontlik tydelik wees. Vaders van kinders word moontlik gekenmerk aan hul onbetrokkenheid in die finansiële versorging van hul kinders.	✓
--	---

Die volgende redes sal moontlik deur die kliënt aangevoer word vir waarom die vaders van haar kinders selde permanente finansiële steun bied aan hul kinders:

Die vader het na 'n ander gebied getrek en finansiële steun aan sy kinders gestaak.	✓
Die vader het 'n nuwe vrou waarna hy omsien en het daarom finansiële steun aan sy kinders gestaak.	✓
Die vader het die kliënt verlaat toe hy uitgevind het sy is swanger, en het nog nooit enige finansiële steun aan sy kind gebied nie.	✓
As gevolg van die vader se spandering van geld op ander vroue, kan hy nie finansiële steun aan sy kinders bied nie.	✓
As gevolg van die aantal vroue waarby die vader betrokke was terwyl hy met die kliënt in 'n verhouding was, was daar nooit geld om die kliënt se kinders finansiëel te ondersteun nie.	✓
Die vader het nooit enige verantwoordelikheid vir die kliënt se kinders aanvaar nie, en daarom nooit enige finansiële steun aan die kinders gebied nie.	✓
Die vader het uit die kliënt se lewe verdwyn en die kliënt is nie bewus van waar hy hom mag bevind nie.	✓

Die kliënt mag moontlik min negatiewe gevoelens toon rondom die afwesigheid van haar kinders se vaders, en ook aanvaar dat finansiële steun onttrek sal word wanneer die vader van die kinders 'n volgende seksmaat of vriendin ontmoet. Laasgenoemde mag moontlik verband hou met die algemene voorkoms van vaders wat afwesig is in hul kinders se lewens, en klaarblyklik as sterk tendens aanvaar word onder Noord-Sotho/Tswana-sprekendes in die Limpopo Provinsie. Die berader behoort hier genoegsaam ingelig te wees van die wetlike aspekte waarmee die kliënt gekonfronteer sal word waar die vaders van haar kinders geen bydra lewer tot die kinders se finansiële versorging nie. Laasgenoemde mag die nodige bewyse dat 'n vorige seksmaat wel die biologiese vader van die kliënt se kind is, prosedures rondom die aansoek vir die betaling van onderhoud, asook hoe en waar om die biologiese vader op te spoor, insluit. Ten einde hierdie aspekte suksesvol te benader behoort die berader ingelig te wees van watter instansies en organisasies in die kliënt se gemeenskap die kliënt met regshulp sal kan bystaan, aangesien hierdie aspekte nie deur die berader hanteer kan word nie.

Waar die vaders van die kliënt se kinders wel finansiële steun aan kinders bied, mag die kliënt se kultuur 'n belangrike invloed hierop uitoefen. Die volgende kulturele-aspekte behoort in ag geneem te word, veral waar die kliënt meer as een vader vir haar kinders het:

Belangrike kulturele-aspekte en aanbevelings rondom berading:	
Indien die vader van die kinders nie met die kliënt in die huwelik tree nie, mag sy familie die kliënt vra om hul familiewoning te verlaat, veral indien dit blyk dat die vader van die kinders nie beplan om met die kliënt in die huwelik te tree nie. Die vader van die kinders en sy familie het ook die reg om die kinders te behou wanneer die kliënt gevra word om die vader se familiewoning te verlaat. Slegs kinders wat beskou word as die vader sin, mag by die vader se familie woon wanneer die kliënt gevra word om die vader se familiewoning te verlaat. Kinders van ander vaders moet saam met die kliënt gaan, aangesien hul nie aan daardie familie behoort nie.	
<ul style="list-style-type: none"> • Indien 'n kliënt sterk kulturele waardes en -oortuigings onderhou, mag die kliënt dit moeilik vind om tradisionele gebruike teen te gaan, veral wanneer daar teen die vader van haar kinders se familie te staan gekom word. • Die berader behoort egter die kliënt in te lig van haar regte as moeder wat toesig van kinders en toegang tot kinders aanbetref. • Bogenoemde behoort ook in die konteks van die kliënt se vermoë om as enkelouer op te tree, geëvalueer te word, terwyl kwessies rondom finansiële ondersteuning van kinders deur hul vaders weer hier ter sprake sal kom. • Die berader behoort ook in hierdie omstandighede goeie kennis te dra van instansies en organisasies waarna die kliënt verwys kan word vir die nodige regshulp. 	

10.6.5 Beplanning van swangerskappe en die gebruik van voorbehoedmiddels

Die berader behoort hier die volgende in ag te neem:

Die kliënt sal moontlik noem dat sy geen van haar swangerskappe beplan het nie, of moontlik slegs een latere swangerskap beplan het.	✓
Die kliënt sal moontlik nooit of selde van enige voorbehoedmiddel gebruik gemaak het met die spesifieke doel om swangerskappe te voorkom nie.	✓
Die kliënt se onkunde ten opsigte van swangerskap en kondoomgebruik kan moontlik slegs tydens 'n eerste swangerskap aangevoer word as rede vir 'n tekort aan voorbehoedmiddelgebruik. Aangesien die kliënt na die voorkoms van haar eerste swangerskap kennis sou opdoen uit persoonlike ervaring of andersins kontak sou hê met 'n kliniek of hospitaal wanneer die kind gebore word, behoort die berader te bepaal waarom 'n voorbehoedmiddel nie gebruik is in die beplanning van opvolgende swangerskappe nie.	✓
In die kliënt se kultuur bestaan daar klaarblyklik min kommer by die kliënt rondom die voorkoms van onbeplande swangerskappe, en 'n kliënt mag byvoorbeeld soveel as vyf onbeplande swangerskappe gehad het.	✓

Die berader behoort veral te let op waarom onbeplande opeenvolgende swangerskappe steeds voorkom. Redes vir die voorkoms van onbeplande swangerskappe wat moontlik deur die kliënt genoem sal word, mag die volgende insluit:

Die kliënt het per ongeluk swanger geraak en beskou dit as 'n fout.	✓
Die kondoom het geskeur tydens seksuele-omgang.	✓
Die kliënt het geglo dat sy te jonk of te oud was om swanger te raak.	✓
Die kliënt het die voorbehoedpil ongeregeld geneem.	✓

Indien die kliënt wel van 'n voorbehoedmiddel gebruik maak om swangerskap te voorkom, kan daar verwag word dat die voorbehoedinspuiting voorkeur sal geniet bo alle ander vorme van voorbehoedmiddels. Daarna sal kliënte se keuse in voorbehoedmiddelgebruik moontlik in die orde van die volgende voorkeur geskied: eerstens die voorbehoedpil, dan kondome en laastens sterilisasie. Waar 'n voorbehoedmiddel gebruik word om swangerskap te voorkom, mag dit egter op 'n ongeregelde basis deur die kliënt gebruik word, en mag onbeplande swangerskappe om hierdie rede steeds voorkom. Waar die voorbehoedinspuiting bo alle ander vorme van voorbehoedmiddelgebruik verkies word, behoort die berader te bepaal wat die kliënt se redes hiervoor mag wees, aangesien die gebruik van die voorbehoedinspuiting nie MIV-oordraging kan voorkom nie. Vrae mag dus by die berader ontstaan rondom die kliënt se beheer oor haar eie liggaam en seksualiteit, en die bespreking van reprodktiewe sake soos die gebruik van 'n voorbehoedmiddel met haar man of seksmaats.

Die kliënt mag moontlik die volgende noem rondom die gebruik van die voorbehoedinspuiting:

Probleme rondom die gebruik van die voorbehoedinspuiting en aanbevelings rondom berading:
Die gebruik van die voorbehoedinspuiting word nie deur die kliënt volhou nie en word dikwels slegs as 'n tydelike oplossing beskou om swangerskap te voorkom. Die kliënt mag moontlik nie bewus wees daarvan dat sy reeds MIV-positief is, en die voorbehoedinspuiting nie MIV-herinfeksie van haarself of MIV-oordraging na ander sal voorkom nie. Wanneer die kliënt oorbeweeg van die gebruik van een voorbehoedmiddel soos die voorbehoedinspuiting na 'n ander voorbehoedmiddel soos die voorbehoedpil, mag onkunde ten opsigte van hierdie proses aanleiding gee tot 'n onbeplande swangerskap.
<ul style="list-style-type: none"> Die kliënt kan eerstens ingelig word oor die funksie en werking van die voorbehoedinspuiting, en dat dit deurlopend met tussenposes toegedien behoort te word om effektief te wees.

- Die oorgang van een voorbehoedmiddel na 'n ander behoort ook deur die gesondheidswerker met die kliënt bespreek te word.
- Die berader behoort te let op waarom die kliënt die voorbehoedinspuiting bo ander vorme van voorbehoedmiddels verkies.
- Verder behoort die kliënt ingelig te word dat die voorbehoedinspuiting slegs gebruik kan word indien beide sy en haar seksmaat MIV-toetsing ondergaan en MIV-negatief is, geen seksueeloorraagbare infeksies het nie en in 'n monogame verhouding verkeer. Met inagnome van mans in die kliënt se kultuur se benaderings tot manlikheid en meervoudige seksmaats, mag bogenoemde situasie egter selde voorkom. Die bespreking van kondoomgebruik sal dus hier essensieel wees, aangesien ongewenste swangerskappe, MIV-infeksie, MIV-herinfeksie en seksueeloorraagbare infeksies hierdeur voorkom kan word.

Personeel by gesinsbeplanningsdienste behoort eerder MIV-toetsing en deurlopende kondoomgebruik aan te beveel, in plaas daarvan om die voorbehoedinspuiting of die voorbehoedpil soos deur die kliënt aangevra, te voorsien. Sodoende kan beide ongewenste swangerskappe sowel as MIV-infeksie by die kliënt voorkom word. Daar behoort dus seker gemaak te word dat die kliënt verstaan dat nie alle voorbehoedmiddels wat swangerskap kan voorkom, ook MIV-oordraging sal voorkom nie.

10.6.6 MIV-status en toekomstige swangerskappe/kinders

Hoewel die kliënt moontlik mag noem dat sy minder kinders het as wat sy graag wou hê, impliseer dit nie dat die MIV-positiewe kliënt nog kinders sal wil hê noudat sy bewus is van haar MIV-status nie. Kliënte wat voel dat hul nie nog kinders wil hê nie sal moontlik die volgende redes hiervoor aanvoer:

Die kliënt mag voel dat sy te oud is om nog kinders te hê.	✓
Die kliënt mag voel dat haar MIV-positiewe status haar daarvan sal weerhou om voldoende na nog 'n kind om te sien.	✓
Die kliënt wat reeds MIV-positiewe kinders het, mag voel dat sy nie emosioneel instaat sal wees daartoe om die versorging van nog 'n MIV-positiewe kind te hanteer nie.	✓
Die kliënt mag voel dat sy reeds genoeg kinders het waarna sy moet omsien.	✓
Die kliënt mag bevrees wees dat haar immuunsisteem negatief geaffekteer sal word deur verdere swangerskappe.	✓
Die kliënt mag voel dat verdere swangerskappe ernstige spanning vir haar sal veroorsaak.	✓
Die kliënt mag voel dat sy nie finansieel daartoe instaat is om na nog 'n kind om te sien nie.	✓

Kliënte mag egter ten spyte van hul MIV-positiewe status steeds kinders wil hê. Die belangrikste redes hiervoor hou moontlik vir die kliënt verband met die volgende:

Dit is die kliënt se ideaal of droom om te trou en kinders te hê.	✓
Die kliënt wil graag vir haar seksmaat of man 'n kind gee.	✓
Die kliënt wil graag net een kind meer hê om haar ideale aantal kinders te voltooi.	✓
Die kliënt wil nie hê dat haar enigste kind sonder 'n broer of suster moet grootword nie.	✓
Die kliënt glo dat haar MIV-positiewe status haar nie van enige ander MIV-negatiewe persoon onderskei nie, en sy daarom steeds soos enige ander persoon kinders kan hê.	✓
Die kliënt wil die vroulike ideaal van kinders hê vervul.	✓
Die kliënt ervaar 'n ernstige moederlike behoefte om kinders te hê.	✓
Die kliënt voel gesond genoeg om nog kinders te hê.	✓

Die berader mag dit relevant vind om te let op redes waarom vroue nog kinders sal wil hê, of nie kinders wil hê nie en hierdie redes gebruik as voor- en nadele wat tydens berading teen mekaar opgeweeg kan word, ten einde die kliënt te help om 'n besluit te neem ten opsigte van toekomstige kinders. Die MIV-positiewe kliënt se gesondheid en CD4-telling behoort egter 'n belangrike rol te speel in haar keuse rondom verdere swangerskappe. Die mediesepraktisyn se evaluering van die kliënt se gesondheid mag dus een van die belangrikste faktore in hierdie keuse rondom toekomstige swangerskappe wees.

10.6.7 Toekomstige versorging van kinders

Die kliënt mag ernstige kommer ervaar oor wie na haar kinders sal omsien na haar afsterwe, en selfs noem dat daar niemand sal wees om na haar kinders om te sien nie. Laasgenoemde vereis van die berader om die kliënt se gesondheidstatus deurlopend op te volg ten einde te verseker dat kinders nie na afsterwe van die MIV-positiewe moeder, sonder toesig en versorging gelaat word nie, of 'n kind as hoof van die huishouding moet optree nie. In die meeste gevalle sal die kliënt moontlik op die volgende persone staatmaak om na haar kinders om te sien na haar afsterwe:

Die kinders se grootouers.	✓
Die kliënt se broer of suster.	✓
Die kliënt se eggenoot of seksmaat.	✓

Die kliënt mag egter verskeie vrese onderhou rondom die versorging van haar kinders deur bogenoemde persone, en sal moontlik die volgende vrese verbaliseer:

’n Tekort aan emosionele ondersteuning vir kinders vanaf die alternatiewe versorger.	✓
’n Tekort aan genoegsame finansiële ondersteuning vir kinders vanaf die alternatiewe versorger.	✓
Vroeë skoolverlating sodat kinders ’n inkomste kan verdien vir die alternatiewe versorger, of om na hulself om te sien.	✓
Kinders wat deur die alternatiewe versorger gebruik word as ekonomiesebate in en rondom die huishouding deur sekere take te verrig.	✓
Kinders wat slegs kos sal kry indien hul bogenoemde take vir die alternatiewe versorger verrig.	✓
Kinders wat buite moet slaap en in asblikke na kos moet soek waar die alternatiewe versorger nie in hierdie behoeftes voorsien nie. Laasgenoemde word deur die kliënt gevrees, aangesien dit reeds voorgekom het in ’n tydperk waarin die kliënt haar kinders noodgedwonge by ’n alternatiewe versorger moes laat.	✓
Kinders wat straatkinders word in ’n poging om te oorleef sonder die nodige ondersteuning van die alternatiewe versorger.	✓
Die alternatiewe versorger se stigmatisering van kinders wie se ouers as gevolg van MIV en VIGS gesterf het.	✓

Bogenoemde vrese van die kliënt behoort deur die berader as geldige vrese beskou te word, aangesien verskeie gebeure in die kliënt en haar kinders se verlede reeds ’n aanduiding mag wees hiervan. Die kliënt se keuse van ’n toekomstige alternatiewe versorger vir haar kinders is dus kritiek, en ook beslissend van die kliënt se gemoedsrus rondom haar kinders se toekoms, sowel as die kinders se gemoedsrus vir wanneer hul moeder mag sterf. Die berader behoort beide die kliënt en die toekomstige alternatiewe versorger, sowel as die kliënt se kinders by berading te betrek. Ander alternatiewe wat mag strek vanaf aanneming tot kinderhuisplasing, behoort ook met die kliënt bespreek te word.

10.7 Die vrou as huweliksmaat

Onder hierdie afdeling word daar gelet op die vrou as huweliksmaat deur te kyk na terloopse sowel as gereelde seksuele verhoudings (wat waarskynlik as ’n huwelik beskou word). Daar word ook gelet op houdings en oortuigings rondom die huwelik, en die invloed van kulturele-aspekte soos *lobola*/bruidskat op die huwelik. Laastens word daar gelet op meervoudige seksmaats en die huwelik, die verband tussen seksuele plesier en kondoomgebruik, en die tipe verhoudings wat die belangrikste MIV-risiko vir vroue inhou.

10.7.1 Gereelde of permanente seksueleverhoudings

Die berader behoort die volgende in ag te neem wat gereelde/permanente seksueleverhoudings aanbetref:

Die kliënt se permanente seksueleverhoudings het waarskynlik geen vasgestelde duur of 'n beperkte aantal seksmaats nie, en kan van een jaar tot lewenslank strek.	✓
Die aantal permanente verhoudings met seksmaats sal van kliënt tot kliënt verskil en mag tussen een en drie seksmaats op verskillende tye insluit.	✓
Die kliënt sal moontlik nooit 'n seksueleverhouding waar seksuele-omgang slegs twee tot drie keer voorgekom het, as gereeld/permanent beskou het nie.	✓

Redes vir die tekort aan kondoomgebruik in permanente seksueleverhoudings en aanbevelings rondom berading:

Die kliënt het nie kondoomgebruik oorweeg in hierdie tipe seksueleverhoudings nie. Die kliënt se gereelde seksmaats wou nie van kondome gebruik maak nie, as gevolg van hul negatiewe houdings teenoor kondoomgebruik of as gevolg van die tekort aan seksueleplesier.

- Die berader behoort te poog om pare in permanente seksueleverhoudings te betrek vir egpaar-berading, aangesien hierdie verhoudings as gevolg van die aard daarvan, juis 'n belangrike MIV-risiko inhou vir beide seksmaats.
- Die berader behoort eerstens te let op logiese verklarings vir die tekort aan kondoomgebruik tussen seksmaats. Aspekte soos die skending van vertroue tussen seksmaats deur middel van kondoomgebruik, konsepte rondom manlikheid in die seksmaat se kultuur wat verband mag hou met byvoorbeeld kondoomgebruik wat as “sperm mors” beskou word, asook die “onnatuurlike” gevoel van kondoomgebruik vir die man, mag hier ter sprake wees. Kondoomgebruik mag ook in die kliënt se kultuur aanduidend wees dat seksmaats mekaar nie vertrou nie.
- Die berader kan hier veral op twee aspekte fokus ten einde MIV-toetsing en kondoomgebruik by seksmaats aan te moedig. Eerstens behoort die berader die netwerk van MIV-verspreiding aan seksmaats te verduidelik deur van 'n visuele voorstelling gebruik te maak wat beide seksmaats se seksuele geskiedenis omvat, en die risiko vir MIV sal aandui waar 'n tekort aan kondoomgebruik voorgekom het.
- Tweedens kan die berader aan seksmaats verduidelik dat die voorkoms van MIV en VIGS ook 'n belangrike invloed uitoefen op tradisionele oortuigings en -gebruike rondom permanente seksueleverhoudings in die seksmaats se kultuur.
- Die seksmaats moet dus verstaan dat die voorkoms van MIV en VIGS veranderinge meebring het wat in konflik mag verkeer met tradisionele- en kulturele benaderings tot permanente seksueleverhoudings.
- Seksmaats behoort ingelig te word dat hierdie verhoudings aangepas behoort te word ten einde hul gesondheid en die moontlikheid van toekomstige swangerskappe te verseker, deurdat MIV-toetsing ondergaan moet word en daar byvoorbeeld van kondome gebruik gemaak moet word. Indien seksmaats MIV-toetsing ondergaan en MIV-positief is, behoort die belang van kondoomgebruik ook in die konteks van MIV-herinfeksie en toekomstige swangerskappe verduidelik te word.

Waar die kliënt slegs vir 'n kort tydperk van kondome gebruik maak aan die begin van permanente seksueleverhoudings en daarna nooit weer nie, kan die berader die volgende moontlike redes hiervoor verwag:

Deurlopende kondoomgebruik in permanente seksueleverhoudings is 'n aanduiding dat seksmaats mekaar nie vertrou nie.	✓
Die kliënt se seksmaat het <i>lobola</i> betaal, wat 'n aanduiding is van sy erns van die verhouding, en kondome is dus nie meer gebruik nie.	✓
Die kliënt was jonk en het nie geweet dat deurlopende kondoomgebruik in permanente seksueleverhoudings van belang is nie.	✓
Die kliënt het nie haar seksmaat se seksueleverlede geken nie, en daarom tydelik van kondome gebruik gemaak, maar kondoomgebruik gestaak nadat sy hom beter leer ken het.	✓
Die kliënt het slegs tydelik van kondome gebruik gemaak totdat sy verseker was dat haar seksmaat nie ander seksueleverhoudings het nie, waarna kondoomgebruik gestaak is.	✓

MIV- en VIGS-programme sowel as MIV-beraders behoort veral te fokus op die MIV-status van die kliënt se seksmaat in 'n permanente seksueleverhouding. Daar behoort 'n duidelike boodskap oorgedra te word dat vertroue in 'n seksmaat nie verband behoort te hou met die moontlike betaling van *lobola*, waarneming van die seksmaat se getrouheid, of beperkte kennis van die seksmaat se seksueleverlede nie. Slegs die kliënt en haar seksmaat se MIV-status, en dus MIV-toetsing behoort die aard van hul permanente seksueleverhouding te bepaal. Waar een of albei seksmaats MIV-positief is, word hul met geen ander keuse gelaat as kondoomgebruik nie. Hier sou dit weer eens van belang wees vir seksmaats om te verstaan dat ander voorbehoedmiddels as kondome slegs gebruik kan word indien albei MIV-negatief is, geen ander seksueeloordraagbare infeksies het nie en getrou is aan mekaar.

Waar kondoomgebruik wel voorkom in permanente seksueleverhoudings, behoort daar veral gelet te word op redes waarom die kliënt van kondome gebruik maak in hierdie verhoudings. Daar kan gelet word op twee kategorieë van kondoomgebruik in permanente seksueleverhoudings, naamlik die kliënt wat in latere permanente seksueleverhoudings van kondome begin gebruik maak het, en die kliënt wat in alle permanente seksueleverhoudings van kondome gebruik gemaak het.

Redes vir kondoomgebruik saam met latere permanente seksmaats:	Redes vir kondoomgebruik saam met alle permanente seksmaats:
Die kliënt was gedurende latere permanente seksueleverhoudings beter ingelig rondom kondoomgebruik.	Die kliënt sal moontlik jonger (vroeë tot middel twintigs) wees met 'n beter formele onderrig (matriek en tersiêre

	onderrig) en meer inligting rondom MIV en VIGS en kondoomgebruik tot haar beskikking hê.
Die kliënt was gedurende latere permanente seksueleverhoudings bewus van haar MIV-status.	Die kliënt het kondoomgebruik gekies as wyse om swangerskap te voorkom in haar permanente seksueleverhoudings.

Swangerskap, MIV-herinfeksie en seksueeloorloordragbare infeksies mag moontlik steeds voorkom in hierdie kliënte se permanente seksueleverhoudings waar die kondoom skeur of gly tydens seksuele-omgang. Wat die kliënt aanbetref wat in alle permanente seksueleverhoudings van kondome gebruik maak, het verkragting van die kliënt voorgekom waar die kliënt geen keuse kon uitoefen rondom kondoomgebruik nie, en het die kliënt MIV opgedoen en swanger geraak. Bogenoemde redes vir kondoomgebruik dui egter daarop dat die kliënt se onderrig, kennis van kondome en kondoomgebruik sowel as die kliënt se bewustheid van haar MIV-status belangrike rolle speel in kondoomgebruik in permanente seksueleverhoudings.

10.7.2 Terloopse seksueleverhoudings

Die berader behoort die volgende in ag te neem wat terloopse seksueleverhoudings aanbetref:

Die kliënt se aantal terloopse seksmaats kan wissel tussen een en sewe seksmaats op verskillende tye.	✓
Die kliënt mag moontlik haar terloopse seksmaat daardie selfde dag ontmoet en seksuele-omgang met die seksmaat hê, en hom daarna nooit weer sien nie, of vir so lank as drie weke in 'n seksueleverhouding met haar seksmaat verkeer en hom daarna nooit weer sien nie.	✓
Daar bestaan 'n groter moontlikheid dat die kliënt van kondome gebruik sal maak in haar verhoudings met terloopse seksmaats as met gereelde/permanente seksmaats. Die besluit om van kondome gebruik te maak saam met terloopse seksmaats hou veral vir die kliënt verband daarmee dat die sy nie haar seksmaats se seksueleverlede ken nie.	✓
Wanneer die kliënt egter nie van kondome gebruik maak in terloopse seksueleverhoudings nie, sal dit waarskynlik verband hou met die tekort aan enige inligting rondom kondoomgebruik en veilige seksuelepraktyke.	✓
Terloopse verhoudings waarin kondoomgebruik nie voorkom nie sal moontlik plaasvind voordat die kliënt MIV-toetsing ondergaan het en bewus was van haar MIV-status.	✓

Die kliënt sal waarskynlik aan die berader noem dat sy terloopse seksueleverhoudings as negatief beleef om die volgende redes:

Hierdie verhoudings duur nooit lank nie.	✓
Die kliënt voel dat haar seksmaats in hierdie verhoudings slegs opsoek is na seksuele-omgang, en die verhouding dus niks verder bied nie.	✓
Die kliënt voel seksueel misbruik in hierdie verhoudings.	✓
Die kliënt voel waardeloos in hierdie verhoudings.	✓
Die aantal terloopse seksmaats op verskillende tye laat die kliënt meer krities wees op haar seksmaats, wat aanleiding gee daartoe dat die kliënt vinnig van een terloopse verhouding tot die volgende sal beweeg.	✓
Die kort duur van terloopse verhoudings forseer die kliënt om leuens te vertel aan verskillende opvolgende seksmaats, waar daar vinnig van een seksmaat tot 'n volgende beweeg word.	✓
Daar is geen liefde in terloopse seksueleverhoudings nie	✓

Aangesien die kliënt terloopse seksueleverhoudings as negatief beleef behoort die berader veral op twee aspekte te fokus. Daar behoort eerstens bepaal te word wat die kliënt se redes mag wees vir die aanknoop van terloopse seksueleverhoudings. Hoewel kondoomgebruik moontlik in hierdie verhoudings mag voorkom, behoort die berader ook te bepaal waarom kondoomgebruik nie altyd voorkom nie. Wat ookal die kliënt se redes vir laasgenoemde twee aspekte mag wees, hetsy alkohol- of dwelmgebruik, promiskuïteit, eensaamheid, kulturele rituele of enige ander redes, behoort dit daadwerklik deur die berader aangespreek te word. Terloopse verhoudings kan moontlik beskou word as verhoudings wat die grootste MIV-risiko vir die kliënt inhou, veral waar daar 'n tekort aan MIV- en VIGS-verbandhoudende inligting en kondoomgebruik voorkom.

10.7.3 Houdings rondom die huwelik

Die kliënt sal waarskynlik nooit in die huwelik getree het nie, en sal moontlik die volgende redes hiervoor aanvoer:

Die kliënt sal selde gevra word om in die huwelik te tree.	✓
Die seksmaat se beloftes aan die kliënt om later in die huwelik te tree word selde nagekom.	✓
Seksmaats vind dit dikwels moeilik om genoeg geld of goedere bymekaar te maak om <i>lobola</i> vir die kliënt te betaal.	✓
Waar die kliënt openlik is met haar seksmaat oor haar MIV-status, stel die seksmaat dikwels nie meer belang om met die kliënt in die huwelik te tree nie.	✓

Ten spyte daarvan dat die kliënt waarskynlik nooit getroud was nie, sal die kliënt moontlik positiewe houdings rondom die huwelik onderhou en die huwelik selfs idealiseer om die volgende redes:

Om getroud te wees is 'n eer vir die vrou.	✓
Die huwelik bied emosionele sekuriteit vir die vrou.	✓
Waar albei huweliksmaats MIV-positief is dra hul hierdie las saam.	✓
Slegs die huwelik bied die tipe geluk wat 'n vrou benodig en wat nie deur ongetroudes bekom kan word nie.	✓
Die huwelik is belangrik vir kinders se sekuriteit waar albei ouers betrokke is in hul kinders se lewens.	✓
Die huwelik voorkom eensaamheid deurdat huweliksmaats aandag skenk aan mekaar en mekaar versorg.	✓
Die huwelik bied seksuelepassie.	✓
Die huwelik bied finansiële standvastigheid deurdat die vrou van geld en 'n huis voorsien word.	✓

Vir die kliënt wat negatiewe gevoelens rondom die huwelik onderhou, kan die berader die volgende redes hiervoor verwag:

Die kliënt was voorheen getroud en die emosionele ervaring van haar huwelik was negatief van aard waar haar seksmaat haar disrespekvol behandel het en emosioneel verkleiner het.	✓
Die kliënt was voorheen getroud met 'n man wat meervoudige seksmaats gehad het waarvan die kliënt bewus was.	✓
Die huislike take wat binne die huwelik uitgevoer moet word rondom die versorging van die man word as oormatig beskou deur die MIV-positiewe kliënt.	✓

Die kliënt wat voorheen getroud was mag moontlik meer negatiewe houdings rondom die huwelik onderhou as die kliënt wat nooit voorheen getroud was nie, wat vir die berader 'n aanduiding mag wees van Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue se ervaring van die huwelik. Die MIV-risiko wat verband hou met onveilige seksuele-omgang binne die huwelik sal ook selde deur getroude of ongetroude kliënte genoem word, wat 'n verdere aanduiding is dat vroue nie bewus is van die belangrike MIV-risiko wat die huwelik vir hul inhou nie. MIV-risiko hou hier veral verband met die kliënt se seksmaat se meervoudige seksueleverhoudings. Ongetroude kliënte behoort dus ingelig te word dat die huwelik nie slegs positief is nie, maar ook belangrike MIV-risiko's mag inhou.

10.7.4 Die invloed van lobola op die huwelik

Die kliënt vir wie *lobola* betaal of belowe is, sal moontlik positief voel hieroor en die volgende redes aanvoer:

<i>Lobola</i> impliseer dat die seksmaat die kliënt as spesiaal of uitsonderlik beskou.	✓
<i>Lobola</i> gee respek aan die kliënt en haar huwelik, terwyl die wetlike huwelik nie as 'n huwelik beskou word indien dit nie gepaard gaan met <i>lobola</i> nie.	✓
<i>Lobola</i> laat die kliënt toe om enige probleme binne haar huwelik met haar of haar seksmaat se families te bespreek.	✓
<i>Lobola</i> skep 'n sterk band tussen twee families.	✓
Die kliënt is geregtig om uiteindelik saam met haar seksmaat te woon wanneer hy <i>lobola</i> betaal het.	✓
<i>Lobola</i> impliseer nie dat die kliënt gekoop word nie, maar is eerder 'n aanduiding van die man se toewyding aan die kliënt en haar kultuur.	✓
Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue voel vereer wanneer <i>lobola</i> betaal word en het 'n behoefte daaraan dat 'n seksmaat sal aanbied om <i>lobola</i> te betaal.	✓

Dit is van belang vir die berader om in ag te neem dat kulturelegebruike en -praktyke soos *lobola* 'n belangrike rol speel in die kliënt se lewe. Hierdie gebruike mag groot voordele inhou vir MIV-voorkoming deurdat die berader gedurende beradingsessies waar die kliënt se seksmaat betrek word, gebruik kan maak van die konsepte van eer, respek en getrouheid wat met *lobola* verband hou. Met behulp van laasgenoemde kan die berader deur middel van die kliënt en haar seksmaat se kultuur, positiewe gesondheidsgedrag bevorder op wyses wat deur die kliënt en haar seksmaat verstaan en onderhou kan word.

10.7.5 Die invloed van *lobola* op seksueleverhoudings

Lobola mag veral 'n invloed uitoefen op die kliënt se seksueleregte waar daar dikwels in die kliënt se kultuur geglo word dat 'n man wat *lobola* vir sy vrou betaal het, die reg het tot seksuele-omgang met haar waar, wanneer en hoe hy wil. Die kliënt sal egter selde te vinde wees vir hierdie houdings rondom *lobola* en eerder die volgende opinies rondom *lobola* en seksueleverhoudings onderhou:

<i>Lobola</i> is 'n kulturelekonsep en gee die man nie die reg om sy vrou as besitting te beskou nie.	✓
<i>Lobola</i> impliseer nie dat die man spesifieke beheer oor sy vrou mag uitoefen nie.	✓
<i>Lobola</i> impliseer nie dat die man die reg het tot seksuele-omgang met sy vrou nie.	✓
Die vrou vir wie <i>lobola</i> betaal is behoort altyd 'n geldige rede te gee vir waarom sy nie tot seksuele-omgang met haar man wil instem nie.	✓

Indien die kliënt voel dat *lobola* wel impliseer dat die man seksuele-omgang met sy vrou mag hê waar, wanneer en hoe hy wil, kan die berader die volgende opinies van die kliënt verwag:

<i>Lobola</i> impliseer dat die man vir sy vrou betaal het en dus die reg tot seksuele-omgang met haar het waar, wanneer en hoe hy wil.	✓
Indien <i>lobola</i> betaal is en 'n vrou weier om seksuele-omgang met haar man te hê, mag hy haar fisiek mishandel.	✓
<i>Lobola</i> impliseer dat die man die vrou se liggaam gekoop het en daarom daarmee mag handel soos hy wil.	✓
<i>Lobola</i> impliseer dat die man die hoof van die huishouding is en daarom alle besluite, insluitende seksuelebesluite moet neem.	✓
Indien die man <i>lobola</i> betaal het vir die vrou, behoort sy nie eers 'n poging aan te wend om seksuele-omgang te weier nie, aangesien <i>lobola</i> onderdanigheid aan reëls van die vrou se kultuur vereis wat haar daarvan weerhou om haar man seksuele-omgang te weier.	✓
<i>Lobola</i> word deur die Bybel ondersteun en impliseer dat die man seksuele-omgang met sy vrou mag hê waar, wanneer en hoe hy wil, terwyl die vrou onderdanig moet wees aan haar man.	✓

Hierdie negatiewe aspekte wat deur sekere kliënte rondom *lobola* onderhou mag word, behoort deur die berader aangespreek te word, aangesien bogenoemde aspekte 'n negatiewe invloed mag uitoefen op beide die man en vrou se risiko vir MIV en VIGS (asook MIV-herinfeksie), seksueeloordraagbare infeksies en onbeplande swangerskappe, waar *lobola* meebring dat besluite rondom kondoomgebruik byvoorbeeld aan die man oorgelaat sal word. Die PEN-model kan hier veral deur die berader benut word om die positiewe- en negatiewe aspekte rondom *lobola* te evalueer. Tydens egpaar-berading behoort die berader hierdie aspekte met beide seksmaats te bespreek ten einde te bepaal wat *lobola* vir hul verhouding sal impliseer. Aangesien die voorkoms van MIV en VIGS hier 'n duidelike invloed mag uitoefen op bestaande kulturele-instellings, is dit van belang dat seksmaats insig behoort te ontwikkel van watter aspekte rondom *lobola* behoue kan bly en watter aspekte vermy behoort te word, asook die redes daarvoor.

10.7.6 Die huwelik en meervoudige seksmaats

Die berader kan verwag dat alle kliënte waarmee daar in kontak gekom word se vorige of huidige seksmaats moontlik ander seksmaats gehad het terwyl hul in 'n verhouding/huwelik met die kliënt was.

Die volgende kategorieë is geïdentifiseer vir die kliënt se seksmaats wat meervoudige seksueleverhoudings gehad het, terwyl hul steeds in 'n verhouding/huwelik met die

kliënt betrokke was. Hierdie kategorieë voorsien die berader van 'n omvattende beeld van die kliënt se situasie:

Huweliksmaat	
'n Huweliksmaat met meervoudige seksueleverhoudings werk en woon dikwels ver van die huis af en sal waarskynlik werksaam wees as <i>taxi</i> bestuurder of mynwerker.	✓
Die huweliksmaat gee gewoonlik min om dat sy vrou bewus is van sy meervoudige seksueleverhoudings, en sal hierdie verhoudings dikwels openlik onderneem.	✓
Ten spyte van die kliënt se bewustheid van haar huweliksmaat se meervoudige seksueleverhoudings, asook die huweliksmaat se openlikheid oor hierdie verhoudings, sal die huweliksmaat dikwels aan die kliënt ontken dat hy ander verhoudings het.	✓
Die kliënt se huweliksmaat mag selfs wanneer die kliënt nie tuis is nie, sy ander seksmaats huis toe bring en daar met hul seksuele-omgang hê. In hierdie gevalle word die huweliksmaat dikwels deur die kliënt betrap saam met sy ander seksmaats.	✓
Die kliënt is bewus van haar huweliksmaat se meervoudige seksueleverhoudings, maar sal die huweliksmaat selde verlaat, en indien sy wel haar huweliksmaat verlaat mag dit 'n lang tydperk neem voordat sy hom verlaat. Laasgenoemde hou veral verband met die kliënt se kultuur waar daar geglo word dat 'n vrou uit haar huwelik moet sterf en begrawe word, wat impliseer dat 'n vrou nie haar man mag verlaat nie.	✓
Waar die kliënt selde haar huweliksmaat sal verlaat kom dit meer algemeen voor dat die huweliksmaat die kliënt verlaat wanneer hy uitvind dat sy MIV-positief is of wanneer die huweliksmaat by 'n ander seksmaat gaan woon.	✓
Finansiële ondersteuning aan die kliënt en haar kinders word dikwels deur die huweliksmaat gestop wanneer hy die kliënt verlaat.	✓

Vader van kliënt se kinders	
Die vader van die kliënt se kinders sal moontlik verskeie seksmaats hê waarby hy kinders het.	✓
Die kliënt sal moontlik eers MIV-toetsing ontvang wanneer die vader van haar kinders sterf of die kliënt self MIV-verbandhoudende simptome ontwikkel.	✓
Die kliënt wat oor jare in 'n verhouding was met die vader van haar kinders, en geen ander seksmaats gehad het nie, kan met redelike sekerheid sê dat die vader van haar kinders haar met MIV geïnfekteer het.	✓
Soms is die kliënt se MIV-positiewe toetsuitslag die eerste wyse waarop die kliënt bewus word van die vader van haar kinders se meervoudige seksueleverhoudings.	✓
Die vader van die kliënt se kinders sal moontlik nie sy meervoudige seksueleverhoudings opgee wanneer die kliënt hom daarvoor konfronteer nie.	✓
Wanneer die kliënt uitvind dat sy self MIV-positief is, en dit met die vader van haar kinders bespreek sal hy selde ag slaan op MIV-verbandhoudende inligting en nie noodwendig MIV-toetsing ondergaan nie.	✓
Die kliënt moet dikwels later vrede maak met die vader van haar kinders se meervoudige seksueleverhoudings, aangesien hy selde sy gedrag sal verander.	✓



Huidige seksmaat	
Waar die kliënt bewus is van haar huidige seksmaat se meervoudige seksueleverhoudings sal sy moontlik eerder daarmee vrede maak as om haar seksmaat te verlaat.	✓
Veral die plattelandse kliënt sal dikwels bewus wees dat haar seksmaat se meervoudige seksmaats ook MIV-positief is, aangesien die kliënt na dieselfde klinieke of hospitale gaan vir behandeling as haar huidige seksmaat se meervoudige seksmaats.	✓
Die kliënt wie se huidige seksmaat meervoudige seksueleverhoudings het, sal kondoomgebruik as verskoning gebruik om by haar seksmaat te bly, aangesien sy deur middel van kondoomgebruik haarself teen MIV-herinfeksie beskerm en ook die verspreiding van MIV of MIV-herinfeksie na haar huidige seksmaat voorkom.	✓
Die kliënt mag moontlik vermoed dat haar huidige seksmaat nie van kondome gebruik maak saam met sy meervoudige seksmaats nie, aangesien die huidige seksmaat negatiewe houdings teenoor kondoomgebruik onderhou, en dit slegs saam met die kliënt onderneem omdat die kliënt dit vereis.	✓

Alle seksmaats wat respondent al gehad het	
Waar alle seksmaats wat die kliënt al gehad het, moontlik meervoudige seksueleverhoudings gehad het, terwyl hul steeds in 'n verhouding met die kliënt was, sal die kliënt noem dat sy die volgende gevoelens hieroor ervaar:	
Gevoelens van onbelangrikheid.	✓
Gevoelens van skaamte.	✓
Gevoelens van nutteloosheid.	✓
Gevoelens van 'n tekort aan enige respek vir die kliënt.	✓
Gevoelens dat die kliënt deur haar seksmaat verrai is.	✓

Wat die kliënt se eie seksuelegedrag in hierdie verhoudings aanbetref, kan die berader die volgende verwag:

Die kliënt sal selde meervoudige seksueleverhoudings onderhou en waarskynlik noem dat sy slegs een seksmaat op 'n gegewe tydstip sal hê.	✓
Die kliënt sal moontlik getrou wees aan haar seksmaat en veral die praktiese oorwegings hiervoor aanvoer, soos om te weet wie die vader van haar kind is.	✓
Die kliënt sal moontlik bewus wees van die kortstondige of tydelike aard van verhoudings met Noord-Sotho/Tswana-sprekende mans, en laasgenoemde moontlik aanvaar as 'n algemene tendens in Noord-Sotho/Tswana-sprekende gemeenskappe.	✓
Die kliënt sal moontlik nie skroom om self vinnig van een seksueleverhouding tot 'n volgende te beweeg nie.	✓

Waar die kliënte bewus is van hul MIV-positiewe status asook hul huidige seksmaat se meervoudige seksueleverhoudings, mag sommige kliënte besluit om eerder geen seksmaats meer te hê nie, as gevolg van die teltelling in seksmaats. Hierdie kliënt mag moontlik ook haar seksmaat voor 'n keuse stel waar hy moet kies om saam

met die kliënt te wees en sy meervoudige seksmaats moet opgee, of die kliënt moet verlaat.

10.7.7 Kondoomgebruik en seksueleplesier

Vir die kliënt sal kondoomgebruik moontlik geen verskil maak aan haar seksueleplesier nie, hoewel tyd soms benodig mag word om aan seksuele-omgang met die gebruik van kondome gewoond te raak. Die kliënt sal seksuele-omgang moontlik op 'n kognitiewe en emosionele vlak beleef en seksueleplesier mag sekondêr wees hieraan. Die kliënt se seksmaat sal moontlik die teenoorgestelde beleving van kondoomgebruik hê. Die berader kan verwag dat die volgende opinies moontlik aan die kliënt deur haar seksmaat oorgedra sal word:

Daar is vir mans 'n belangrike verskil wat seksueleplesier aanbetref tussen seksuele-omgang met en sonder die gebruik van kondome. Seksuele-omgang sonder die gebruik van kondome bied meer seksueleplesier, terwyl seksuele-omgang met die gebruik van kondome, seksueleplesier dramaties laat afneem.	✓
Dit is moeilik vir mans wat voorheen nie van kondome gebruik gemaak het nie om gewoond te raak aan seksuele-omgang met die gebruik van kondome.	✓
Mans hou nie van kondoomgebruik nie en sal selfs sover gaan as om te sê hul haat kondoomgebruik.	✓

Wat die vroulike kondoom aanbetref sal min kliënte dit moontlik voorheen al gebruik het om die volgende redes:

Die kliënt mag heeltemal onbekend wees met hoe om die vroulike kondoom te gebruik.	✓
Die gebruik van die vroulike kondoom kom vir die kliënt as baie kompleks voor.	✓
Die grootte van die vroulike kondoom skrik die kliënt af.	✓
Die buitense ring van die vroulike kondoom skrik die kliënt af.	✓
Die kliënt mag moontlik glo dat wanneer die vroulike kondoom eers ingesit is, sy dit nie weer sal kan verwyder nie.	✓

As gevolg van sekere vrese en verwarring rondom die vroulike kondoom sal die meeste kliënte dikwels eerder die manlike kondoom verkies. Die kliënt sal waarskynlik positief reageer op die berader se voorstelle om die vroulike kondoom wel te toets deur dit te gebruik. Die volgende moontlike redes kan aangevoer word vir die kliënt se positiewe houding om wel die vroulike kondoom te toets:

Die kliënt voel dat die gebruik van die vroulike kondoom deur haarself beheer word en nie deur haar seksmaat nie.	✓
Die kliënt voel dat die vroulike kondoom haar 'n keuse tot veilige seksuele-omgang bied indien die seksmaat nie wil instem tot die gebruik van die manlike	✓

kondoom nie. Die kliënt kan dan steeds deur middel van die vroulike kondoom haarself beveilig.	
Die kliënt voel dat die vroulike kondoom meer seksuelevryheid aan mans sal bied wat glo dat hul seksueleplesier deur die manlike kondoom beperk word.	
Die kliënt is oortuig dat die vroulike kondoom nie so maklik kan skeur soos die manlike kondoom nie, en daarom veiliger as die manlike kondoom is.	✓
Die kliënt voel dat die vroulike kondoom soortgelyke beskerming as die manlike kondoom bied, maar deur die vrou self beheer word.	✓

Vir die kliënt wat al die vroulike kondoom gebruik het of gepoog het om dit te gebruik, kan die berader die volgende terugvoer verwag:

Die vroulike kondoom maak geluide gedurende seksuele-omgang.	✓
Die vroulike kondoom is te groot.	✓
Die kliënt kon nie daarin slaag om die vroulike kondoom in te sit nie.	✓

Die kliënt mag hoofsaaklik die manlike kondoom verkies, en die gebruik van die vroulike kondoom sal om verskeie redes moontlik nie populêr wees onder kliënte nie. Kennis en inligting rondom die vroulike kondoom mag vroue egter aanmoedig om van hierdie kondoom gebruik te maak. Dit blyk egter dat die manlike kondoom bo die vroulike kondoom verkies word, en vroue behoort dus aangemoedig te word om deurlopend self die manlike kondoom te voorsien of beskikbaar te hê indien hul nie van die vroulike kondoom gebruik wil maak nie.

10.7.8 Hoë MIV-risiko verhoudings

Daar word vervolgens gelet op verhoudings waarin kliënte oortuig is hul MIV opgedoen het, en dus aanduidend mag wees van hoë MIV-risiko verhoudings vir vroue. Die volgende kategorieë omvat die spesifieke MIV-risiko's wat binne hierdie verhoudings wat dikwels as huwelike beskou word, voorkom. Hierdie kategorieë bestaan uit saamgestelde inligting wat in die vorm van 'n gevallestudie aangebied word, ten einde die berader van 'n omvattende beeld van die kliënt se potensiële risiko vir MIV binne hierdie verhoudings te voorsien. Hierdie kategorieë kan ook deur die berader benut word tydens berading ten einde die kliënt bewus te maak van die MIV-risiko wat verskillende tipes verhoudings vir haar mag inhou, en dus die belang van MIV-toetsing ten spyte van watter tipe verhouding die kliënt ookal voorheen mag gehad het, en die belang van kondoomgebruik in alle tipes verhoudings.



Eggenoot

Die kliënt is getrou aan haar seksmaat en het geen ander seksmaats nie. As gevolg van die aard van die verhouding tussen huweliksmaats word kondome nie gebruik nie. Die kliënt se eggenoot werk egter ver van die huis af en kom selde huis toe. Die kliënt ontwikkel MIV-verbandhoudende simptome en ondergaan MIV-toetsing. Die kliënt konfronteer haar eggenoot met die MIV-positiewe toetsuitslag. Die eggenoot ontken dat hy buite-egtelike seksueleverhoudings het en beskuldig die kliënt daarvan dat sy buite-egtelike seksueleverhoudings het. Die kliënt was egter getrou aan haar eggenoot en is verder bewus dat hy ook ander seksmaats het waar hy woon en werk, en is oortuig dat haar eggenoot haar met MIV geïnfekteer het.

Vader van kinders

Kondome word nie saam met die vader van die kliënt se kinders gebruik nie en swangerskap mag beplan of onbeplan voorkom. Die kliënt is bewus van die vader van haar kinders se meervoudige seksueleverhoudings, asook dat die vader van haar kinders sowel as sekere van sy meervoudige seksmaats MIV-toetsing ondergaan het, en MIV-positief is. Die vader van die kliënt se kinders of die kliënt se baba sterf. Die kliënt ondergaan MIV-toetsing en haar toetsuitslag is positief. Die kliënt is dus oortuig dat die vader van haar kinders haar met MIV geïnfekteer het.

Vorige seksmaats

Die kliënt se mansvriend woon nie saam met die kliënt nie, hoewel die kliënt en haar mansvriend in 'n seksueleverhouding is en getrou behoort te wees aan mekaar. Die kliënt se mansvriend het voorheen meervoudige seksmaats gehad waarby hy kinders het. Die kliënt vind uit dat een van haar mansvriend se vorige seksmaats MIV-positief is en reeds MIV-positiewe kinders aan die dood afgestaan het. Na ongereelde kondoomgebruik saam met haar mansvriend besluit die kliënt om MIV-toetsing te ondergaan. Die kliënt se MIV-toetsuitslag is positief. Na 'n tydperk sterf die kliënt se mansvriend aan VIGS-verbandhoudende simptome en die kliënt is daarom oortuig dat haar mansvriend haar met MIV geïnfekteer het.

Huidige seksmaat

Die kliënt en haar huidige seksmaat gebruik slegs vir 'n kort tydperk aan die begin van die verhouding kondome, aangesien hul nie mekaar se seksueleverlede ken nie. Die kliënt het voorheen MIV-toetsing ondergaan en haar toetsuitslag was negatief. Die kliënt ontdek dat sy swanger is en daar word ook 'n MIV-toets onderneem ten einde haar MIV-status te bepaal. Die kliënt se MIV-toetsuitslag is positief. Die kliënt is oortuig dat haar huidige seksmaat haar met MIV geïnfekteer het, aangesien sy voor hierdie seksueleverhouding 'n negatiewe MIV-toetsuitslag gehad het.

Verkragter

Die kliënt maak deurlopend gebruik van kondome in al haar verhoudings. Die kliënt word verkrag en die verkragter maak nie gebruik van 'n kondoom nie. Die kliënt meld nie die verkragting aan nie, maar besoek later 'n kliniek en vind uit dat sy swanger is na aanleiding van verkragting. Die kliënt ondergaan 'n aborsie, maar aangesien sy nie haar verkragting bekend maak aan personeel nie, ondergaan sy eers baie later MIV-toetsing. Die MIV-toetsuitslag is positief. Die tydperk om MIV-voorkomende medikasie te neem na aanleiding van verkragting is reeds verstreke. Die kliënt

vermoed dat die verkragter haar met MIV geïnfekteer het, aangesien dit die enigste kontak was waar daar nie van kondome gebruik gemaak is nie.

10.8 Die vrou as enkelouer

Onder die vrou as enkelouer word daar gelet op behoeftes van die vrou rondom hierdie rol, wat probleemgedrag onder enkelouer-vroue se kinders, enkelouer-vroue se kulturele verantwoordelikhede asook die vader se pligte teenoor enkelouer-kinders insluit.

Enkelouerskap sal moontlik algemeen voorkom onder MIV-positiewe kliënte van alle ouderdomme. Die volgende behoeftes wat deur die kliënt wat as enkelouer optree, ervaar mag word, sal moontlik deur die kliënt aan die berader genoem word:

Vaders van kinders kom selde of nooit hul finansiële pligte teenoor hul kinders na nie.	✓
Die kliënt ervaar probleme rondom die dissiplinerings van haar kinders in die afwesigheid van 'n vaderfiguur.	✓
Die kliënt ervaar 'n behoefte na bystand vanaf die vader in die ondersteuning van MIV-positiewe kinders.	✓

10.8.1 Nakoming van vaders se pligte teenoor kinders

Die kliënt mag waarskynlik voel dat die vaders van haar kinders nie genoeg verantwoordelikheid neem vir die kinders nie, en die volgende redes hiervoor aan die berader noem:

Probleme rondom vaders se nakoming van hul pligte teenoor hul kinders en aanbevelings rondom berading:
<ul style="list-style-type: none"> • Die vader van die kinders kan dikwels finansiële na die eerste kind omsien, maar wanneer nog kinders later gebore word, is die vader selde finansiële daartoe instaat om na alle kinders om te sien. • Die vader van die kinders sal dikwels vir 'n paar maande onderhoud vir die kinders betaal, maar kan selde hiermee volhou, wat die werklose kliënt verplig om 'n werk te probeer vind om na haar kinders om te sien. Dit kom dikwels voor asof vaders vergeet het of voorgee dat hul vergeet het van die kinders wat hul by die kliënt het. • Vaders van die kliënt se kinders betaal dikwels geen onderhoud nie en die kliënt is alleen verantwoordelik vir die finansiële onderhouding van haar kinders. Vaders toon min belangstelling in die welstand van hul kinders soos of hul gevoed en geklee is. • Die kliënt se kinders ken dikwels nie hul vaders nie en het geen verhouding van enige aard met hul vaders nie. Kinders sal dan aan die kliënt vra wie hul vaders is en graag die vaders wil ontmoet. Vaders is bewus van die kinders wat hul by vroue het, maar stel nie belang om die kinders te besoek nie, selfs al weet die



vaders waar die kliënt en haar kinders woon.

- Indien kinders se vaders wel 'n verhouding met die kinders het, is kontak dikwels sporadies en van korte duur.
 - Mans wil kinders hê, maar is nie bereid om bystand te bied in die versorging van kinders nie. Nadat die kliënt die kinders gehad het wat die man graag wou hê, verlaat die man die kliënt dikwels.
 - Mans is bereid om die kinders wat hul by die kliënt het te versorg solank as wat die kliënt aan die man se seksuele vereistes voldoen.
- Die berader behoort hier verkeie aspekte aan te spreek. Eerstens behoort die kliënt aangemoedig te word om aansoek te doen vir die betaling van onderhoud vir haar kinders. Laasgenoemde mag die kliënt se finansiële druk help verlig.
 - Aangesien hierdie proses oor maande mag strek om redes soos die bewys van biologiese ouerskap van die vader en opsporing van die vader, behoort die berader die kliënt te kan verwys na nie-regeringsorganisasies en welsynsorganisasies in haar gemeenskap, waardeur sy tydelik ondersteun kan word in die voorsiening van voedsel en klere vir haar en haar kinders.
 - Indien vaders van kinders beskikbaar en bereidwillig is behoort daar ook op kinders se behoefte na 'n verhouding met hul vaders gelet te word. Die berader kan hier as fasiliteerder optree ten einde 'n verhouding te bewerkstellig en aan te moedig tussen die kinders en hul vaders.
 - Een van die belangrikste aspekte waarop die berader egter moet let is die kliënt se seksuele verhouding met die vader van haar kinders. Hierdie verhouding mag 'n belangrike risiko vir MIV-infeksie en MIV-herinfeksie inhou vir beide sekstaats, veral waar die kliënt in 'n magtelose posisie gelaat word as gevolg van die vader van die kinders se finansiële bydra tot die kinders se versorging. In hierdie situasie sou die kliënt moontlik nie op kondoomgebruik kan aandrang nie, aangesien die vader dan geen finansiële bydra tot die kinders mag maak nie.
 - Die berader behoort die kliënt aan te beveel om hierdie tipe verhouding daadwerklik te beëindig, en die kliënt te voorsien van hulpbronne in haar gemeenskap soos nie-regeringsorganisasies en welsynsorganisasies, totdat die kliënt die nodige stappe onderneem het om onderhoud te vereis van die vader van haar kinders. Die kliënt kan ook na organisasies verwys word wat haar mag help om 'n werk te vind en finansiëel minder afhanklik te wees van die vader van haar kinders.
 - Indien die kliënt dit onmoontlik vind om haar seksuele verhouding met die vader van haar kinders te beëindig, behoort die berader veral te let op die ontwikkeling van die kliënt se onderhandelingsvaardighede. Kennis van MIV en VIGS asook MIV-herinfeksie en kondoomgebruik is hier van belang vir die kliënt, terwyl verbeterde onderhandelingsvaardighede haar instaat mag stel om vir veilige seksuele-omgang te onderhandel.

Probleme rondom die finansiële onderhoud van kinders blyk een van die belangrikste aspekte te wees wat die afwesigheid van die vader van die kinders aanbetref, aangesien alle finansiële verantwoordelikhede daardeur op die kliënt geplaas mag word. Die kliënt se situasie kan veral waargeneem word aan die aantal vroue wat aandrang op die betaling van onderhoud deur die vaders van hul kinders.

Die kliënt mag aan die berader noem dat mans se ontduiking van hul verantwoordelikhede teenoor hul kinders veral verband hou met kultuur. Mans se kultuur impliseer dat die meeste verantwoordelikhede na die vrou verskuif word, aangesien die vrou histories verantwoordlik was vir water aandra, hout bymekaar maak, kos voorberei, klere was, na kinders omsien en as plaas arbeiders werksaam was. Hierteenoor mag die kliënt meen dat mans histories min werk onderneem het en meestal diere soos beeste uitgevat het om te wei, waarna mans die hele dag onder 'n boom gelê en slaap het. Die versorging van kinders word moontlik as gevolg van tradisionele benaderings deur die vader van die kinders op die kliënt geskuif, ten spyte daarvan dat die kliënt ook vele ander verantwoordelikhede het. Die vader se ontduiking van sy finansiële pligte oefen egter ook 'n invloed uit op toegang tot sy kinders. Daar bestaan tradisionele gebruike waardeur die kliënt die vader van die kinders sal verbied om kontak te hê met sy kinders. Laasgenoemde mag veral voorkom waar die vader byvoorbeeld nie *lobola* betaal het nie. Hy mag dus nie die kliënt se huis betree nie en die kliënt sal die kinders tot by die voorhek van haar huis bring waar die vader hulle mag sien.

10.8.2 Probleemgedrag onder enkelouer-kinders

Die berader kan veral die volgende probleemgedrag verwag wat deur enkelouers met hul kinders ervaar word:

Probleemgedrag onder enkelouer-kinders en aanbevelings rondom berading:
Enkelouer kliënte ervaar probleme om hul kinders te dissiplineer.
<ul style="list-style-type: none"> • Met inagnome van die kliënt se spesifieke situasie as enkelouer, behoort die berader die kliënt te help om relevante lewensvaardighede te ontwikkel, veral wat onderhandeling met kinders en die vermyding van konflik aanbetref. • Dit is hier ook van belang dat die kind se begripsvermoë asook sy vermoë om sy gedrag te beheer in ag geneem word. • Indien die kliënt insig ontwikkel van hierdie aspekte, mag die dissiplinering van kinders ook meer suksesvol geskied.
Enkelouer kliënte se kinders wil nie skool toe gaan nie, en 'n kind kan byvoorbeeld steeds op 21 jarige ouderdom in graad 11 wees.
<ul style="list-style-type: none"> • Die berader behoort die kind by berading te betrek ten einde te bepaal om watter redes die kind nie skool toe wil gaan nie. • Belangrike aspekte in die kind se kultuur behoort in ag geneem te word, soos die kind se trots om met 'n skoon, volledige uniform skool toe te gaan, en dat 'n tekort hieraan vernederend mag wees vir die kind. • Verder behoort daar ook bepaal te word of enige vorm van seksuele teistering of molesting van veral die vroulike kind deur 'n onderwyser of ander leerlinge by die skool mag voorkom.



- Die belang van die voltooiing van skoolopleiding kan ook met die kind bespreek word, deur veral te fokus op die kind se toekoms ideale, terwyl die realiteit van werkloosheid en armoede wat mag voorkom indien skoolopleiding nie voltooi word nie, ook bespreek behoort te word.

Enkelouer kliënte se kinders raak reeds jonk seksueel-aktief en kan byvoorbeeld op 16 jarige ouderdom kinders van hul eie hê.

- Die berader kan hier let op seksuele-opvoeding en insigontwikkeling soos onder die vrou se rol as seksuelewese bespreek.
- Die berader behoort ook MIV-toetsing aan te beveel vir kinders wat jonk seksueel-aktief raak, terwyl die voorkoming van verdere swangerskap beperk behoort te word met behulp van kondoomgebruik.

Enkelouer kliënte se kinders tree op as sekswerkers vir 'n ekstra inkomste.

- Die berader behoort te bepaal waarom kinders wat as sekswerkers optree, 'n ekstra inkomste benodig. Daar behoort byvoorbeeld onderskeid getref te word tussen 'n ekstra inkomste om in basiese behoeftes te voorsien soos voedsel of om luukshede, dwelms of alkohol te bekom, aangesien hierdie redes die berader mag help bepaal watter tipe hulpverlening benodig word.
- Na aanleiding van bogenoemde mag hulpverlening strek vanaf voorsiening in die kliënt se basiese behoeftes deur welsynsorganisasies of nie-regeringsorganisasies, tot die behandeling van alkohol- of dwelm verslawing. 'n Maatskaplike werker behoort gekontak te word om die kind se omstandighede te evalueer en te bepaal of die kind tydelik verwyder behoort te word.
- Insigontwikkeling by kinders wat optree as sekswerkers is hier van groot belang, ten einde die voordele van 'n ekstra inkomste op te weeg teen die nadele wat sekswerk mag inhou.
- Kinders wat optree as sekswerkers behoort verder ingelig te word van die gevare wat daarmee verband hou soos MIV en VIGS, seksueeloorraagbare infeksies, onbeplande swangerskappe, verkragting en 'n verlies aan respek in die kind se kultuur.

Enkelouer kliënte se kinders misbruik alkohol en volwasse kinders mag byvoorbeeld steeds finansiële afhanklik wees van die kliënt, aangesien alkoholmisbruik daartoe lei dat die volwasse kind nie 'n werk kan behou nie. Kinders raak betrokke by bendes, wat aanleiding mag gee tot misdadige gedrag, terwyl kinders ook betrokke raak by misdaad, veral onder omstandighede waar alkohol misbruik word.

- Spesialiskennis en -organisasies of -instansies mag veral benodig word wat alkohol- en dwelmmisbruik, en betrokkenheid by bendes of misdaad aanbetref.
- Hierdie omstandighede mag van die maatskaplike werker vereis om minderjarige kinders te verwyder en na die relevante instansies te stuur waar die nodige hulpverlening bekom kan word.
- Die berader mag wel 'n belangrike rol speel waar gerehabiliteerde kinders terug geplaas word by hul enkelouer-moeders, en ondersteuning mag benodig ten einde negatiewe gedrag, groepe of omstandighede te vermy wat mag aanleiding gee tot probleme wat oorspronklik deur die kind ervaar is.

10.8.3 Enkelouerskap en kulturele verantwoordelikhede

Aangesien die kliënt moontlik op 'n jong ouderdom as enkelouer optree of nooit getroud was nie, is dit van belang om te let op kulturelegebruike waardeur Noord-

Sotho/Tswana-sprekende gemeenskappe ondersteuning bied aan hierdie jong vroue. Die volgende kulturele verantwoordelikhede van die ongetroude swanger meisie, die vader van die kind, die meisie se familie en die vader se familie, voorsien die berader van 'n kultureleraamwerk waarvolgens daar tradisioneel opgetree word onder hierdie omstandighede. Die berader kan veral van hierdie raamwerk gebruik maak in meer tradisionele gemeenskappe, en sodoende hulpverlening bied met inagname van tradisionele verwagtinge.

Kulturele verantwoordelikhede van die ongetroude swanger meisie:	Kwessies wat deur die berader aangeraak kan word met inagname van tradisionele verwagtinge:
Sy moet die naam van die kind se vader aan haar ouers bekend maak sodat hulle die vader se ouers kan kontak.	<ul style="list-style-type: none"> • Bestaan daar enige redes waarom die jong meisie nie die naam van die vader van die kind bekend kan maak nie, byvoorbeeld die moontlikheid van verkragting of seksuele-molestering wat aanleiding gegee het tot swangerskap? • Bestaan daar enige moontlikheid dat 'n aborsie oorweeg sal word, of word aborsie tradisioneel deur die jong meisie en haar ouers as onaanvaarbaar beskou? • Let op moontlike Staatstoelae waarvoor daar aansoek gedoen kan word indien daar besluit word om die swangerskap voort te sit, asook betaling van onderhoud deur die vader. • Kyk na wyses waarop skoolopleiding voltooi kan word indien die swangerskap voortgesit word.
Sy moet die kind versorg wanneer die kind gebore word.	

Kulturele verantwoordelikhede van die vader van die kind:	Kwessies wat deur die berader aangeraak kan word met inagname van tradisionele verwagtinge:
Hy moet die meisie se swangerskap aan sy ouers bekend maak.	<ul style="list-style-type: none"> • Aanvaar die man dat hy die biologiese vader van die kind is? • Watter finansiële bydraes kan die vader maak indien die swangerskap beëindig word byvoorbeeld om te betaal vir die onderneming van 'n
Daar moet bepaal word of die vader 'n inkomste het, en indien hy geen inkomste het nie is sy ouers finansiëel verantwoordelik vir onkoste rondom die	



swangerskap.	aborsie?
Hy moet “skadevergoeding” of <i>damages</i> aan die meisie se ouers betaal. Indien hy <i>damages</i> betaal impliseer dit dat hy verantwoordelikheid neem vir die swangerskap en dus betrokke sal wees daarby.	<ul style="list-style-type: none">• Watter finansiële bydaes kan die vader maak indien die swangerskap voorgesit word byvoorbeeld wat hospitaal en vervoer onkoste (na en vanaf die hospitaal) aanbetref, asook wat die latere versorging wat voeding, kleding en behuising van die kind aanbetref?• Is ’n huwelik tussen betrokke partye op hierdie stadium geleë, indien hul ouderdomme asook dat een of albei betrokkenes nog nie skoolopleiding voltooi het nie, in ag geneem word?
Hy moet besluit of hy met die meisie wil trou of nie.	

Kulturele verantwoordelikhede van die familie van die ongetroude swanger meisie:	Kwessies wat deur die berader aangeraak kan word met inagnome van tradisionele verwagtinge:
<p>Die meisie se familie moet met die vader se familie gaan onderhandel om te bepaal of <i>damages</i> betaal gaan word en of die vader met die swanger meisie gaan trou. Onderhandeling vind op die volgende wyse plaas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die meisie se familie vind uit wie die vader van die kind is en gaan saam met hul dogter na die vader en sy familie.• Die vader en sy familie word gevra of hul die meisie ken en hoe of vanwaar hul die meisie ken.• Daar word dan deur die meisie se familie bekend gemaak dat die seun die vader van die meisie se kind is.• Die vader van die kind moet erken of ontken dat hy wel die vader van die kind is.• Indien die vader erken dat hy wel die vader van die kind is, word daar onderhandel vir die betaling van <i>damages</i> aan die meisie se familie, en of daar in die huwelik getree sal word.• Indien die vader van die kind ontken dat hy wel die vader is, word finansiële verantwoordelikheid vir die swangerskap na die meisie se familie verskuif. Die meisie se familie behoort dan alle onkoste	<ul style="list-style-type: none">• Kan die families met mekaar onderhandel sonder enige konflik?• Is daar enige tradisionele leiers in die gemeenskap beskikbaar om die onderhandelingsproses te help fasiliteer indien daar wel konflik tussen die families ontstaan?• Het die families die swangerskap prakties benader ten einde toekomstige versorging van die kind te verseker, maar ook die jong ouers toe te laat om byvoorbeeld hul skoolopleiding te voltooi?• Indien die man ontken dat hy die biologiese vader van die kind is, behoort DNS-toetsing na geboorte van die kind onderneem te word ten einde te bepaal wie die vader is.• Bogenoemde mag die jong meisie help om aansoek te doen vir die betaling van onderhoud vir die kind, veral waar die vader en sy familie nie enige bydraes wil maak aangaande onkoste rondom die swangerskap en die kind se versorging nie.



rondom die swangerskap en latere versorging van die kind te onderneem.	
--	--

Kulturele verantwoordelikhede van die vader van die kind se familie:	Kwessies wat deur die berader aangeraak kan word met inagnome van tradisionele verwagtinge:
Indien <i>damages</i> nie deur die vader betaal kan word nie, behoort die vader se familie verantwoordelikheid te neem vir onkoste aangaande die swangerskap.	<ul style="list-style-type: none"> • Kan die vader se familie 'n bydra lewer tot die versorging van die kind, indien die vader byvoorbeeld sy skoolopleiding wil voltooi, maar ook verantwoordelikheid aanvaar vir die swangerskap? • Watter reëlings behoort deur die familie getref te word indien die vader van die kind met die swanger meisie gaan trou, byvoorbeeld waar hul sal woon en watter mate van finansiële steun gebied kan word indien die vader nog nie skoolopleiding voltooi het nie?
Indien die vader se familie nie die meisie weggejaag het by hulle huis toe hulle haar daar sien oorslaap het nie, behoort hulle <i>damages</i> te betaal of finansiële verantwoordelikheid te neem vir onkoste aangaande die swangerskap.	

Daar kan verwag word dat die vader van die kind se familie moontlik nie so gewillig sal wees om enige finansiële bydra te lewer wat uitgawes rondom die swangerskap of versorging van die kind aanbetref nie. Verskonings wat dikwels deur die vader van die kind se familie gebruik word is dat hul seun van kondome gebruik maak, en dit dus nie sy kind kan wees nie. DNS-toetsing na geboorte van die kind mag dus van groot waarde wees om te bepaal wie die vader van die kind is.

Bogenoemde tradisionele riglyne word egter selde deur die kliënt gevolg, selfs waar hierdie riglyne steeds in meer tradisionele gemeenskappe bestaan. Die berader kan verwag dat die volgende redes moontlik deur die kliënt genoem sal word vir waarom hierdie tradisionele riglyne nie gevolg is nie:

Die kliënt het nooit die vader van die kind ingelig dat sy swanger is nie.	✓
Die kliënt het nooit die vader se familie ingelig dat sy swanger is nie.	✓
Die vader het nie sy familie ingelig dat die kliënt swanger is nie.	✓
Die kliënt het swanger geraak by iemand uit 'n kultuurgroep wat onaanvaarbaar was vir haar ouers.	✓
Vaderskap is deur die vader van die kind ontken.	✓
Vaderskap is deur die vader se familie ontken.	✓
Die kliënt se ouers is oorlede en kon dus nie met die vader se familie gaan onderhandel nie.	✓

10.9 Die vrou as broodwinner

Daar word onder die vrou as broodwinner gelet op formele onderrig deur te kyk na vroeë skoolverlating en die gevolge daarvan, aangesien formele onderrig die kliënt mag voorsien van wyses waarop daar as broodwinner na die gesin omgesien kan word. Die finansiële stand van die kliënt en haar gesin asook ander praktiese aspekte soos behuising, grondbesit en moontlike materiële behoeftes wat die kliënt en haar gesin mag beleef, word ingesluit. Minder konvensionele wyses waarop die kliënt finansiële bystand kan bekom ten einde as broodwinner in die gesin op te tree, word ook bespreek, soos die verband tussen seksmaats en 'n inkomste asook die *sugar daddy* verskynsel.

10.9.1 Vroeë skoolverlating

Redes waarom skoolopleiding nie voltooi word nie en aanbevelings rondom berading:
Die voorkoms van siekte of onbeplande swangerskap by die kliënt.
<ul style="list-style-type: none"> • Hier word die berader terug verwys na riglyne soos omvat onder die vrou as seksuelewese. • Daar behoort gelet te word op MIV-toetsing ten einde te bepaal of die voorkoms van siekte hier moontlik verband hou met MIV en VIGS. • Die voorkoms van swangerskappe hou hier veral verband met seksuele-opvoeding van die skoolgaande kliënt, terwyl die voltooiing van skoolopleiding ten spyte van die voorkoms van swangerskap, vir die kliënt van groot waarde mag wees. • Die berader behoort veral te fokus op die beskikbaarheid van dagsorg vir die kliënt se baba hetsy deur familieledede of 'n dagsorgsentrum, om die kliënt by te staan om haar skoolopleiding te voltooi, ten einde later as effektiewe broodwinner vir haar kinders op te tree. • Aansoeke om Staatstoelae mag hier 'n belangrike rol speel om die kliënt by te staan, terwyl sy steeds haar skoolopleiding voltooi.
'n Tekort aan finansiële ondersteuning van die kliënt.
<ul style="list-style-type: none"> • Waar die kliënt se gesin nie meer finansiële steun aan die kliënt kan bied as wat binne hul vermoëns is nie, behoort ander hulpbronne deur die berader aangewend te word ten einde die kliënt by te staan in die voltooiing van skoolopleiding. • Daar behoort gelet te word op skole in die kliënt se gemeenskap wat programme bied waardeur die kliënt kosteloos van kospakkies, skooluniforms en ander benodigdhede voorsien kan word. • Verder behoort die berader te let op die kliënt se moontlike bywoning van skole wat geen skoolfooie vereis nie, of die kliënt se situasie met die skool te bespreek wat tans deur die kliënt bygewoon word. • Die berader behoort dus goed ingelig te wees van alle programme wat by skole in die kliënt se gemeenskap gebied word, ten einde voltooiing van skoolopleiding vir die kliënt te verseker.
Die aard van die skoolsisteem byvoorbeeld 'n tekort aan onderwysers.
<ul style="list-style-type: none"> • Hierdie aspek behoort deur die berader onder die aandag van die

gemeenskapswerker in die betrokke gemeenskap waarin die skool geleë is, gebring te word, aangesien hierdie tipe probleme meer effektief aangespreek kan word deur professionele persone met meer ervaring en kennis daarvan.

Swak akademiese prestasie deur die kliënt.

- Die berader behoort eerstens te bepaal of daar enige maatskaplike kwessies bestaan wat die kliënt se akademiese prestasie mag beïnvloed. Hier kan daar byvoorbeeld gelet word op die kliënt se huislike omstandighede soos take wat tuis al die kliënt se aandag vereis soos om kinders of 'n MIV-positiewe ouer te versorg, asook die beskikbaarheid van voldoende behuising, elektrisiteit en voedsel.
- Daar kan verder gelet word op die moontlike voorkoms van enige vorm van mishandeling of molesting of enige ander aspekte wat die kliënt se akademiese prestasie mag beïnvloed.
- Indien bogenoemde aspekte deur die berader geëlimineer kan word as oorsaak van swak akademiese prestasie, behoort die berader deur middel van beskikbare dienste by die skool asook ander deskundiges die kliënt te verwys vir byvoorbeeld 'n oog- of gehoortoets en ander toetse wat mag dui op redes vir swak akademiese prestasie soos leerprobleme by die kliënt.

Indien die kliënt wel haar skoolopleiding voltooi en in 'n stedelike gebied woonagtig is, bestaan daar 'n groter moontlikheid dat sy tersiëre onderrig mag ontvang. Laasgenoemde geskied egter selde. Die kliënt sal moontlik eerder skool verlaat tussen graad sewe en graad 11.

10.9.2 Gevolge van vroeë skoolverlating

Die kliënt sal moontlik die volgende voordele van formele onderrig noem:

Die kliënt kan beter aanpas by veranderende werksomstandighede.	✓
Die kliënt verstaan haar siekte (MIV) beter as gevolg van haar opleiding en kan daarom beter na haarself omsien.	✓
Die kliënt kon 'n werk bekom na aanleiding van haar formele onderrig.	✓
Die kliënt kon haar eie besigheid begin na aanleiding van formele onderrig en sodoende na haarself en haar gesin omsien.	✓

Die volgende negatiewe gevolge van vroeë skoolverlating sal moontlik deur die kliënt genoem word:

Werkloosheid.	✓
Indien die kliënt werk vind is dit waarskynlik ongeskoolde werk.	✓
'n Klein salaris.	✓
'n Tekort aan voldoende behuising vir die kliënt en haar gesin, waar behuising nie bekostig kan word nie.	✓
Die kliënt kwalifiseer nie vir programme wat haar kan help om 'n werk te vind nie.	✓
Die kliënt moes haar ideale vir die toekoms opgee soos om by 'n tersiëre instansies te studeer.	✓
Die kliënt is as gevolg van 'n tekort aan 'n inkomste geforseer tot risiko-gedrag wat	✓

aanleiding gegee het tot MIV-infektering van die kliënt.	
--	--

Bogenoemde voor- en nadele behoort op skool reeds met leerlinge bespreek te word ten einde hul te motiveer om skoolopleiding te voltooi. Daar behoort veral gefokus te word op die moontlike verband tussen vroeë skoolverlating en risiko-gedrag wat mag aanleiding gee tot MIV-infeksie. Risiko-gedrag vir MIV behoort hier spesifiek in die konteks van vroeë skoolverlating bespreek te word ten einde die skoolgaande kliënt te help verstaan hoe risiko-gedrag later mag manifesteer. Indien praktiese voorbeelde ook aan die kliënt oorgedra word rondom risiko-gedrag en vroeë skoolverlating mag die kliënt moontlik meer insig ontwikkel van hierdie toekomstige realiteite. Hierdie realiteite mag verder 'n belangrike impak hê waar dit deur 'n MIV-positiewe gastespreker wat soortgelyke omstandighede beleef het, met leerlinge gedeel word.

10.9.3 Finansiële stand van die vrou en haar gesin, materiële behoeftes wat deur die gesin beleef word en grondbesit

Die belangrikste materiële behoeftes onder kliënte en hul gesinne mag moontlik die volgende insluit:

Voldoende behuising vir kliënte wat in informele behuising of <i>shacks</i> sonder elektrisiteit, water en sanitasie woon.	✓
Voldoende behuising met genoeg ruimte vir groot gesinne, ten einde privaatheid tussen gesinslede en geslagte te skep, en sodat vertrekke soos kombuise of ander ongeleë vertrekke nie ook dien as slaapkamers nie.	✓
'n Tekort aan meubels, veral beddens sodat gesinslede nie op die grond hoef te slaap nie.	✓
'n Tekort aan kos, klere en komberse (veral gedurende die winter) vir gesinslede.	✓
'n Tekort aan bekostigbare vervoer na en vanaf die werk.	✓

Die volgende behoort deur die berader in ag geneem te word wat die kliënt en haar gesin se finansiële omstandighede aanbetref:

Indien 'n gesinslid in die kliënt se gesin werksaam is, is dit waarskynlik die kliënt wat as enigste broodwinner optree.	✓
Die grootte van die kliënt se gesin kan wissel tussen twee en 11 gesinslede per gesin, terwyl die gemiddelde gesin moontlik uit ses gesinslede sal bestaan, waarvoor die werkende kliënt verantwoordelik sal wees.	✓
Die kliënt mag vrese onderhou rondom wat van haar gesin sal word indien sy sterf, en daar nie meer 'n broodwinner in die gesin is nie.	✓
Wanneer die kliënt as enigste broodwinner van die gesin optree, ervaar sy dikwels ernstige spanning en liggaamlike uitputting wat aanleiding gee tot MIV-verbandhoudende siektesimptome.	✓

Sommige kliënte ontvang nie 'n salaris nie, maar ontvang kospakkies vanaf nie-regeringsorganisasies in ruil vir werk.	✓
Werkloosheid onder volwasse gesinslede in die kliënt se gesin sal moontlik hoog wees.	✓
Die meerderheid gesinne sal moontlik afhanklik wees van Staatstoelae en pensioene vir oorlewing.	✓
Die werklose kliënt sal moontlik opsoek wees na werk, maar dit moeilik vind om enige werk te bekom.	✓
Die kliënt wat dit moeilik vind om werk te bekom mag oorweeg om 'n besigheid soos 'n stalletjie op straat te begin, maar is dikwels onbewus van watter prosedures gevolg moet word om 'n lening hiervoor te bekom.	✓

Die berader behoort die volgende in ag te neem wat die kliënt as broodwinner en grondbesit aanbetref:

Die kliënt sal moontlik geen landbougrond besit waardeur daar 'n inkomste gegenerer kan word nie.	✓
Indien enige landbougrond aan die familie behoort, sal dit waarskynlik aan die kliënt se ouer(s) behoort.	✓
Indien die kliënt se gesin of familie enige landbougrond besit, word daar moontlik van die kliënt verwag om die landbougrond op 'n tradisionele wyse te bewerk, wat vir die MIV-positiewe kliënt uitputtend mag wees.	✓
Die kliënt sal moontlik by 'n familielid woon of behuising huur.	✓
Indien die kliënt moontlik 'n huis of erf besit is dit dikwels klein, onvoldoende of met geen huis op die erf nie.	✓
Die kliënt sal moontlik nie eers 'n groentetuin op haar erf kan onderhou nie, aangesien ruimte beperk mag wees en daar te veel gesinslede op een erf woonagtig is.	✓
Indien genoegsame spasie op die kliënt se erf wel beskikbaar sou wees vir 'n groentetuin word daar meestal spinasie, wortels en bone geplant waarmee die kliënt help om haar gesin te voed.	✓

Wat die kliënt en haar gesin se materiële behoeftes aanbetref, veral werklose kliënte en hul gesinslede, behoort die berader deeglik bewus te wees van relevante dienste wat deur nie-regeringsorganisasies en ander instansies in die kliënt se gemeenskap gelewer word. Dit sal vir die berader veral relevant wees om 'n lys te op te stel van beskikbare dienste en -organisasies in die kliënt se gemeenskap, ten einde verwysing van die kliënt en dus hulpverlening aan die kliënt so spoedig en effektief moontlik uit te voer, veral wat die aanspreek van basiese behoeftes soos voeding en kleding aanbetref. Die berader behoort verder bewus te wees van dienste wat deur die Staat voorsien word waarheen die kliënt verwys kan word, soos aansoek om behuising asook relevante Staatstoelae waarvoor die kliënt of haar gesinslede kwalifiseer.



10.9.4 Seksmaats en inkomste

Die kliënt se seksmaats en 'n inkomste, en aanbevelings rondom berading:

- Die meerderheid kliënte sal moontlik geld of goedere binne hul seksueleverhoudings met hul seksmaats ontvang.
 - Daar behoort beklemtoon te word dat bogenoemde gedrag nie as kommersiële sekswerk beskou word nie, maar as 'n verhouding waarin die man deur middel van geld of goedere 'n bydra lewer tot die vrou en haar gesin se onderhoud.
 - Die kliënt sal nie enige betaling of vergoeding vra in ruil vir seksuele-omgang met 'n seksmaat nie. Daar kan eerder gesê word dat daar 'n ongesproke verstandhouding tussen die kliënt en haar seksmaat bestaan binne die seksueleverhouding.
 - Kommoditeite wat deur die kliënt ontvang word in haar seksueleverhouding met haar seksmaat mag kontant, klere, voedsel, vervoer, skoonheidsmiddels en slaapplek insluit. Van al hierdie kommoditeit is kontant/geld moontlik die mees algemene kommoditeit.
 - Waar geld waarskynlik as kommoditeit dien in seksueleverhoudings, mag die kliënt moontlik noem dat dit vir haar voel of haar seksmaat haar betaal vir seksuele-omgang.
 - Die kliënt mag gevoelens van skaamte rondom bogenoemde situasie ervaar, maar sal dit rasionaliseer deur byvoorbeeld te noem dat haar ouers nie aan haar finansiële behoeftes kan voldoen nie, en dit ook deur mans as wyse beskou word om vroue na hul aan te trek.
 - Die kliënt mag moontlik voel dat haar seksmaat wel seksuele-omgang in ruil vir geld of goedere verwag, aangesien die kliënt van mening mag wees dat Afrikaners glo dat 'n verhouding sonder seksuele-omgang nie werklike 'n verhouding is nie.
 - Die kliënt mag moontlik glo dat sy wel geld of goedere behoort te bekom vanaf haar seksmaat indien sy seksuele-omgang bied in die verhouding, selfs al vra sy nooit vir enige vergoeding nie. Dit is egter van belang vir die kliënt om dit duidelik te maak dat sy haarself nie as sekswerker beskou nie, en die reg het om seksuele-omgang te weier wanneer sy so voel.
 - Sommige kliënte mag die ruil van geld en goedere binne 'n seksueleverhouding beskou as deel van hul tradisie. In hierdie geval hoef die beloning nie groot te wees nie, en kan 'n seksmaat byvoorbeeld slegs 'n drankie vir die kliënt koop.
- Die ontvang van kommoditeite deur die kliënt sowel as die tipe kommoditeite wat deur die kliënt vanaf haar seksmaat in 'n veilige seksueleverhouding ontvang word, kan hier beskou word as 'n tradisie, 'n ooreenkoms of 'n bydra vanaf die seksmaat, afhangende van die kliënt se opinie of gevoelens hieroor.
 - Die berader mag dus die kliënt gerus stel dat geen skuldgevoelens of skaamte hieroor ervaar hoef te word nie, aangesien hierdie bydraes vanaf die seksmaat tot voordeel van die kliënt en haar gesin is, en dit deur die seksmaat onderneem word as wyse om die kliënt en haar gesin te help onderhou.
 - Enige negatiewe gevoelens wat die kliënt mag ervaar rondom die seksmaat se bydra tot die onderhouding van haarself en haar gesin, behoort dus met die kliënt bespreek te word deur te let op watter gevoelens voorkom en waarom hierdie gevoelens voorkom.
 - Die berader behoort die kliënt te help om duidelike onderskeid te tref tussen kommersiële sekswerk en haar verhouding met haar seksmaat.
 - Die seksmaat kan ook by berading betrek word ten einde enige ongeruimthede uit



die weg te ruim, terwyl die berader hierdie geleentheid ook mag benut om deurlopende veilige seksuele-omgang deur middel van kondoomgebruik asook MIV-toetsing aan te beveel.

- Soms mag die kliënt se seksmaat haar moontlik vra om seksuele-omgang sonder die gebruik van kondome te hê. Wanneer die kliënt hiertoe instem mag die beloning moontlik groter wees en byvoorbeeld geld of juwele insluit.
- Seksuele-omgang sonder die gebruik van kondome sal moontlik nooit voorkom nadat die kliënt bewus geword het van haar MIV-positiewe status nie, ten spyte van hoe groot die beloning mag wees wat deur die seksmaat aangebied word.
- Die seksmaat se aanvraag op seksuele-omgang sonder die gebruik van kondome in ruil vir geld of goedere aan die kliënt, behoort daadwerklik aangespreek te word.
- Die berader behoort die kliënt te help om beloning deur middel van luukshede en geld op te weeg teen die moontlikheid van MIV-infeksie, MIV-herinfeksie, seksueeloorloordragbare infeksies en ongewenste swangerskap.
- Die berader behoort egter ook in ag te neem dat die kliënt se behoefte om na haar gesin om te sien, van groter belang mag wees vir die kliënt as haar eie gesondheid.
- Dit sal van groot waarde wees om beide seksmaats by berading te betrek ten einde hul risiko vir MIV te bespreek en kondoomgebruik en MIV-toetsing aan te beveel.
- Indien die kliënt se seksmaat steeds negatiewe houdings teenoor kondoomgebruik onderhou, behoort die berader alle hulpbronne tot sy/haar beskikking te benut ten einde tydelik aan die kliënt se basiese behoeftes te voorsien, en sodoende die kliënt te help om hierdie verhouding te beëindig.
- Dit blyk egter dat 'n kliënt moontlik selde sal oorweeg om seksuele-omgang sonder die gebruik van kondome te hê, indien sy bewus is van haar MIV-positiewe status. MIV-toetsing van die kliënt is dus hier essensieel.

10.9.5 Die *sugar daddy* verskynsel

Die kliënt sal moontlik veral op 'n jonger ouderdom deur *sugar daddies* genader word vir seksuele-omgang, terwyl *sugar daddies* meestal ouer mans is.

***Sugar daddy*-verhoudings en aanbevelings rondom berading:**

Die kliënt sal waarskynlik gereeld deur verskillende *sugar daddies* genader word, maar moontlik ook 'n gereelde *sugar daddy* oor 'n kort tydeperk hê. *Sugar daddies* maak dikwels beloftes aan die kliënt soos dat hul na die kliënt sal omsien. Die kliënt word dikwels deur die *sugar daddy* verlei deurdat daar aan die kliënt gesê word dat sy die *sugar daddy* se aandag getrek het en dat sy aantreklik is. *Sugar daddies* se verhouding met die kliënt is moontlik sporadies of van korte duur, aangesien die *sugar daddy* waarskynlik ook 'n vrou en kinders het. *Sugar daddies* sal moontlik sinspeel dat hul welaf is deur aan die kliënt te noem dat hul by 'n hotel ingeboek is en die kliënt graag privaat daar sal wil sien. Meer welaf *sugar daddies* sal die kliënt moontlik by 'n restaurant nader deur haar telefoon nommer vir die kelner te vra en haar per telefoon te kontak. Die meerderheid *sugar daddies* sal moontlik eerder met hul motors by die kliënt stop wanneer die kliënt oppad is iewers heen, en vra of die kliënt belangstel om saam te ry.

- Aangesien veral jonger vroue deur *sugar daddies* genader word, behoort hierdie aspek deel uit te maak van seksuele-opvoedingsprogramme wat reeds op skool aangebied word. Die bespreking van *sugar daddy*-verhoudings mag die kliënt

reeds op skool help om te waak teen hierdie tipe verhoudings.

- Daar behoort veral gelet te word daarop dat hierdie ouer mans juis as gevolg van hul ouderdom en aantal seksmaats, en dus hul seksuele-ervaring, 'n groter kans staan om MIV-positief te wees.
- Die kliënt behoort ook te verstaan dat hierdie verhoudings van korte duur sal wees en *sugar daddies* moontlik ook 'n vrou en gesin het waarna hul moet omsien.
- Die kliënt behoort *sugar daddy*-verhoudings en die luukshede of geld wat aan die kliënt gegee word in hierdie verhoudings, direk te assosieer met MIV-risiko, seksueeloorloordraagbare infeksies en ongewenste swangerskap. Indien hierdie assosiasie gemaak kan word, mag dit die kliënt moontlik help om insig te ontwikkel rondom die direkte verband tussen vergoeding in hierdie tipe verhoudings en die negatiewe gevolge wat hierdie verhoudings vir die kliënt se gesondheid mag inhou. Die kliënt behoort dus van jongs af geleer te word om *sugar daddy*-verhoudings te vermy.

Daar word vervolgens gelet op die verbandhoudende aspekte van die geslagsrolle van die vrou waar daar na mishandeling van die kliënt en die moontlike verband daarvan met MIV, gekyk sal word. Daar word ook gefokus op die kliënt se opvoeding, geloof en kultuur. Laastens word daar gekyk na die kliënt se gesondheid en MIV-verbandhoudende aspekte, geslag en beradingsbehoefte. Hierdie riglyne sal dien as aanvullend vir die geslagsrolle van die kliënt ten einde 'n volledige beeld te voorsien waarvolgens die berader hulp kan verleen aan die kliënt.

10.10 Mishandeling van die vrou

Daar word onder die mishandeling van vroue gefokus op fisieke- en emosionele mishandeling sowel as nie-gewelddadige trauma. Daar sal verder gelet word op verkragting asook seksuele molestering van die vroulike Noord-Sotho/Tswana-sprekende kind. Huweliksverkragting en gewelddadige seksuele-omgang word egter nie bespreek nie, aangesien geen respondente in hierdie studie daaraan blootgestel was nie.

10.10.1 Fisieke mishandeling van vroue

Fisieke geweld teen die kliënt en aanbevelings rondom berading:

Fisieke geweld teen die kliënt word waarskynlik deur 'n intieme maat/seksmaat soos die kliënt se man, die vader van haar kinders of 'n mansvriend gepleeg. Daar mag ook gevalle voorkom waar fisieke geweld teen die kliënt deur haar seksmaat se ander vriendin gepleeg word. Fisieke geweld wat teen die kliënt gepleeg word gaan dikwels gepaard met slaan met die vuus of met 'n voorwerp, die gooi van voorwerpe na die kliënt en die mishandelaar wat die kliënt vloek en verskree. Fisieke geweld kom



dikwels voor na aanleiding van die mishandelaar se alkoholmisbruik, of wanneer die kliënt haar seksmaat saam met 'n ander vrou betrap. Fisieke geweld word selde deur die kliënt by die polisie aangemeld, aangesien dit teen die kliënt se kultuur mag gaan, en daar in haar kultuur van haar verwag om “in haar man se hut te sterf” sonder die inmenging van buitestaanders. Die mishandelaar sal dikwels die kliënt smee om nie die mishandeling by die polisie aan te meld nie, terwyl die kliënt uit jammerte vir haar mishandelaar, nie die mishandeling sal aanmeld nie. Indien die kliënt wel fisieke geweld by die polisie aanmeld, sal die polisie dit eerder met die kliënt en haar mishandelaar bespreek as om enige stappe teen die mishandelaar te neem. Gevolglik sal die mishandelaar selde voor die gereg gebring word. Die kliënt ontvang gewoonlik min of geen ondersteuning van enige iemand gedurende die tydperk van mishandeling nie, en sal byvoorbeeld slegs met 'n suster daarvoor kan praat. Die kliënt sal moontlik slegs 'n hospitaal of kliniek besoek wanneer wonde of beserings nie deur haarself behandel kan word nie, soos byvoorbeeld 'n snywond aan die nek. Die kliënt mag dit gedurende die tydperk van mishandeling verskeie kere nodig vind om 'n kliniek of hospitaal te besoek vir die behandeling van beserings. Personeel by hospitale en klinieke waar die kliënt behandeling ontvang sal waarsynlik nie die kliënt na 'n maatskaplike werker of die polisie verwys nie.

- Die berader behoort in ag te neem dat geweld teen die kliënt deur haar intieme maat verskil van geweld deur 'n vreemdeling. Die kliënt ken nie alleenlik die mishandelaar nie, maar woon dikwels saam met die mishandelaar en deel kinders, vriende en familiedede.
- Die geleentheid vir die mishandelaar om die kliënt te mishandel mag ook meer gereeld voorkom onder hierdie saamwoon omstandighede, en intervensie mag hier van grootste belang wees vir die mishandelde kliënt.
- Die mishandelde kliënt mag ook vrees ervaar om by te dra daartoe dat haar mishandelaar gearresteer word, aangesien dit moontlik weerwraak vanaf die mishandelaar mag meebring wanneer hy vrygelaat word.
- Daar behoort verder in ag geneem te word dat baie vroue in die kliënt se kultuur onbewus mag wees daarvan dat fisieke geweld teen hul 'n misdad is.
- Ander vrese wat die kliënt mag ervaar hou verband met verlies aan finansiële steun vanaf die mishandelaar, vrees dat die mishandelaar uiteindelik haar dood mag veroorsaak, asook vrees en onbekendheid rondom regsprosedures wat gevolg mag word indien die mishandelaar aangekla word.
- Die belangrikste aspekte rondom intervensie deur die berader, hou veral verband met die kliënt se veiligheid en ondersteuning van haar en haar kinders, deur hul van behuising en ander benodigdhede te voorsien.
- Die berader kan die kliënt eerstens bystaan deur haar te help om 'n beskermingsbevel teen die mishandelaar te bekom.
- Die kliënt mag dit ook nodig vind om tydelik na 'n veilige woning te verskuif, en die berader behoort hier bewus te wees van watter organisasies en nie-regeringsorganisasie in die kliënt se gemeenskap, fasiliteite vir tydelike verblyf aan mishandelde vroue en hul kinders bied.
- Die kliënt sal bystand vanaf die berader benodig ten spyte daarvan of 'n arrestasie gemaak word of nie, aangesien egpaar-berading hier oorweeg kan word, terapeutiese intervensie vir die mishandelaar oorweeg kan word of egskeiding of verlatting van die mishandelaar oorweeg kan word.
- Na aanleiding van die emosionele gevolge wat fisieke mishandeling deur die intieme maat op die kliënt mag uitoefen, mag die kliënt ook verdere berading

benodig ten einde hierdie gevolge te verwerk. Die berader behoort hierdie gevolge te kan identifiseer en aan te spreek byvoorbeeld verswakke selfbeeld, depressie, post-tramatiese stresversteuring en enige ander negatiewe gevolge wat deur die kliënt ervaar mag word.

Hoewel die kliënt nie oortuig mag wees dat fisieke geweld die korrekte wyse is vir 'n man om teen 'n vrou op te tree ten einde haar te dissiplineer of te straf nie, sal die kliënt fisieke geweld teen vroue in haar kultuur moontlik beskou as 'n vorm van dissipline of straf.

Die kliënt se opinie van wanneer fisieke geweld teenoor vroue in haar kultuur gepas is, en aanbevelings rondom berading:

Die kliënt mag waarskynlik oortuig wees dat fisieke geweld teenoor vroue in haar kultuur gepas is wanneer vroue met ander mans sosialiseer wat nie hul seksmaat is nie, buite-egtelike verhoudings het of ontroou is aan 'n seksmaat, nie hul huislike take uitvoer nie en geld oormatig bestee (veral op alkohol en kaart speel). Sommige kliënte mag moontlik oortuig wees dat indien 'n seksmaat die kliënt nie deur middel van fisieke geweld straf nie, hy nie meer vir haar omgee nie. Laasgenoemde word verbind met fisieke geweld wat in die kliënt se kultuur moontlik verband hou met liefde en vergifnis. Daar bestaan waarskynlik 'n sterk verband tussen liefde, vergifnis, straf en dissipline in die kliënt se kultuur.

- Die berader kan in hierdie gevalle gepaste gedrag binne die kliënt se verhouding met haar bespreek, soos getrouheid aan haar seksmaat asook matigheid rondom alkoholgebruik, veral waar hierdie aspekte verband mag hou met die kliënt se kwesbaarheid vir MIV-infeksie en MIV-herinfeksie.
- Die kliënt behoort egter bewus gemaak te word dat fisieke mishandeling deur haar seksmaat nie as geregverdigde “straf of dissipline” vir enige van haar gedrag gesien kan word nie.
- Die berader behoort die kliënt te help om insig te ontwikkel van haar situasie deur te fokus op die negatiewe gevolge wat die mishandeling emosioneel en fisiek vir haar mag inhou.
- Daar behoort ook gelet te word op die effek en gevolge van die kliënt se mishandeling deur haar intieme maat op haar kinders. Indien die kliënt die gevolge van mishandeling vir haar en haar gesin verstaan, mag sy bereid wees om stappe te neem om die mishandeling te beëindig, hetsy die mishandelaar aan te kla by die polisie, hom te verlaat of egpaar-berading te ondergaan.
- Egpaar-berading mag veral hier relevant wees indien die kliënt se seksmaat soortgelyke opinies rondom liefde, vergifnis, straf en dissipline onderhou.

Die kliënt sal moontlik die belangrike verband tussen fisieke geweld in haar verhouding, en die risiko vir MIV-infeksie en MIV-herinfeksie verstaan. Die kliënt mag noem dat 'n seksmaat wat 'n vrou fisiek mishandel:

Geneig sal wees om ook ander seksmaats te hê, en dus 'n groter kans mag staan om self MIV-positief te wees.	✓
Nie noodwendig MIV-toetsing sal ondergaan en sy MIV-status aan die kliënt bekend sal maak nie.	✓
Meer geneig sal wees om vir sy eie seksueleplezier op seksuele-omgang aan te dring sonder die gebruik van kondome.	✓

Indien die kliënt nie bewus is van bogenoemde nie, behoort die berader die verband tussen fisieke geweld deur 'n intieme maat, en die moontlikheid van MIV-infeksie en MIV-herinfeksie met haar te bespreek. Die mishandelde kliënt behoort juis as gevolg van die situasie waarin sy verkeer en die samehangende kwesbaarheid vir MIV, aangemoedig te word om MIV-toetsing te ondergaan.

Die kliënt sal moontlik ook belangrike insig hê van haar verhoogde MIV-risiko of risiko vir MIV-herinfeksie na aanleiding van fisieke mishandeling, deur die volgende redes te gee:

As gevolg van die spanning rondom fisieke mishandeling mag die kliënt na <i>shebeens</i> toe gaan, alkohol gebruik en dan onveilige seks hê met ander mans.	✓
Uit vrees vir mishandeling sal die kliënt moontlik nie haar seksmaat onveilige seksuele-omgang weier nie.	✓
Uit vrees vir die mishandeling sal die kliënt moontlik oor jare aan onveilige seksuele-omgang blootgestel word deur haar seksmaat.	✓
In 'n soeke na vertroosting mag die kliënt haarself moontlik tot ander seksmaats wend en daardeur onveilige seksuelepraktyke beoefen.	✓
In die verhouding tussen die mishandelaar en die mishandelde vrou, gee die mishandeling dikwels aanleiding daartoe dat beide die man en vrou tot ander seksmaats buite die verhouding gedryf word.	✓

Bogenoemde aspekte mag veral vir die kliënt wat fisieke mishandeling as deel van haar kultuur beskou, en dus sien as vorm van “straf en dissipline” deur haar seksmaat, van groot waarde wees. Deur middel van die bespreking van bogenoemde met die kliënt, sal die kliënt moontlik nie alleenlik die negatiewe gevolge van mishandeling beter verstaan nie, maar ook beter insig ontwikkel van die moontlikheid van MIV-infeksie en MIV-herinfeksie waar sy haarself in 'n verhouding met 'n mishandelaar bevind.



10.10.2 Verkragting van vroue

Verkragting van die kliënt en aanbevelings rondom berading:

Verkragting van die volwasse kliënt sal waarskynlik deur 'n vreemdeling gepleeg word. Die kliënt mag verkragting as 'n traumatiese gebeurtenis beskryf. Die kliënt sal moontlik selde die verkragting aanmeld by die polisie, aangesien sy bang mag wees dat die polisie haar sal intimideer met opmerkings dat sy 'n sekswerker is, of promisku is. Indien die kliënt wel die verkragting aanmeld by die polisie, word die verkragter selde gevang. Die kliënt wat haar verkragting bekend maak sal moontlik berading ontvang by 'n hospitaal of kliniek en met 'n MIV-berader daaroor praat, maar dit andersins geheim hou. Die kliënt wat nie haar verkragting bekend wil maak nie, sal moontlik eerder 'n tydperk na die verkragting aan personeel by hospitale of klinieke noem dat sy dink sy swanger mag wees. Hierdie kliënt mag 'n aborsie ondergaan indien sy swanger is, maar daar sal waarskynlik geen MIV-voorkomende medikasie aangebied word, indien sy nie haar verkragting bekend maak nie. Kliënte wat verkrag is, is moontlik geneig om die verkragting te herleef gedurende seksuele-omgang, en geniet seksuele-omgang dikwels nie meer nie. Sommige kliënte noem dat hul na aanleiding van die verkragting nie meer enige lubrikasie kan produseer tydens seksuele-omgang nie. Kliënte wat in die verlede verkrag is, is waarskynlik voorsien van medikasie om swangerskap te voorkom, maar nie van enige MIV-voorkomende medikasie nie, aangesien dit nog nie beskikbaar was nie. Die kliënt wat verkrag is ervaar dikwels meer kommer rondom die moontlikheid van swangerskap as enige vrese rondom MIV-infektering.

- Verkragting mag beide 'n fisieke- en emosionele impak op die kliënt uitoefen.
- Die berader behoort veral die ernstige gevolge van verkragting by die kliënt te identifiseer ten einde hulpverlening te bied.
- Daar behoort gelet te word op die moontlike voorkoms van selfmoordgedagtes, depressiesimptome, post-traumatiese stresversteuring, vrees, angs, gebrekkige seksuele funksionering en inperking van die kliënt se lewenstyl of sosiale funksionering.
- Waar hierdie gevolge ernstig van aard is mag die berader dit nodig vind om die kliënt te verwys na 'n psigiater wat die nodige medikasie kan voorskryf. Indien hierdie dienste nie in die kliënt se gemeenskap beskikbaar is nie, behoort die berader en die kliënt se mediesepraktisyn saam te werk om hulpverlening aan die kliënt te bied.
- Die berader behoort verder te let op die kliënt se selfbeeld na aanleiding van verkragting, en hoe laasgenoemde die kliënt se verhouding met die *self*, ouers, kinders en intieme maat mag beïnvloed.
- Die kliënt mag moontlik 'n behoefte hê om veral haar seksueleverhouding met haar intieme maat met die berader te bespreek, waar die kliënt haar vermoë verloor het om seksueelopgewek te word, geen behoefte ervaar om seksueel met haar intieme maat te verkeer nie, of selfs vrees mag ervaar rondom seksuele-omgang.
- Die kliënt mag moontlik na aanleiding van terugflitse en nagmerries rondom die verkragting ook 'n behoefte ervaar om die gebeurtenis van die verkragting met die berader te bespreek. Hier behoort die berader daarop te fokus om nooit gedurende hierdie proses vrae te stel soos “Waarom/Hoekom het jy...?” nie, aangesien dit die kliënt mag laat voel dat sy blameer word vir die verkragting. Die berader behoort eerder neutraal te reageer deur te vra “Wat het volgende gebeur?” of “Wat het jy toe gedoen?”.

- Die gevolge van verkragting behoort so gou as moontlik deur die berader aangespreek te word ten einde te voorkom dat die kliënt wanaangepaste hanteringstrategieë ontwikkel byvoorbeeld alkohol- of dwelmmisbruik of 'n houding van hulpeloosheid en selfblaming.

Bogenoemde geheimhouding mag 'n logiese reaksie wees wanneer daar op die volgende houdings gelet word onder kliënte wat nie aan verkragting blootgestel is nie:

Vroue wat min klere of kort rokke dra is opsoek na verkragting en dra daarom hierdie tipe klere, sodat mans se aandag op hul gefokus word. Laasgenoemde tel nie as verkragting nie, maar kan eerder gesien word as vroue wat hul liggame verkoop.	✓
Om verkragting te voorkom behoort vroue gepas aan te trek, vroeg huis toe te gaan en nie laat by <i>shebeens</i> te bly nie.	✓
Vroue wat promisku is en geen verantwoordelikheid neem, of respek vir hulself het nie, word verkrag en is daarna kwaad en gefrustreerd oor die verkragting.	✓
Vroue wat verkrag word behoort geblameer te word hiervoor, aangesien hul moet weet as hul uitgaan dit 'n risiko vir verkragting inhou.	✓
Vroue wat verkrag word sien nie na hul eie veiligheid om nie en word daarom verkrag.	✓

Bogenoemde houdings wat in die kliënt se kultuur rondom verkragting onderhou word, mag moontlik aanleiding gee daartoe dat verkragting nie aangemeld word nie en die kliënt dit geheim hou van gesins-, familie- en gemeenskapslede. Die berader mag juis as gevolg van bogenoemde houdings rondom verkragting dit moeilik vind om die kliënt te help om haar ondersteuningsnetwerk te mobiliseer. Laasgenoemde mag moontlik eerder gemobiliseer word deur enkele persone wat deur die kliënt vertrou word te betrek, terwyl die kliënt aangemoedig behoort te word om haar normale daaglikse aktiwiteite so gou as moontlik te hervat.

10.10.3 Verkragting en seksuele molesering van kinders

Kliënte waarmee die berader in kontak kom sal moontlik bewus wees van die verkragting van kinders in hul gemeenskappe en die volgende noem:

Verkragting van kinders in die kliënt se gemeenskap gaan moontlik gepaard met die mite dat 'n man met MIV en VIGS van dié siekte genees kan word indien hy seksuele-omgang met 'n maagd het.	✓
Jong kinders word moontlik juis geteiken vir verkragting omdat mans verseker kan wees van hierdie kinders se maagdelikheid.	✓
Kinders tussen nul en vyf jaar mag veral geteiken word deur verkragters in die kliënt se gemeenskap.	✓
Die verkragter mag dikwels 'n manlike familielid van die kind wees.	✓
Verkragting van kinders gaan moontlik gepaard met alkohol- en dwelmmisbruik.	✓



Swangerskap onder meisies so jonk as 11 jaar kom waarskynlik in die kliënt se gemeenskap voor na aanleiding van verkragting.	✓
--	---

Verkragting van die kliënt se kind (die vroulike Noord-Sotho/Tswana-sprekende kind) en aanbevelings rondom berading:

Die kind kan so jonk as sewe jaar wees wanneer verkragting voorkom. Die kind sal moontlik vroulik wees. Indien verkragting deur 'n vreemdeling gepleeg word, mag die kind dit moeilik vind om die verkrachter uit te ken, selfs al woon hy in dieselfde gemeenskap as die kind. Die jong kind sal moontlik nie aan die kliënt (haar moeder) noem dat sy verkrag is nie, aangesien sy nie verstaan wat met haar gebeur het nie. Die kliënt sal byvoorbeeld uitvind dat die kind verkrag is wanneer sy bloed of semen op die kind se onderklere vind, of opmerk dat die kind se lyf en hare vuil en vol grond of gras is. Anders as tans, is MIV-voorkomende medikasie nie aan die slagoffer verskaf waar verkragting van kinders in die verlede voorgekom het nie. Gereelde MIV-toetsing is wel oor 'n tydperk onderneem om te bepaal of die kind MIV opgedoen het na aanleiding van verkragting. Die periode waartydens die kliënt se kind MIV-toetsing ondergaan, het moontlik ernstige spanning vir die kliënt veroorsaak. Na aanleiding van bogenoemde spanning mag die kliënt moontlik verkies om 'n paar maande te wag voordat sy die kind se laaste MIV-toetsresultaat gaan haal. Hierdeur laat die kliënt haarself genoeg tyd toe om voorbereid te wees op watter uitslag ookal deur die MIV-toets aangedui mag word vir haar kind. MIV-toetsing van die kliënt se kind gaan nie alleen gepaard met die kliënt se spanning nie, maar waarskynlik ook met onbehulp same personeel by hospitale en klinieke, asook 'n lang wagtydperk voordat daar hulp verleen word aan die kliënt en haar kind. Verkragting van die kliënt se kind gee dikwels aanleiding daartoe dat die kliënt as gevolg van die verkragting nie meer belangstel in seksuele-omgang nie. Die kliënt mag moontlik voel dat haar kind min emosionele skade oorgehou het na aanleiding van verkragting, aangesien verkragting van die kind op 'n jong ouderdom voorgekom het. Die kliënt mag wel kommer beleef rondom wat die kind mag ervaar wanneer sy op 'n latere ouderdom bewus word van wat met haar gebeur het.

- Wat die berader se rol aanbetref wat die seksuele-molestering of verkragting van die kliënt se kind aanbetref, behoort die berader ondersteunend, empaties en leidend op te tree deur die kliënt na die korrekte hulpbronne te verwys en kennis te dra van die prosesse waarmee die kliënt en haar kind gekonfronteer sal word.
- Die seksuele-molestering of verkragting van die kliënt se kind mag problematies wees waar daar 'n aantal aspekte aangespreek moet word, en die kliënt moontlik onseker en oorweldig mag voel daardeur.
- Verskeie instansies sal betrokke wees in die ondersoek op 'n aanklag van seksuele-molestering of verkragting van die kliënt se kind, en hierdie ondersoek mag vir 'n tydperk duur.
- Ten spyte van die kind se emosionele-, psigologiese- en fisieke trauma, mag die ondersoek vereis dat die kind 'n mediese ondersoek ondergaan, ondervra sal word, video opnames van onderhoude met die kind gemaak word en anatomiese poppe gebruik mag word.
- Kinders wat deur 'n gesins- of familielid verkrag of seksueel gemolesteer is, mag huiwerig wees om die details van die gebeurtenis bekend te maak, en moontlik nie ander volwassenes vertrou na die traumatiese gebeurtenis nie. Die ondersoeker of spesialis op hierdie gebied sal nodig hê om genoegsame tyd saam met die kind te spandeer voordat al die details van die gebeurtenis voorgelê kan word.

- Die kliënt mag moontlik voel dat dit nie die moeite werd is om die kind bloot te stel aan die kriminele regsisteemproses nie, juis as gevolg van die spanning en druk wat dit op die kind mag plaas. Die berader se rol tree hier veral na vore, waar die berader die kliënt kan motiveer en ondersteun in die voltooiing van hierdie proses.
- Die berader behoort verder te verseker dat die kliënt se kind die nodige terapeutiese-intervensie ontvang deur 'n spesialis op die gebied van seksuele molestering of verkragting van kinders.
- Die berader se rol hou dus verband met leiding en ondersteuning van die kliënt, veral waar die kliënt skuldgevoelens en selfverwyt mag ervaar rondom wat met haar kind gebeur het, en ekstreme spanning mag ervaar rondom haar kind se welstand, die toediening van MIV-voorkomende medikasie aan die kind en latere MIV-toetsing van die kind.
- Waar die berader goed ingelig is van bogenoemde aspekte kan die kliënt deurlopend voorberei word op toekomstige stappe wat geneem of vermag behoort te word, en sodoende die kliënt se spanning en onsekerheid help verlig.

10.10.4 Nie-gewelddadige trauma en psigologiese/emosionele mishandeling van vroue

Onder die mishandeling van die vrou word daar gelet op nie-gewelddadige trauma en psigologiese/emosionele mishandeling soos deur die kliënt beskou word as mishandeling. Hierdie kategorieë sluit nie finansiële mishandeling in nie, aangesien geen respondente in hierdie studie aan finansiële mishandeling blootgestel is nie. Hierdie kategorieë kan deur die berader benut word om die kliënt te help om verskeie vorme van nie-gewelddadige trauma te identifiseer, wat 'n negatiewe invloed mag uitoefen op die MIV-positiewe kliënt se daaglikse maatskaplike-, emosionele- en psigologiese funksionering. Deur middel van hierdie kategorieë kan die berader die komplekse aard van emosionele/psigologiese mishandeling en nie-gewelddadige trauma wat deur die MIV-positiewe kliënt ervaar word, met meer insig benader ten einde suksesvolle hulpverlening te bied aan die kliënt.

Nie-gewelddadige trauma en psigologiese/emosionele mishandeling	
Seksmaat bring ander vriendinne huis toe:	
Die kliënt mag veral woede ervaar wanneer sy haar seksmaat tuis saam met 'n ander vriendin betrap.	✓
Die kliënt mag moontlik haar seksmaat hieroor konfronteer en vra om 'n keuse te maak tussen haar en sy ander vriendin. Laasgenoemde mag egter aanleiding gee tot geweld vanaf die ander vriendin teenoor die kliënt, of vanaf die kliënt se seksmaat teenoor die kliënt.	✓
Die kliënt sal waarskynlik van mening wees dat haar seksmaat deur middel van sy gedrag (deur 'n ander vriendin huis toe te bring) poog om aan te dui dat hy die verhouding met die kliënt wil beëindig.	✓
Die kliënt sal moontlik haar seksmaat meer as een maal saam met ander vriendinne	✓



by die huis betrap. Die kliënt se seksmaat mag moontlik soveel as 10 ander vriendinne hê waarvan die kliënt bewus is.	
Die betragting van die kliënt se seksmaat met sy ander vriendin impliseer egter nie die einde van die verhouding nie, en die kliënt mag moontlik besluit om nie haar seksmaat en sy vriendin te konfronteer nie, en die verhouding met haar seksmaat voort te sit.	✓
Seksmaat spog oor ander vriendinne voor die kliënt:	
Die kliënt word waarskynlik in hierdie situasie vergelyk met die seksmaat se ander vriendin deurdat sy afgebreek en verneder word deur haar seksmaat.	✓
Die kliënt ervaar na aanleiding van hierdie tipe mishandeling moontlik gevoelens van hartseer en leegheid.	✓
Die kliënt se seksmaat sal haar moontlik vra om soos hy, eerder 'n ander seksmaat te kry, en deur met sy vriendinne voor die kliënt te spog, poog om die kliënt te forseer om hom te verlaat.	✓
Die kliënt vind soms later uit dat die ander vriendin waarmee haar seksmaat spog in werklikheid sy vrou is met wie hy getroud is en by wie hy kinders het.	✓
Beskuldiging, belediging en vernedering:	
Beskuldiging, belediging of vernedering van die kliënt word waarskynlik deur die kliënt as vorm van emosionele mishandeling beskou.	✓
Die kliënt mag moontlik veral ontstel word deur beskuldiging daarvan dat sy haar man of seksmaat met MIV geïnfekteer het, terwyl die kliënt oortuig is dat sy nie het nie.	✓
Die verspreiding van negatiewe en valse inligting oor die kliënt in haar familie, word moontlik deur die kliënt beskou as emosionele mishandeling. Die kliënt sal egter as gevolg van haar kultuur selde optree indien hierdie negatiewe of valse inligting deur 'n manlike familielid versprei word.	✓
Emosionele gevolge van verkragting:	
Die emosionele gevolge van verkragting word waarskynlik deur die kliënt beskou as 'n vorm van emosionele mishandeling.	✓
Die kliënt sal moontlik elke keer huil wanneer sy aan die verkragting dink.	✓
Die emosionele gevolge van verkragting word moontlik vir die kliënt verswaar deurdat sy dit geheim hou vanaf haar gesins- en familieledes en dit nie met hulle kan of wil bespreek nie.	✓
Emosionele gevolge van fisieke mishandeling:	
Die kliënt beskou die gevolge van fisieke mishandeling waarskynlik as 'n vorm van psigologiese/emosionele mishandeling en ervaar hierdie vorm van emosionele mishandeling elke keer nadat fisieke mishandeling voorgekom het.	✓
Emosionele mishandeling as gevolg van kulturele-oortuigings:	
Die kliënt beskou moontlik die kulturele-oortuiging dat 'n vrou wat nie kinders het nie, ander vroue se kinders sal vermoor, as 'n vorm van psigologiese/emosionele mishandeling waaraan sy in haar gemeenskap blootgestel word.	✓
Die kliënt beskou haar gereelde huwelik waar haar ouers vir haar 'n man gekies het en <i>lobola</i> vir haar aan haar ouers betaal is, moontlik as 'n vorm van psigologiese/emosionele mishandeling.	✓
Emosionele mishandeling deur die gemeenskap as gevolg van MIV-status:	
Die kliënt voel moontlik dat haar gemeenskap se stigmatisering van haar as gevolg van haar MIV-status, as psigologiese/emosionele mishandeling beskou kan word.	✓
Daar sal as vorm van belediging moontlik op 'n afbrekende wyse deur gemeenskapslede genoem word dat die kliënt MIV-positief is.	✓

Wanneer die kliënt met ander gemeenskapslede gesels oor MIV en VIGS sal daar moontlik in die gemeenskap gesê word dat sy mal is.	✓
Wanneer die kliënt saam met haar vriende is, sal gemeenskapslede haar vriende moontlik waarsku om versigtig te wees vir haar, want sy sal hul met MIV infekteer.	✓
Die kliënt mag soms vir jare aan hierdie tipe mishandeling blootgestel word deur gemeenskapslede.	✓
Nie-gewelddadige trauma waar die kliënt uit die huis gesit word:	
Die kliënt sal waarskynlik in hierdie situasie deur 'n familielid soos 'n moeder of oom uit die huis gesit word.	✓
Daar sal moontlik selde gesins- of familielede wees wat die kliënt sal bystaan wanneer sy uit die huis gesit word.	✓
Redes vir hierdie uitsetting van die kliënt hou waarskynlik verband met oormatige vereistes wat aan die kliënt deur ander familielede gestel word, soos om na jonger kinders om te sien.	✓
Nie-gewelddadige trauma waar daar nie na die kliënt se kinders omgesien is nie:	
Die kliënt en haar kinders wat geen behuising het nie mag moontlik van vriende of familie afhanklik wees vir 'n plek om te oornag. Hierdie versoek word dikwels geweier, aangesien daar nie genoeg plek is om die kliënt en haar kinders te huisves nie.	✓
Die kliënt kan moontlik vir so lank as ses maande geen verblyf vir haar en haar kinders hê nie.	✓
Die kliënt mag noodgedwonge haar kinders by hul grootmoeder laat, wat moontlik slegs vir die kinders kos gee indien hul daarvoor werk.	✓
Nie-gewelddadige trauma waar kos, klere of ander benodigdhede van die kliënt weerhou is:	
Alle besittings wat aan die kliënt behoort mag moontlik van haar weerhou word nadat sy haar man verlaat, aangesien daar in die kliënt se kultuur geglo word dat alles wat gekoop word tydens die huwelik, aan die man en sy familie behoort. Indien die kliënt haar besittings wil terug hê moet sy weer by haar man gaan woon.	✓
Die kliënt mag moontlik van voedsel weerhou word deur die broodwinner byvoorbeeld haar moeder, wanneer daar konflik tussen die kliënt en haar moeder of ander gesins- en familielede voorkom.	✓

10.11 Die vrou en haar kultuur

Onder hierdie tema word daar op verskeie aspekte gelet wat met die kliënt se kultuur en MIV en VIGS verband hou, ten einde die siekte beter te verstaan binne die relevante kulturelekonteks. Daar word eerstens gelet op die rol wat die kliënt se kultuur in haar lewe speel, waarna daar op twee kulturelegebruike naamlik droë seks en die norm van maagdelikheid gelet sal word, deur van die PEN-model gebruik te maak. Daar word ook gelet op die rol van sangomas, inyangas en profete in kliënte se lewens. Laastens word daar gelet op hekse en towenaars as oorsaak van siekte sowel as oorsaak van MIV en VIGS.

10.11.1 Die rol van kultuur in die kliënt se lewe

Die kliënt se kultuur mag verskeie voordele inhou, veral belangrike gesondheidsvoordele vir haarself, haar kinders en haar seksmaat, waar positiewe aspekte van kultuur nagevolg word. Die berader behoort positiewe kulturele waardes en -norme te respekteer en aan te moedig, veral waar dit die kliënt se MIV-risiko of risiko vir MIV-herinfeksie mag verlaag. Die kliënt sal moontlik die volgende redes gee vir waarom haar kultuur 'n belangrike rol in haar lewe speel, en hierdie aspekte kan deur die berader as positief en moontlik eksoties geklassifiseer word volgens die PEN-model.

Die rol van die kliënt se kultuur in haar lewe:	Klassifikasie volgens die PEN-model:
Kultuur bepaal die tipe mens wat die kliënt sal word.	Eksoties
Kultuur gee respek aan die kliënt en haar kinders deurdat hul weet van waar hul afkomstig is.	Eksoties
Kultuur verskaf stabiliteit aan die kliënt se verhouding deurdat <i>lobola</i> vir haar betaal is en sekere reëls hiervolgens nagevolg behoort te word wat respek en getrouheid tussen seksmaats aanbetref.	Positief
Kultuur verskaf riglyne aan die kliënt om aan een seksmaat getrou te bly of met een seksmaat in die huwelik te tree, en meervoudige seksuele verhoudings te vermy.	Positief
Kultuur verskaf riglyne vir 'n vrou rondom hoe om na haarself, haar gesin en haar man om te sien.	Positief
Kultuur voorsien die kliënt van 'n ondersteuningsnetwerk waarin ander lede van dieselfde kultuurgroep hulp en bystand sal bied indien die kliënt dit benodig.	Positief
Kultuur voorsien die kliënt van 'n riglyne oor hoe om ouers, bejaardes en enige iemand ouer as die kliënt met respek te behandel, en ook oor hoe om respek aan kinders oor te dra deur as voorbeeld vir kinders op te tree.	Eksoties/ Positief

Sommige kliënte mag van mening wees dat hul “ou kultuur”, dit wil sê die kliënt se kultuur sonder Westerse- en ander invloede, die enigste wyse is waardeur die MIV-epidemie in hul gemeenskappe beveg kan word, en mag die volgende noem:

In poligamiese verhoudings in die “ou kultuur” was alle seksmaats eerlik met mekaar waar hul kultuur dit vereis het.	✓
Geen binne-aarse dwelms is deur lede van die “ou kultuur” gebruik nie, en is 'n verskynsel wat saam met Westerse invloede na die kliënt se kultuur oorgedra is.	✓
Respek vir mekaar op individuele-, gesins- en gemeenskapsvlak en die samehangende normes en waardes daarvan, was essensiële aspekte van die “ou kultuur”.	✓
Toegang tot rekenaars en tegnologie veroorsaak dat kinders in die kliënt se kultuur geen respek het vir ander nie, as gevolg van aangeleerde gedrag soos gesien word	✓

op TV-programme en in pornografie.

Daar bestaan ook kulturele-aspekte wat deur die kliënt self as negatief beskou mag word in haar eie lewe. Hierdie aspekte sal nie noodwendig direk met MIV en VIGS verband hou nie, maar mag van belang wees vir die kliënt se psigologiese- en emosionele welstand.

Negatiewe kulturele-aspekte in die kliënt se lewe en klassifikasie volgens die PEN-model:

Die respondent se ouers dring daarop aan dat die respondent se seksmaat *lobola* betaal, terwyl die seksmaats nie genoegsame fondse het om hierdie betaling te maak nie, of glad nie beplan om hierdie praktyk na te volg nie.

Ekstoties:

- Hoewel *lobola* 'n eksotiese gebruik mag wees, wat selfs ook as positief geklassifiseer kan word wanneer aspekte daarvan soos respek en getrouheid aan een seksmaat in ag geneem word, behoort die berader steeds die kliënt en haar seksmaat se gevoelens hieroor in ag te neem.
- Kommunikasie tussen die kliënt en haar ouers kan hier deur die berader gefasiliteer word, deurdat die berader die kliënt en haar seksmaat help voorberei op die aspekte wat met haar ouers bespreek sal word.
- Bogenoemde mag insluit om vir 'n kleiner betaling met die ouers te onderhandel, of om aan ouers te verduidelik dat die kliënt en haar seksmaat nie hierdie kulturelegebruik aanhang nie.
- Die voorkoming van konflik tussen die kliënt en haar ouers is hier van belang, en die berader kan ook die kliënt aanmoedig om 'n *elder* in haar gemeenskap te betrek tydens die bespreking van *lobola* met haar ouers.

'n Huwelik wat deur die kliënt se ouers vir haar met 'n neef gereël word, terwyl dit nie die man is met wie die kliënt in die huwelik wil tree nie.

Negatief:

- Die berader behoort eerstens die kliënt se mate van kulturele-aanhang in vergelyking met haar ouers se mate van kulturele-aanhang te evalueer.
- Bogenoemde sal vir die berader 'n idee verskaf rondom die mate van konflik wat tussen die kliënt en haar ouers verwag kan word indien die kliënt weier om aan haar ouers se eise te voldoen.
- Dit is hier van belang dat ouers verstaan dat 'n ongelukkige huwelik moontlik die kliënt se lewe in gevaar mag stel waar ongelukkige huweliksmaats byvoorbeeld nie getrou is aan mekaar nie, onbeskermd seksuele-omgang mag hê ten einde swangerskap mee te bring, en sodoende beide huweliksmaats en hul toekomstige kinders se lewens in gevaar mag stel.

Die kulturele verwagting dat die kliënt kinders moet hê, selfs al is haar huidige situasie ongeleë om na kinders om te sien, en al het sy geen inkomste nie.

Negatief:

- Kulturele verwagtinge rondom kinders in die kliënt se kultuur mag sterk aanhang hê, veral waar die kliënt se waarde as vrou hierdeur bepaal word.
- Die kliënt word dus blootgestel aan kultureledruk wat aanleiding mag gee tot stigmatisering indien die kliënt nie aan hierdie vereistes voldoen nie. Hierdie druk mag dus ernstige spanning vir die kliënt veroorsaak.
- Insigontwikkeling is hier van groot waarde vir die kliënt waar haar ongeleë

situasie om kinders te hê, opgeweeg moet word teen die kultureledruk om kinders te hê.

- Ontwikkeling van die kliënt se selfvertroue om aan ander kultuurlede te verduidelik dat sy as jong vrou genoegsame tyd het om later kinders te hê wanneer haar situasie meer geleë is, mag die kliënt ook help om kultureledruk teen te staan en positiewe besluite te neem rondom reprodusiewe kwessies.

Die kulturele oortuiging dat 'n man die hoof van 'n huishouding is en daarom met sy vrou mag handel soos hy wil, terwyl die vrou onderdanig moet wees aan hom.

Negatief:

- Hierdie oortuiging in die kliënt se kultuur mag moontlik verantwoordelik wees vir verskeie negatiewe gevolge soos emosionele-, psigologiese-, fisieke- en seksuele mishandeling van die kliënt deur haar intieme maat.
- Bogenoemde aspekte mag moontlik aanleiding gee tot verhoogde MIV-risiko, risiko vir MIV-herinfeksie, ander seksueel oordraagbare infeksies, ongewenste swangerskap en die gevolge van verskeie vorme van mishandeling. Terselfdetyd mag dit die kliënt isoleer van haar ondersteuningsnetwerk en noodsaaklike hulpbronne.
- Die berader behoort hier te let op aanbevelings soos bespreek onder die mishandeling van die vrou asook die vrou as seksuele wese en moeder.

Waar die kliënt nie meer haar eie kultuur navolg nie, mag verskeie redes hiervoor genoem word, soos dat die kliënt besluit het om 'n Westerse-lewenstyl te volg of dat haar Christelike geloof nie ooreenstem met geloofsoortuigings in haar kultuur nie. Die berader behoort hier die volgende in ag te neem:

Die kliënt wat 'n Westerse lewenswyse volg en aanbevelings rondom berading:

Die kliënt wat 'n Westerse-lewenstyl volg, beskou dit moontlik as 'n kultuur waarin sy en haar man openlik en eerlik kan kommunikeer en toegang tot MIV-verbandhoudende inligting het. Die kliënt voel waarskynlik 'n verlies aan al die aspekte wat sy opgegee het van haar kultuur van oorsprong, maar sal moontlik ook haar kinders op 'n Westerse wyse grootmaak. Die kliënt mag noem dat sy soos 'n verkleurmannetjie voel met geen ware kultuur nie, hoewel sy mag voel dat die Westerse-lewenstyl meer ooreenstem met haar Christelike geloof, wat in konflik verkeer met haar kultuur van oorsprong.

- Waar die kliënt 'n verlies beleef aan die aspekte wat sy opgegee het van haar kultuur van oorsprong, en voel dat sy geen ware kultuur het nie, kan die PEN-model ook benut word om bogenoemde aan te spreek.
- Die berader behoort goeie kennis te dra van die kliënt se kultuur van oorsprong ten einde dit saam met die kliënt te evalueer volgens die PEN-model.
- Dit is verder van belang dat die berader die kliënt help verstaan dat daar histories geen kultuur of tradisie bestaan wat onveranderd kan bly nie, en hierdie proses wat deur die kliënt beleef word dus nie uniek is nie, maar reeds deur talle kulture oor die wêreld beleef is (soos in die literatuurstudie aangedui).
- Dit is verder van belang dat die kliënt verstaan dat kultuur en tradisies gebore word uit spesifieke behoeftes van 'n situasie en dus slegs sal duur so lank as wat daardie behoeftes nog bestaan. Die oomblik wanneer daardie behoeftes verander sal die tradisies ook nie meer enige oorlewingsfunksie vervul nie (soos in die literatuurstudie aangedui).

- Die kliënt se insig van bogenoemde twee punte is van groot belang, aangesien die kliënt haarself en haar keuses in lewenstyl moontlik sal moet verdedig teen persone met meer tradisionele oortuigings in haar kultuur of teen die kliënt se meer tradisionele ouers, wat moontlik nie mag verstaan waarom die kliënt sekere aspekte van haar kultuur opgegee het nie.
- Die kliënt behoort gehelp te word om skuldgevoelens oor enige negatiewe of uitgediende aspekte van haar kultuur van oorsprong wat opgegee word, te verwerk en dit eerder as 'n natuurlike proses te beskou.
- Die kliënt behoort aangemoedig te word om die positiewe kulturele-aspekte van haar kultuur van oorsprong (soos volgens die PEN-model bepaal) by haar eie en haar gesinslewe in te sluit.

10.11.2 Kulturelegebruike en MIV en VIGS

Twee kulturelegebruike naamlik droë seks en maagdelikheid word kortliks bespreek as kulturele voorbeelde met belangrike gesondheidsimplikasies wat die vrou en MIV en VIGS aanbetref.

Die beoefening van droë seks en aanbevelings rondom berading:

Die jong kliënt sal moontlik droë seks beoefen ten einde 'n kulturelegebruik na te volg, sonder om die oorspronklike redes daarvoor te verstaan. Die beoefening van droë seks sal waarskynlik voorkom by die kliënt in meer afgesonderde plattelandsegebiede. Die kliënt sal verskeie tegnieke praktiseer ten einde die vagina uit te droog en penetrasie vir die man te bemoeilik. Wanneer die kliënt wat droë seks beoefen gewaarsku word teen die gevare daarvan soos verhoogde MIV-risiko, sal die kliënt moontlik noem dat dit haar kultuur is om droë seks te beoefen en dat haar man daarvan hou.

- Droë seks sal volgens die PEN-model as 'n negatiewe gebruik geklassifiseer word as gevolg van die hoë MIV-risiko wat daarmee gepaard gaan.
- Hierdie pynlike vorm van seksuele-omgang sou slegs beoefen kon word indien beide seksmaats MIV-negatief is, geen ander seksueeloordraagbare infeksies het nie, geen ander seksmaats buite die verhouding het nie en die kliënt daartoe instem.
- Bogenoemde is egter selde verseker in die realiteit, en vereis dat die berader die kliënt help om van hierdie praktyk afstand te doen.
- Indien beide die kliënt en haar seksmaat betrek kan word by berading, behoort die berader die man se plesier rondom droë seks, en die samehangende risiko vir MIV en ander seksueeloordraagbare infeksies, op te weeg teen die kliënt en haar seksmaat se toekomstige lewenskwaliteit en -duur. Daar behoort dus veral gefokus te word op die moontlike gevolge van MIV en VIGS vir die kliënt en haar seksmaat, asook die gevolge wat MIV en VIGS vir hul bestaande en toekomstige kinders mag impliseer.

Waar die PEN-model toegepas word op maagdelikheid sal die volgende voor- en nadele van maagdelikheid soos deur die kliënt genoem, daarop dui dat die PEN-model byvoorbeeld nie op die norm van maagdelikheid as geheel toegepas behoort te word

nie, maar eerder op die verskillende dele van die geheel toegepas behoort te word. Die opvolgende voor- en nadele sal die berader dus help verstaan dat alle praktyke nie in geheel verwerp of aanvaar behoort te word nie, maar met kritiese insig saam met die kliënt benader behoort te word.

Voordele van maagdelikheid:	Nadele van maagdelikheid:
Dit sal meisies daarvan weerhou of afskrik om op 'n jong ouderdom seksueel-aktief te raak.	'n Man wat met 'n vrou wil trou behoort nie met haar te trou oor haar maagdelikheid nie, maar eerder omdat hy lief is vir haar.
Dit sal jong meisies wat in die geheim seksueel gemolesteer word deur 'n familielid, help om die molestering bekend te maak.	Die meeste kliënte het seksuele-verhoudings voordat hul trou, en dit sou dus vir hul onmoontlik wees om as maagd te trou.
'n Man wat weet hy trou met 'n maagd sal verseker wees dat sy MIV-negatief is.	Die proses van maagdelikheidstoetsing word deur die kliënt as mishandeling beskou.
	Dit is belangriker vir 'n man om met 'n vrou te trou wat reeds 'n kind het as bewys dat sy wel vrugbaar is. Indien 'n man met 'n maagd trou is daar geen bewyse dat sy vrugbaar is nie.
	Indien 'n vrou nie 'n maagd is nie impliseer dit dat niemand met haar sal wil trou nie.
	Die kliënt voel dat indien haar maagdelikheid aan 'n toekomstige man bewys moet word, sy 'n huwelik sal betree waar sy alles wat daarna volg aan die man moet bewys.

Die volgende aanbevelings rondom maagdelikheid mag die berader help om die positiewe aspekte van hierdie gebruik aan die kliënt te verduidelik, hoewel maagdelikheid steeds die kliënt se persoonlike besluit behoort te bly:

Maagde hoef nie maagdelikheidstoetsing te ondergaan ten einde te bewys dat hul maagde is nie, of hul maagdelikheid behou as tradisionele norm vir 'n ongetroude vrou nie, maar eerder maagdelikheid aan te hang ten einde hulself teen seksueel-oordraagbare infeksies, MIV en VIGS en ongewenste swangerskap te beskerm.	✓
Maagde hoef nie hul maagdelikheid publiek te maak en hulself daardeur in gevaar te stel vir verkragting nie.	✓
Maagde behoort ten spyte van hul maagdelikheid goed ingelig te wees rondom aspekte soos MIV en VIGS, seksueel-oordraagbare infeksies, swangerskap, seksuele-omgang, kondoomgebruik en toegang tot beskikbare gesondheidsdienste.	✓
Maagdelikheid impliseer nie dat die kliënt geforseer is om gevaarlike vorme van seks, soos onbeskermdede anale-omgang hoef te hê ten einde haar maagdelikheid te behou nie. Die essensie van maagdelikheid behoort hier eerder vir die kliënt	✓



verband te hou met die voorkoming van MIV en VIGS, seksueeloorraagbare infeksies en ongewenste swangerskap, as die behoud van 'n maagdevlies.	
---	--

10.11.3 Die rol van sangomas, inyangas en profete

Redes waarom die kliënt 'n sangoma of inyanga sal besoek en aanbevelings rondom berading:
--

Die kliënt sal waarskynlik 'n sangoma of inyanga besoek om tradisionele medisyne op 'n pasgebore baba se fontanel te sit en orale medikasie vir die moeder te bekom sodat die baba se fontanel sal toegroei, en die baba nie sterf nie. Verder mag 'n sangoma of inyanga besoek word indien 'n baba MIV-negatief is, maar steeds diarree ervaar. Die kliënt sal waarskynlik ook 'n sangoma of inyanga besoek indien 'n gesondheidswerker die kliënt aanbeveel om 'n sangoma te besoek, ter wille van die baba se gesondheid. 'n Profet mag moontlik die kliënt aanbeveel om 'n inyanga te besoek ter wille van haar eie gesondheid of om tradisionele medisyne toe te dien aan 'n kind wat self later 'n sangoma gaan word. Sangomas of inyangas se dienste mag moontlik ook benut word om die kliënt se huis, dit wil sê haar gesin, te versterk deur van tradisionele rituele en objekte gebruik te maak in die kliënt se huis.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Waar die kliënt reeds MIV-positief is of 'n MIV-positiewe kind het, is dit veral van belang dat die berader enige tradisionele voorskrifte of aanbevelings vanaf sangomas, inyangas of profete evalueer ten einde te bepaal of dit 'n negatiewe invloed op die kliënt of haar kind se gesondheid mag uitoefen.• Enige aanbevelings deur sangomas, inyangas of profete wat 'n vrou weerhou daarvan om MIV-toetsing te ondergaan of dit uit te stel, waar die vrou of haar MIV-positiewe kind weerhou word van mediesedienste in ruil vir tradisionele voorskrifte of aanbevelings, of waar die gebruik van MIV-medikasie soos anti-retroviralemiddels afgeraai word in ruil vir tradisionele medisyne, behoort vermy te word.• Gesinne wat duidelik 'n behoefte ervaar na maatskaplike- of ander dienste soos wanneer 'n moeder met haar kinders se probleemgedrag gekonfronteer word, behoort ook nie van die dienste van sangomas, inyangas of profete gebruik te maak nie, maar eerder 'n maatskaplike werker of MIV-berader te nader wat hulpverlening kan bied en die kliënt na spesialis-dienste kan verwys. |
|---|

Redes waarom 'n kliënt 'n profet sal besoek en aanbevelings volgens die PEN-model:

Om siekte by die kliënt te diagnoseer of om 'n spesifieke siekte wat by die kliënt voorkom omdat die kliënt self 'n profet is (of behoort te wees), te genees.
--

Negatief:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Indien die kliënt siekte slegs deur 'n profet laat diagnoseer, of 'n profet poog om hierdie siekte te genees, en die kliënt dus nie 'n hospitaal of kliniek besoek nie, kan dit as negatief geklassifiseer word.• Die berader behoort die kliënt aan te moedig om ook van beskikbare mediesedienste in haar gemeenskap gebruik te maak, ten einde 'n volledige beeld van haar siekte te bekom en die korrekte mediese behandeling te ontvang. |
|--|

Om hekserie te bevog, veral wanneer die kliënt deur 'n heks vervloek is.
--

Eksoties:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Indien die kliënt se fisieke- en emosionele gesondheid nie deur die vloek |
|---|

<p>geaffekteer word nie, mag 'n profeet betrek word om die kliënt by te staan byvoorbeeld deur middel van gebed.</p> <ul style="list-style-type: none"> Maatskaplike probleme behoort egter met die berader bespreek te word, terwyl die profeet se hulpverlening aan die kliënt eerder as geestelik beskou behoort te word.
<p>Om toormiddels soos bobbejaan hande wat met ernstige vervloeking verband hou, by die kliënt se huis te kom verwyder sodat die kliënt gesond kan word.</p>
<p>Eksoties:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die berader behoort die kliënt te help verstaan dat haar siekte ook deur middel van mediese hulp aangespreek behoort te word, terwyl die berader in ag moet neem dat slegs spesifieke persone in die kliënt se kultuur byvoorbeeld middels tot vervloeking sal kan verwyder.
<p>Om die kliënt in te lig dat die profeet in sy drome gesien het dat die kliënt vervloek is en sy hulp benodig.</p>
<p>Eksoties:</p> <ul style="list-style-type: none"> In hierdie geval mag die kliënt die profeet se hulp op 'n geestelike vlak benodig indien die kliënt oortuig is dat sy vervloek is.
<p>Om swangerskap te diagnoseer asook die geslag van die baba te voorspel.</p>
<p>Eksoties:</p> <ul style="list-style-type: none"> Indien die kliënt steeds gereelde mediese ondersoeke tydens haar swangerskap ondergaan en veilige seksuele-omgang met haar seksmaat het, behoort hierdie gebruik geen skade mee te bring nie.
<p>Wanneer die kliënt se kind vervloek word en daarom konstant alkohol misbruik en misdaad pleeg.</p>
<p>Negatief:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die kliënt mag hier spesialiskennis en -dienste benodig om haar kind se alkoholmisbruik of misdadige gedrag aan te spreek. 'n Profeet sou hier slegs 'n rol as geestelike ondersteuner kan beoefen.
<p>Om kwessies rondom die kliënt se voorvadergeeste te bespreek, soos om te bepaal wat die voorvadergeeste se wense is.</p>
<p>Eksoties:</p> <ul style="list-style-type: none"> Waar die voorvadergeeste se wense geen negatiewe gevolge vir die kliënt of enige ander individue inhou nie, maar eerder met kulturelekonsepte van eer en respek verband hou, behoort hierdie gebruik moontlik geen skade vir die kliënt in te hou nie. Die berader behoort die kliënt se ontsag vir haar voorvadergeeste met respek te benader.

10.11.4 Hekse en towenaars as oorsaak van siekte

Waar die berader hulpverlening bied aan 'n kliënt wat oortuig is dat hekse en towenaars siekte kan veroorsaak, behoort die berader ingelig te wees van die volgende moontlike opinies wat deur die kliënt onderhou mag word:

<p>Hekse en towenaars kom begrawe snags toormiddels in die kliënt se erf om die kliënt te vervloek, of maak gebruik van toormiddels in die vorm van 'n vloeistof wat die kliënt onwetend mag inneem en 'n stadige werking oor 'n lang tydperk mag hê. Die kliënt se voetspore waar sy op die grond geloop het kan ook gebruik word om toormiddels mee te maak.</p>	✓
--	---

Hekse en towenaars se vervloeking mag die kliënt mal maak, weefsel van die kliënt se liggaam laat afval, liggaamlike pyn soos geswolle bene en voete veroorsaak, kanker, senieliteit, liggaamlike gestremdheid en selfs die kliënt se dood veroorsaak.	✓
Hekse en towenaars veroorsaak meermale dat die kliënt 'n ellendige en ongelukkige lewe het.	✓
Westerse medisyne kan nie bogenoemde siektes genees nie en 'n sangoma, inyanga of profeet moet betrek word om tradisionele of geseënde medisyne te maak wat gedrink, aangesmeer of in gebad moet word.	✓
Hekse en towenaars se redes vir vervloeking hou veral verband met hul eie jaloesie op die kliënt of ander wat die heks of towenaar betaal, se jaloesie op die kliënt.	✓
Sangomas, inyangas en profete is gewoonlik geestelik baie sterker as hekse en towenaars en word om hierdie rede deur die kliënt genader wanneer die kliënt vervloek is.	✓
Hekse en towenaars is uitsonderlik boos en konstant besig met toormiddels en rituele waardeur hul ander vervloek.	✓

Waar bogenoemde opinies onderhou word behoort die berader veral op twee aspekte te let naamlik die kliënt se liggaamlike gesondheid en die kliënt se psigologiese welstand. Wat liggaamlike siektes aanbetref behoort die berader te poog om die kliënt te oorreed om 'n hospitaal of kliniek te besoek. Waar die kliënt byvoorbeeld 'n ellendige en ongelukkige lewe het, mag dit aanduidend wees van die moontlikheid van depressie of verskeie vorme van psigologiese verstourings. Hier mag die kliënt spesialisdienste benodig en behoort die berader die kliënt aan te moedig om van hierdie dienste gebruik te maak.

10.11.5 Hekse en towenaars as oorsaak van MIV en VIGS

Die kliënt sal waarskynlik oortuig wees dat hekse en towenaars nie MIV en VIGS kan veroorsaak nie, en die volgende moontlike opinies hieroor onderhou waarvan die berader bewus moet wees:

Hekse en towenaars kan nie MIV en VIGS veroorsaak nie, maar wel simptome soortgelyk daaraan stuur sodat dit blyk dat die persoon MIV-positief is.	✓
Mense wat nie wil erken dat hul MIV-positief is nie, gebruik dikwels hekse en towenaars se vervloeking en toordery as verskoning vir hul siektesimptome. Die kliënt mag moontlik self in die verlede van hierdie verskoning gebruik gemaak het.	✓
MIV leef in die kliënt se bloed en kan nie deur 'n heks of towenaar na iemand gestuur word nie.	✓
MIV leef in liggaamsvloeistowwe en hekse en towenaars het geen beheer oor hierdie vloeistowwe nie.	✓
Hekse en towenaars het slegs mag oor siektes wat in die liggaam self manifesteer soos kanker, maar het geen beheer oor siektes wat van buite af die liggaam indring, soos MIV nie.	✓

Hekse en towenaars kan geen beheer uitoefen oor organismes of “kieme” wat in bloed leef nie.	✓
--	---

Bogenoemde is aanduidend dat hoewel hekse en towenaars nie MIV en VIGS kan veroorsaak nie, daar wel sterk kulturele-oortuigings rondom aspekte soos liggaamsvloeistowwe en kieme bestaan. Die bestaan van hekse of towenaars asook sekere magte waaroor hierdie hekse en towenaars beskik, sal moontlik nie deur die kliënt ontken word nie. Die berader behoort veral op die volgende te let wat die voorkoms van MIV en VIGS en die rol van hekse of towenaars daarin aanbetref:

Waar die kliënt aan die berader bekend maak dat ’n heks of towenaar simptome soorgelyk aan MIV na die kliënt gestuur het, behoort die berader die kliënt aan te moedig om steeds MIV-toetsing te ondergaan om sekerheid oor haar MIV-status te bekom.	✓
Hekse en towenaars se vervloeking behoort nie die kliënt in ’n hulpelose of magtelose situasie te laat, deurdat dit as verskoning gebruik word vir die voorkoms van MIV en VIGS by die kliënt nie. Hier kan die berader van kulturele logika gebruik maak wat daarop dui dat hekse en towenaars geen beheer het oor siektes wat die liggaam van buite af indring nie.	✓
Aangesien hekse en towenaars geen beheer het oor liggaamsvloeistowwe nie, behoort die berader die kliënt aan te moedig om van kondome gebruik te maak tydens seksuele-omgang, en sodoende self beheer uit te oefen oor organismes of “kieme” wat moontlik in bloed kan leef.	✓

10.12 Die vrou en haar geloof

Die kliënt sal waarskynlik ’n Christelikegeloof navolg en van mening wees dat haar geloof ’n belangrike rol in haar lewe speel. Die berader behoort veral bewus te wees van die voor- en nadele wat die kliënt se geloof vir haar mag inhou in terme van haar MIV-status.

10.12.1 Voordele van vroue se geloof en kerke

Die berader kan verwag dat die kliënt se geloof en kerk volgens die kliënt moontlik die volgende voordele sal inhou:

Die kliënt se kerk bied waarskynlik gemeentelede en ’n priester/pastoor/dominee met wie sy kan gesels oor haar bekommernisse en wat vir haar bid wanneer haar gesondheid verswak.	✓
Die kliënt mag voel dat haar geloof haar die geleentheid bied om met God te praat wanneer sy gespanne, eensaam of siek voel.	✓
Die kliënt se kerk leer haar dat sy nie alleen is nie, maar dat God haar sal ondersteun.	✓
Die kliënt se kerk leer haar moontlik om nie seksueel-aktief te raak voordat sy nie	✓

in die huwelik getree het nie.	
Die kliënt se kerk leer haar moontlik om respekvol te wees wat haar liggaam aanbetref, deur nie haar liggaam deur middel van uitlokkende klere te ontbloot of te adverteer nie.	✓
Die kliënt se kerk leer haar waarskynlik dat vergifnis, liefde en respek essensiële aspekte van haar lewe behoort te wees.	✓
Die Woord van God leer die kliënt moontlik om alle negatiewe gedrag te vermy.	✓
Die kliënt se kerk leer haar moontlik hoe om haar man en bejaardes met respek te behandel.	✓
Die kliënt se kerk leer gemeentelede waarskynlik van verskeie siektes wat deur middel van hul gedrag vermy kan word, en sodoende gemeentelede wat nie MIV-positief is nie te help om MIV-infeksie te vermy.	✓
Die kliënt se geloof gee moontlik 'n doel aan haar lewe waar sy getrou is aan wat haar geloof voorskryf en nie aan wat die mens se wil is nie.	✓
Die kliënt se geloof staan haar moontlik by in haar stryd teen MIV en VIGS, veral wanneer die kliënt met die moontlikheid van haar sterfte gekonfronteer word.	✓

Die berader behoort die kliënt se geloof en kerk as 'n ondersteuningsnetwerk vir die MIV-positiewe kliënt te beskou wat gepaste riglyne rondom seksuele- en morele gedrag bied, die kliënt laat voel dat haar lewe 'n doel het en haar in haar stryd teen MIV en VIGS ondersteun. Die kliënt se kerk en geloof mag dus empatie, motivering, aanmoediging en ondersteuning bied in die konteks van MIV en VIGS. Hierdie aspekte mag moontlik van groot waarde wees vir die kliënt, en 'n belangrike invloed uitoefen op die kliënt se lewenskwaliteit, deur byvoorbeeld negatiewe gevoelens teen te werk en sodoende isolasie en depressie te voorkom.

10.12.2 Nadele van vroue se geloof en kerke

Die kliënt mag moontlik verskeie nadele van haar kerk en geloof aan die berader noem. Indien die kliënt self nie bewus is van hierdie nadele nie, sou dit van die berader vereis om die kliënt se geloof en kerk te eksploreer en sodoende te verseker dat die MIV-positiewe kliënt nie benadeel word deur die volgende nie:

Die kliënt se kerk verkondig moontlik dat kerkbywoning MIV en VIGS kan genees. Gemeentelede is dus geneig om afstand te doen van anti-retrovirale behandeling en sterf later.	✓
Gemeentelede behandel die MIV-positiewe kliënt moontlik asof sy siek is deur na haar gesondheid uit te vra, terwyl die kliënt graag soos enige ander gemeentelid behandel wil word.	✓
Gemeentelede veroordeel die MIV-positiewe kliënt moontlik deur te sê dat mense MIV en VIGS opdoen omdat hul promisku is of sekswerkers is. Daar word ook negatiewe opmerkings agter die kliënt se rug gemaak wanneer sy kerk bywoon.	✓
Daar word moontlik in die kliënt se kerk geglo wanneer jy "n kind van God" is,	✓

daar niks wat negatief is met jou sal gebeur nie. Indien jy MIV opdoen impliseer dit dat jy vir jou sondes betaal. Die kliënt wil om hierdie redes nie haar MIV-status aan gemeentelede bekend maak nie, aangesien dit impliseer dat sy sondig is of was.	
Die kliënt se kerk maak moontlik 'n mengsel van geseënde tradisionele medisyne, en sê dan aan gemeentelede dat God hul beveel om dit te drink. Die kliënt voel nie gemaklik hiermee nie.	✓
Daar is moontlik 'n tekort aan die korrekte MIV-verbandhoudende inligting onder gemeentelede in die kliënt se kerk.	✓
Die kliënt se kerk raai moontlik die gebruik van kondome af.	✓

Die belangrikste aspekte waarop die berader hier moet let is die moontlikheid dat die kliënt die gebruik van anti-retroviralebehandeling staak ten gunste van genesing van MIV en VIGS deur die kerk, asook die staking van kondoomgebruik waar die kerk dit afraai. Soos by kulturelegebruike en -praktyke kan die berader ook hier van die PEN-model gebruik maak. Daar behoort dus bepaal te word watter oortuigings, voorskrifte en gebruike in die vrou se kerk voorkom, waarna negatiewe oortuigings, -voorskrifte en -gebruike met die vrou bespreek kan word deur die korrekte inligting deur te gee. Die berader behoort egter in ag te neem dat die kliënt se geloof en kerk belangrike bronne van ondersteuning is, en behoort dus nie die vrou af te raai om hierdie bronne van ondersteuning in geheel te ontsien nie.

10.13 Die vrou en geslag

Daar word onder hierdie afdeling gelet op die kliënt se opinies oor waarom meer vroue in haar gemeenskap deur MIV geaffekteer word as mans, en of die kliënt mans blameer vir die verspreiding van MIV. Hierdie aspekte is van belang waar dit aanduidend sal wees van vroue as geslagsgroep se insig rondom hul eie kwesbaarheid vir MIV en VIGS, en ook sal bepaal wat vroue as geslagsgroep se reaksie teenoor mans mag wees in die konteks van MIV en VIGS.

10.13.1 Die effek van MIV en VIGS op vroue

Daar word vervolgens kortliks gelet op die kliënt se opinie van waarom meer vroue in haar gemeenskap deur MIV en VIGS geaffekteer word as mans:

Die vrou se fisiologiese samestelling:	
Vroue het 'n vagina met 'n serviks wat toegang daartoe bied, terwyl die man se penis nie 'n soortgelyke opening het nie, behalwe die uretra waardeur daar geürineer en geëjakuleer word.	✓

Omdat vroue 'n vagina, serviks en baarmoeder het, kan mans deur middel van seksuele-omgang moontlik die MI-virus daar gaan plaas deur middel van semen, en na seksuele-omgang die vrou daarmee laat.	✓
Vaginale weefsel is moontlik te sag (onvolwasse), stukkend of beskadig as gevolg van droë seks of seksueeloorloordraagbare infeksies.	✓
Meer vroue besoek klinieke en ondergaan MIV-toetsing:	
Vroue word daagliks by klinieke waargeneem, terwyl mans nie klinieke of selfs 'n mediesepraktisyn sal besoek nie. Vroue sal moontlik lank voor mans reeds bewus wees van hul MIV-status.	✓
Vroue besoek klinieke moontlik as gevolg van die voorkoms van swangerskap, en ondergaan dus MIV-toetsing en word soedoende bewus van hul MIV-status, terwyl mans selde klinieke sal besoek.	✓
Meer vroue in getalle as mans:	
Daar is moontlik meer vroue in die kliënt se gemeenskap as mans, en daarom is dit ook algemeen dat een man seksueleverhoudings met byvoorbeeld vyf verskillende vroue sal hê.	✓
Armoede:	
Vroue sal moontlik enige iets doen om na hul kinders om te sien, en dus as gevolg van armoede bereid wees om seksuele-omgang te hê met mans wat vir kondoomlose seks sal betaal.	✓
Die gebruik van alkohol onder vroue:	
Vroue gebruik moontlik alkohol en het daarna onveilige seksuele-omgang met mans, omdat hul hulself nie respekteer nie.	✓
Kultureleredes:	
Stilswye rondom seksuele aspekte in die kliënt se kultuur weerhou moontlik veral plattelandse vroue daarvan om inligting rondom kondoomgebruik en seksueeloorloordraagbare infeksies te bekom.	✓

Die fisiologiese-, sosiale-, psigologiese-, ekonomiese- en kultureleredes vir waarom meer vroue in die kliënt se gemeenskap MIV en VIGS het as mans, dui daarop dat die kliënt wel bewus is van die multidimensionele aard van MIV en VIGS. Bogenoemde redes soos deur die kliënt genoem word, is egter nie deurlopend feitlik korrek nie, en behoort feitlik deur die berader oorgedra te kan word tydens berading. Laasgenoemde mag die kliënt help verstaan waarom meer vroue as mans MIV-positief is, en mag moontlik die kliënt se skuldgevoelens en selfverwyrt rondom haar MIV-status help verminder. Dit mag verder bydra daartoe dat die feminisering of vervrouliking van MIV en VIGS nie aanleiding gee daartoe dat vroue as geslagsgroep gestigmatiseer word, en as verspreiders van die MI-virus gesien word in hul gemeenskappe nie. Ondersteuningsgroepe waaraan die kliënt behoort sowel as ondersteuningsgroepe vir mans kan aangemoedig word om die fisiologiese-, sosiale-, psigologiese-, ekonomiese- en kultureleredes vir waarom meer vroue MIV en VIGS

het as mans, te bespreek ten einde bogenoemde stigmatisering van vroue as geslagsgroep te voorkom.

10.13.2 Blamering van mans vir die verspreiding van MIV

Redes waarom die kliënt mans nie blameer vir die verspreiding van MIV nie:	Redes waarom die kliënt mans blameer vir die verspreiding van MIV:
MIV het nie sy oorsprong by mans nie en mans kan dus nie vir die verspreiding daarvan blameer word nie.	Mans wil om kultureleredes baie kinders by vroue hê, maar neem nie in ag dat daar gesondheidsgevaare gepaard gaan met onveilige seksuele-omgang, soos MIV en VIGS en seksueeloordraagbare infeksies nie.
Beide mans en vroue is verantwoordelik vir hul eie gesondheid en mans kan daarom nie vir die verspreiding van MIV blameer word nie.	Mans is negatief teenoor kondoomgebruik en weier dikwels om kondome te gebruik tydens seksuele-omgang.
Daar bestaan 'n tekort aan relevante MIV-inligting onder mans, en mans kan dus nie vir die verspreiding van MIV blameer word nie.	Mans versprei MIV na vroue en kinders deur middel van verkragting.
Kultuur forseer mans om MIV-toetsing en enige ander vorme van toetsing waar bloed getrek moet word te vermy, en mans kan dus nie vir die verspreiding van MIV blameer word nie.	Mans weier om MIV-toetsing te ondergaan en sal ten spyte van onbekendheid met hul MIV-status, steeds onveilige seksuele-omgang hê.
Mans is onbewus van hoe algemeen MIV en VIGS onder die Noord-Sotho/Tswana-sprekende populasie voorkom, en kan dus nie vir die verspreiding van MIV blameer word nie.	Mans het dikwels meervoudige seksueleverhoudings.
	Mans het geen respek vir vroue se gevoelens of gesondheid nie en gee daarom nie om of vroue MIV opdoen nie.
	Relevante MIV-inligting is beskikbaar vir mans, maar hul ignoreer dit.

Bogenoemde verdeelde opinies is om twee redes vir die berader van belang. Eerstens behoort die kliënt wat mans blameer vir die verspreiding van MIV en VIGS se gevoelens en opinies rondom hierdie blamering geëvalueer en ondersoek te word. Die berader behoort te verseker dat die kliënt nie deur middel van blamering van mans, haarself strem in die aanvaardingsproses van haar siekte as realiteit wat sekere gesondheidsgedrag vereis, ten einde 'n verbeterde lewenskwaliteit en -duur te hê nie. Tweedens behoort die kliënt wat mans nie blameer vir die verspreiding van MIV en VIGS nie, deur die berader ingelig te word dat 'n seksmaat nie toegelaat kan word om sekere onveilige seksuelegedrag te onderhou, bloot omdat hy 'n man is en dit daarom

so aanvaar behoort te word in die kliënt se kultuur nie. Laasgenoemde is veral van belang wanneer daar na die magswanbalans tussen mans en vroue as geslagsgroepe gekyk word, waar vroue moontlik makliker sal toegee aan mans se seksuele vereistes, wat verhoogde MIV-risiko vir die vrou mag meebring.

10.14 Die vrou en haar gesondheid

Daar word eerstens onder hierdie afdeling gelet op die kliënt se persepsie van haar eie MIV-risiko voordat sy MIV opgedoen het, en of daar enige seksueel oordraagbare infeksies voorgekom het wat as indikator gebruik kon word om die kliënt se kwesbaarheid vir MIV aan te dui. Daar word verder gelet op die kliënt se toekoms deur te bepaal wie na die kliënt sal omsien indien sy later wel siek word en self versorging mag benodig.

10.14.1 Persepsie van MIV-risiko

Daar word eerstens gekyk of daar enige seksueel oordraagbare infeksies onder die kliënt en haar seksmaats voorgekom het, voordat MIV deur die kliënt opgedoen is. Tweedens word daar gelet op die kliënt se persepsie van haar MIV-risiko voordat sy MIV opgedoen het.

Indien 'n seksueel oordraagbare infeksie by die kliënt of haar seksmaat voorgekom het voordat MIV by die kliënt gediagnoseer is, kan die berader die volgende verwag:

Die kliënt sal waarskynlik 'n kliniek besoek wanneer ongewone of ongemaklike simptome van seksueel oordraagbare infeksies opgemerk word.	✓
Die kliënt sal moontlik onbekend wees met die naam van die seksueel oordraagbare infeksie wat sy opgedoen het nie, maar wel die voorgeskrewe medikasie neem.	✓
Die kliënt sou voor die opdoen van seksueel oordraagbare infeksies, onbekend wees hiermee en ook onbewus wees daarvan dat seksueel oordraagbare infeksies opgedoen kan word in die afwesigheid van kondoomgebruik.	✓
Tydens die behandeling van die kliënt se seksueel oordraagbare infeksie sou sy waarskynlik nie van kondoomgebruik en MIV en VIGS ingelig word deur mediese personeel nie, en nie van kondome voorsien word nie.	✓
Mediese personeel sal waarskynlik aan die kliënt vra om haar seksmaat aan te moedig om ook behandeling te ontvang vir seksueel oordraagbare infeksies.	✓
Die kliënt se seksmaat wat haar met 'n seksueel oordraagbare infeksie geïnfekteer het, werk moontlik vêr van die huis en mag so min as een maal in ses maande huis toe kom, en dan onveilige seksuele-omgang met die kliënt hê.	✓



Die kliënt wat deur haar seksmaat met 'n seksueeloordraagbare infeksie geïnfekteer word, was waarskynlik op daardie tydstip bewus daarvan dat hy meervoudige seksueleverhoudings het.	✓
Die kliënt se seksmaat wat haar met 'n seksueeloordraagbare infeksie geïnfekteer het, het moontlik later gesterf na aanleiding van VIGS.	✓

Na aanleiding van bogenoemde behoort die berader die volgende in ag te neem:

Waar mediese personeel min tyd tot hul beskikking het na aanleiding van groot getalle pasiënte wat bygestaan moet word by klinieke en hospitale, behoort die berader tyd te neem om die kliënt in te lig dat MIV en VIGS, soos ander seksueeloordraagbare infeksies ook in die afwesigheid van kondoomgebruik oorgedra kan word. Die kliënt moet dus verstaan dat onveilige seksuele-omgang met haar seksmaat moontlik aanleiding sal gee tot MIV-infektering of MIV-herinfeksie.	✓
Die kliënt behoort ingelig te word van die gesondheidsrisiko's wat seksueeloordraagbare infeksies en MIV en VIGS vir haarself, haar seksmaat en toekomstige kinders mag inhou. Visuele voorstellings soos foto's of prente mag die kliënt veral help om die erns van seksueeloordraagbare infeksies en MIV en VIGS te verstaan.	✓
Die kliënt behoort ingelig te word van waar kondome kosteloos beskikbaar is, en aangemoedig te word om altyd kondome beskikbaar te hê, veral wanneer sy weet haar man of seksmaat haar gaan besoek.	✓
Die berader behoort die kliënt te help voorberei om aan haar seksmaat bekend te maak dat sy behandeling ontvang vir 'n seksueeloordraagbare infeksie, en haar seksmaat aan te moedig om self behandeling te ontvang.	✓
Die berader behoort die kliënt in te lig van seksueeloordraagbare infeksies as moontlike indikasie dat MIV en VIGS wel opgedoen kan word. MIV-toetsing vir beide die kliënt en haar seksmaat is dus van groot belang.	✓
Die kliënt wat bewus mag wees van haar seksmaat se meervoudige seksueleverhoudings, behoort aangemoedig te word om ten alle tye van kondome gebruik te maak tydens seksuele-omgang met haar seksmaat.	✓
Die kliënt wat bewus mag wees van haar seksmaat se meervoudige seksueleverhoudings, behoort saam met die berader voor te berei om dit met haar seksmaat te bespreek (met inagnome van haar finansiële afhanklikheid van haar seksmaat asook die moontlikheid van fisieke geweld teen die kliënt) of oorweeg om hierdie verhouding te beëindig.	✓

Die kliënt sal waarskynlik noem dat sy voor MIV-infektering nie oortuig was dat daar enige risiko vir haar bestaan het om MIV op te doen nie. Die kliënt sal moontlik die volgende redes hiervoor aanvoer:

Die kliënt het moontlik slegs een seksmaat gehad waaraan sy getrou was en saam met wie sy nie van kondome gebruik gemaak het nie.	✓
Die kliënt het waarskynlik haar seksmaat vertrou en was oortuig dat hy nie ander seksmaats sal hê nie.	✓
Die kliënt het MIV en VIGS moontlik nie as realiteit in haar gemeenskap aanvaar nie, en dit beskou as iets wat nie met haar kan gebeur nie.	✓
Die kliënt was moontlik oortuig dat MIV en VIGS nooit na haar gemeenskap sou	✓

versprei nie.	
Die kliënt het moontlik geen inligting tot haar beskikking gehad rondom MIV en VIGS nie, en kon haarself daarom nie teen MIV en VIGS beskerm nie.	✓
Die kliënt was nie seksueel-aktief nie of het in alle verhoudings van kondome gebruik gemaak en het moontlik daarom geen vrese rondom MIV en VIGS onderhou nie. Die kliënt het egter MIV opgedoen na aanleiding van verkragting.	✓
Die kliënt was moontlik oortuig dat slegs sekswerkers MIV en VIGS kan opdoen.	✓

Bogenoemde kombinasie van onkunde, 'n tekort aan inligting, 'n persepsie van onaantasbaarheid en misplaaste vertrouwe in seksmaats, is belangrike aspekte wat deur die berader aangeraak behoort te word. Hierdie aspekte behoort so vroeg as moontlik aangeraak te word, en kan reeds op skool aan jong vroue oorgedra word ten einde hul voor te berei op die realiteit van MIV en VIGS in hul gemeenskappe.

Indien 'n kliënt bewus was van haar risiko vir MIV en VIGS voordat sy met MIV geïnfekteer is, het verskeie aspekte moontlik 'n rol gespeel in die kliënt se verhoogde risiko om MIV op te doen.

Die kliënt was bewus van haar risiko vir MIV en VIGS indien kondome nie gebruik word nie, maar kon as gevolg van haar omstandighede waarskynlik nie om die volgende redes aandring op kondoomgebruik nie:	
Die kliënt se seksmaat het moontlik 'n negatiewe houding teenoor kondoomgebruik gehad.	✓
Die kliënt se seksmaat het moontlik geweier om die kliënt en haar gesin finansiëel te ondersteun indien die kliënt nie onveilige seksuele-omgang met hom wou hê nie.	✓
Die kliënt het moontlik geen ander inkomste as haar seksmaat se finansiële ondersteuning gehad nie, en het gevrees vir haar en haar kinders se welstand indien sy aandring op seksuele-omgang met kondoomgebruik.	✓
Die kliënt het moontlik gevrees dat haar seksmaat haar sal verlaat indien sy hom onveilige seksuele-omgang weier.	✓

Let hier ook op aanbevelings soos gemaak onder die vrou as broodwinner en seksuelewese.

10.14.2 Versorging van die siek kliënt

Die kliënt wat oortuig is dat daar na haar omgesien sal word indien sy siek word na aanleiding van MIV en VIGS, sal waarskynlik op 'n moeder, kinders of broers en susters staatmaak vir hierdie versorging. Versorging van die siek kliënt mag ernstige vereistes aan versorgers stel en moontlik druk op versorgers plaas, wat die aard en verloop van dié siekte aanbetref. Hier is dit van belang dat die kliënt verseker word

van die ondersteuning wat aan haar versorgers gebied sal word. Die berader behoort die kliënt en haar gesinslede wat as versorgers sal optree, in kontak te bring met alle moontlike hulpbronne wat in die kliënt se gemeenskap beskikbaar is vir versorgers. Laasgenoemde sal byvoorbeeld gespesialiseerde tuisversorgers, ondersteuningsgroepe, regerings- en nie-regeringsorganisasies en kerke insluit.

Vir die kliënt wat oortuig is dat daar niemand sal wees om na haar om te sien wanneer sy siek word na aanleiding van MIV en VIGS nie, mag die kliënt van die nodige gemoedsrus voorsien word indien die berader hierdie aspek vroegtydig aanspreek. Vroegtydige gerusstelling van die kliënt rondom haar toekomstige versorging sal moontlik enige spanning en onsekerheid hieromtrent verlig. Die kliënt behoort ingelig te word van dienste in haar gemeenskap soos tuisversorgingsdienste, regerings- en nie-regeringsorganisasies en hospiese.

10.15 Die vrou en haar beradingsbehoefes

Onder hierdie afdeling word daar gelet op die kliënt se bekendmaking van haar MIV-status en die redes daarvoor. Daar word ook gekyk na hoe die kliënt voel oor haar MIV-positiewe status. Laastens word daar gelet op spesifieke beradingsbehoefes wat die kliënt mag ervaar asook haar gevoelens rondom sterfte en die dood.

10.15.1 Bekendmaking van MIV-status

Die kliënt sal waarskynlik wanneer sy gereed voel haar MIV-status in geheel bekend maak, dit wil sê aan haar gesin, uitgebreide familie en gemeenskap. Soms mag 'n kliënt egter haar MIV-status slegs aan haar gesinslede of sekere individue bekend maak. Die kliënt se redes vir bekendmaking van haar MIV-status, hetsy gedeeltelik of in geheel, sal moontlik met die volgende redes verband hou:

Die kliënt wil moontlik nie haar MIV-status vir 'n potensiële seksmaat wegsteek nie, maar eerder openlik en eerlik wees daaroor.	✓
Die kliënt wil moontlik deur middel van bekendmaking verseker dat sy en haar seksmaat altyd van kondome gebruik maak.	✓
Die kliënt wil moontlik aan haar gesin en uitgebreide familie bewys dat 'n persoon met MIV en VIGS steeds 'n kwaliteit lewe kan lei.	✓
Die kliënt wil haarself moontlik bevry van die las wat die geheimhouding van haar MIV-status op haar plaas.	✓
Die kliënt het moontlik agtergekom dat talle mense in haar gemeenskap sterf na aanleiding van MIV en VIGS, maar dat geheimhouding rondom die siekte steeds	✓

voorkom. Die kliënt wil deur bekendmaking van haar MIV-status hierdie geheimhouding in haar gemeenskap teenwerk.	
Die kliënt voel moontlik dat sy deur middel van bekendmaking van haar MIV-status, nie meer skaamte hoef te ervaar nie en vrylik in haar gemeenskap kan beweeg. Die kliënt kan dus die kliniek in haar gemeenskap openlik besoek vir die behandeling van haar siekte.	✓
Die kliënt wil moontlik deur middel van bekendmaking van haar MIV-status sekere negatiewe kulturele-oortuigings teenwerk, soos dat MIV en VIGS deur toordery of die voorvadergeeste veroorsaak word.	✓
Die kliënt wil moontlik deur middel van bekendmaking van haar MIV-status ander lede van haar gemeenskap help om MIV en VIGS te vermy, deur middel van die verspreiding van MIV-verbandhoudende inligting.	✓
Die kliënt wil moontlik deur middel van bekendmaking van haar MIV-status verseker dat haar kinders goed ingelig is rondom die siekte en hoe om dit te vermy.	✓
Die kliënt wil moontlik deur middel van bekendmaking van haar MIV-status ander lede van haar gemeenskap aanmoedig om MIV-toetsing te ondergaan.	✓

Die proses van die kliënt se bekendmaking van haar MIV-status mag moontlik vir elke kliënt op 'n unieke wyse geskied. Bogenoemde aspekte kan deur die berader aan die kliënt genoem word as voordele van bekendmaking van haar MIV-status. Bekendmaking van die kliënt se MIV-status strek dus nie alleenlik tot voordeel van haarself nie, maar ook tot voordeel van haar seksmaat, kinders en gemeenskap. Bogenoemde aspekte kan dus in die kliënt se voorbereiding op bekendmaking van haar MIV-status bespreek te word. Bekendmaking van die kliënt se MIV-status bly egter die kliënt se persoonlike keuse van wanneer en aan wie die kliënt haar MIV-status bekend wil maak.

10.15.2 Gevoelens rondom MIV-positiewe status

Die berader kan verwag dat die volgende negatiewe gevoelens waarskynlik by die kliënt mag voorkom rondom haar MIV-positiewe status:

Woede.	✓
Magteloosheid.	✓
Skaamte.	✓
Ongelukkigheid oor beperkings in lewenstyl en dieet.	✓
Selfbejammering.	✓
Selfblamering.	✓
Apatie.	✓

Bogenoemde gevoelens van die kliënt sal waarskynlik later vervang word met die volgende:

Die kliënt beskou MIV as 'n vriend waarmee sy moet saamleef en nie voor kwaad kan word nie.	✓
Die kliënt sien haar MIV-positiewe status as 'n onveranderbare situasie wat aanvaar moet word.	✓
Die kliënt beskou MIV as iets wat haar van 'n doel in die lewe voorsien, naamlik om ander MIV-positiewe persone by te staan.	✓
Die kliënt leef met 'n positiewe houding teenoor haar MIV-positiewe status ter wille van haar kinders.	✓
Die kliënt aanvaar haar MIV-positiewe status in so mate dat sy soms vergeet dat sy MIV-positief is.	✓
Die kliënt staan ten spyte van haar MIV-positiewe status nie terug vir enige uitdagings wat haar lewe bied nie.	✓

Indien die kliënt negatiewe gevoelens mag ervaar wat byvoorbeeld aanleiding mag gee tot depressie of selfmoordgedagtes, behoort hierdie gevoelens daadwerklik deur die berader aangespreek te word, veral waar dit verband mag hou met negatiewe hanteringsmeganismes soos alkohol- of dwelmmisbruik, isolasie en ontrekking of distansiering van ander. Die intense beleving van hierdie negatiewe gevoelens behoort egter met die verloop van berading af te neem. Die kliënt se verbalisering van haar gevoelens rondom haar MIV-status sal die berader ook help om die kliënt se emosionele funksionering en welstand te assesser. Die bespreking van die kliënt se gevoelens rondom haar MIV-status kan dus benut word as 'n aanduiding van die mate waartoe die kliënt haar MIV-status aanvaar het. Laasgenoemde is veral van belang wat positiewe gedragsverandering aanbetref, aangesien dit mag bydra tot insigontwikkeling by die kliënt rondom die onderliggende dinamiek van gedragsverandering. Laasgenoemde impliseer dus dat die kliënt se MIV-status 'n realiteit behoort te word vir die kliënt, ten einde positiewe gesondheidsgedrag in haar daaglikse lewe te mee te bring.

10.15.3 Spesifieke beradingsbehoefte

Die kliënt se beradingsbehoefte is in die volgende kategorieë opgedeel ten einde meer duidelikheid te gee ten opsigte van die prominente behoeftes wat moontlik deur die berader verwag kan word onder vroue met MIV en VIGS. Geen aanbevelings word hier gemaak nie, aangesien aanbevelings vir hierdie behoeftes reeds onder die vrou se geslagsrolle bespreek is. Dit is egter van belang vir die berader om in ag te neem dat die opvolgende beradingsbehoefte waarskynlik meer algemeen sal

voorkom onder die MIV-positiewe kliënt, en die berader dus oor die nodige kennis en inligting moet beskik om hierdie behoeftes aan te spreek.

Verhoudings met seksmaats:	
Seksmaats wat nie van kondome gebruik wil maak nie.	✓
Seksuele probleme soos seksmaat wat meer gereeld seksuele-omgang wil hê as die kliënt.	✓
Verhoudingsprobleme wat konflik veroorsaak tussen die kliënt en haar seksmaat byvoorbeeld seksmaats se meervoudige seksueleverhoudings.	✓
Egpaar-berading sodat die seksmaat die MIV-positiewe vrou se behoeftes beter verstaan.	✓
Swangerskap:	
Die voor- en nadele wat swangerskap vir die MIV-positiewe vrou mag inhou.	✓
Die gesondheidsrisiko's van swangerskap vir MIV-positiewe kliënte wat steeds kinders wil hê.	✓
Die seksmaat se behoefte om kinders te hê saam met die kliënt wat nie meer kinders wil hê nie.	✓
Berusting en bekendmaking vir 'n normale lewe:	
'n Behoefte om oor belangrike aspekte in die kliënt se lewe te praat byvoorbeeld hoe en waarom die kliënt MIV opgedoen het, ten einde berusting te vind.	✓
Hoe om 'n MIV-positiewe status te hanteer sodat die kliënt 'n normale en positiewe lewe kan leef.	✓
Bystand en ondersteuning in die proses van bekendmaking van die kliënt se MIV-positiewe status.	✓
Gesinsprobleme:	
Probleme wat konflik in die gesin veroorsaak byvoorbeeld kinders met probleemgedrag.	✓
Wat van kinders sal word na die afsterwe van die kliënt.	✓
Finansiële behoeftes wat deur die kliënt en haar gesin beleef word.	✓
Beroeps- of werksprobleme:	
Die uitdagings wat die kliënt as MIV-positiewe vrou in haar werk of beroep beleef.	✓
Nuwe navorsing en inligting rondom MIV en VIGS:	
Inligting rondom nuwe MIV-medikasie en enige ander vorme van mediese behandeling vir persone met MIV en VIGS.	✓
Inligting rondom die korrekte gebruik van anti-retroviralemiddels.	
Inligting rondom enige nuwe navorsing oor MIV en VIGS in die verskillende vakgebiede.	✓

Bogenoemde kategorieë is aanduidend van die kliënt se fisieke-, emosionele-, psigologiese- en maatskaplike beradingsbehoefte, en is veral aanduidend van inligting en kennis waaroor die berader moet beskik ten einde hulpverlening te bied aan vroue met MIV en VIGS. Beradingsbehoefte rondom beroeps- of werksprobleme asook nuwe navorsing en inligting rondom MIV en VIGS, sou vereis dat die berader op hoogte bly van die nuutste wetgewing en resente MIV-verbandhoudende navorsing.

Daar word laastens gelet op die kliënt se beradingsbehoefte rondom die dood en sterfte.

Die kliënt se behoeftes rondom sterfte en die dood en aanbevelings rondom berading:
Die kliënt mag hartseer ervaar oor die moontlikheid van haar sterfte en dit nie wil aanvaar nie, maar daaglik met die vrees vir sterfte gekonfronteer word.
<ul style="list-style-type: none"> • Die berader moet die kliënt help verstaan dat hartseer rondom die moontlikheid van haar sterfte 'n normale reaksie is, waar sy nie net 'n verlies aan haar eie lewe moet aanvaar nie, maar ook die verlies aan betekenisvolle ander. Die kliënt behoort dus nie te poog om haar hartseer te vermy nie. • Die berader behoort die kliënt te help verstaan dat sy moontlik vir 'n tydperk met vrees rondom die dood gekonfronteer sal word, aangesien dit tyd sal neem om die realiteit van haar moontlike sterfte te aanvaar, en die volle impak daarvan te prosesseer. • Die berader moet die kliënt toelaat om haar spesifieke vrese rondom die dood en sterfte te verbaliseer ten einde uiting te gee aan die gevoelens wat daarmee gepaard gaan. • Die berader moet die kliënt toelaat om die moontlikheid van haar sterfte op haar eie tyd te aanvaar, en nie poog om die kliënt in sekere fases van berading in te dwing nie. Soos wat elke kliënt uniek is, mag rou en aanvaarding ook uniek ervaar en verwerk word deur elke kliënt. • Die berader moet die kliënt help verstaan dat volle aanvaarding van haar dood nooit werklik bereik kan word nie, maar dat die pyn en vrees wat verband hou met haar gedagtes rondom die dood wel sal verminder.
Die kliënt se grootste kommer rondom haar sterfte, hou moontlik verband met haar kinders se toekoms.
<ul style="list-style-type: none"> • Die berader behoort die kliënt te help om die spesifieke vrese rondom haar kinders se toekoms te lys ten einde elke kommer wat die kliënt mag hê, aan te spreek. Let hier veral op aanbevelings soos gemaak onder die vrou as moeder, enkelouer en broodwinner.
Die kliënt het moontlik aanvaar dat God haar lewe bepaal, en ervaar daarom minder vrees rondom toekomstige sterfte. Die kliënt het moontlik ook berusting gevind in die idee dat sterfte wel sal voorkom, en voel dus nie meer hartseer daarvoor nie, maar plaas eerder al haar vertroue in God.
<ul style="list-style-type: none"> • Die berader behoort in ag te neem dat die kliënt se geloof 'n belangrike rol mag speel waar die kliënt met sterfte en die dood gekonfronteer word. Laasgenoemde mag veral verband hou met idees rondom latere hereniging met geliefdes en onsterflikheid of lewe na die dood. • Dit is hier egter van belang dat die kliënt nie haar eie lewe ontken deur slegs te fokus op die lewe na die dood nie. Laasgenoemde mag 'n nadelige invloed uitoefen op die kliënt se eie gesondheid indien sy dit sou afskeep asook haar gesin (veral kinders) se emosionele behoeftes wanneer die kliënt deur middel van die hoop wat haar geloof meebring, haar huidige lewe en situasie ontken. • Die berader moet daarop fokus dat die kliënt nie deur middel van haar geloof poog om enige emosionele pyn rondom sterfte en die dood te vermy nie. Die berader moet die kliënt help verstaan dat hoewel die vermyding van pyn die kliënt tydelik sal beskerm teen hierdie pyn, die kliënt uiteindelik tog sal moet uiting gee aan



hierdie pyn, en dit moet ervaar en dit deurwerk saam met die berader.

- Die kliënt moet haarself dus nie die reg ontnem om die prosesse van rou en samehangende pyn deur te gaan nie, aangesien dit negatiewe gevolge mag hê wanneer dit wel na vore kom, byvoorbeeld depressie, isolasie ensomeer.

Die kliënt het moontlik berusting gevind daarin dat sterfte en die dood vir alle mense onafwendbaar is, hetsy as gevolg van VIGS of as gevolg van natuurlike of ander oorsake. Die kliënt beskou VIGS moontlik as soortgelyk aan ander siektes soos diabetes en hoë bloeddruk wat aanleiding mag gee tot sterfte, en voel daarom dat alle persone wat met gevaarlike siektes gekonfronteer word, die moontlikheid van sterfte moet aanvaar.

- Hoewel die kliënt hier rasionaliseer deur MIV en VIGS met ander gevaarlike siektes te vergelyk en te noem dat almal eendag moet sterf, kan daar nie ontken word dat die kliënt moontlik sekere gevoelens onderhou rondom hoe sy MIV opgedoen het, dit moontlik aan 'n baba of seksmaat oorgedra het, of hoe dit steeds deur sekere gemeenskappe gestigmatiseer word nie. Hierdie aspekte oefen 'n definitiewe emosionele invloed op die kliënt uit, en die berader behoort die kliënt te help om hierdie aspekte wat met verskeie negatiewe gevoelens verband mag hou soos woede en skuldgevoelens, te verwerk. Rasionalisering behoort dus nie aanleiding te gee tot ontkenning van belangrike kwessies waardeur die kliënt moet werk nie.
- Dit is hier verder van belang dat die kliënt se benadering tot MIV en VIGS as soortgelyk aan ander siektes, nie aanleiding gee daartoe dat die kliënt onverantwoordelik optree wat haar seksuele verhoudings, dieet, selfversorging en behandeling van die siekte aanbetref nie. Die kliënt moet dus verstaan dat MIV en VIGS as siekte wel vereis dat sy haar lewe op spesifieke wyses moet aanpas ten einde haar lewensduur en -kwaliteit te verbeter.
- Die berader behoort hier ook met die kliënt te praat oor moontlike gevoelens rondom die kliënt wat as jong aktiewe persoon, later blootgestel sal word aan siektesimptome wat haar lewe sal inperk op wyses wat mag verskil van ander meer beheerbare siektes. Die kliënt behoort dus 'n realistiese beeld te ontwikkel van MIV en VIGS as siekte en die moontlike toekomstige gevolge daarvan.

Die kliënt ervaar moontlik min vrees rondom sterfte, aangesien sy haarself goed versorg en daarom oortuig is dat sy 'n lang lewe sal hê. Die kliënt dink ook moontlik selde oor sterfte en die dood, aangesien sy te besig is in haar beroeps- en gesinslewe.

- Insigontwikkeling in verband met die verloop van die kliënt se siekte en aanvaarding van die moontlikheid van sterfte is hier van belang. Die kliënt moet verstaan dat hoewel sy gesond mag voorkom en vir baie jare 'n gesonde lewe mag lei, die moontlikheid van sterfte nie vermy behoort te word nie.
- Gevoelens rondom sterfte en die dood behoort dus nie onderdruk te word deur te sê dat min of geen vrees vir die dood ervaar word, of dat sy nie daaraan dink nie. Laasgenoemde kan gesien word as ontkenning van die realiteit.
- Die kliënt moet dus voorberei word daarop dat ten spyte van haar min vrees rondom die dood en die moontlikheid dat sy 'n lang lewe mag hê, sy steeds verskeie fases en gevoelens in 'n moontlik onafwendbare rouproses sal beleef.
- Die berader moet die kliënt bystaan om nie die rouproses teen te staan nie, maar haar gevoelens en vrese eerder te konfronteer en te verwerk soos wat dit natuurlik voorkom.

Die kliënt voel dat die moontlikheid van vroeë sterfte na aanleiding van MIV en VIGS onregverdig is teenoor haar, aangesien daar verskeie take is wat sy wil afhandel

voordat sterfte mag voorkom.

- Die berader moet hier veral let op die moontlike verband tussen die kliënt se gevoel dat die voorkoms van MIV en VIGS onregverdig is teenoor haar, en woede by die kliënt. Woede mag hier verband hou met onregverdigheid waar die kliënt kwaad is vir die persoon wat haar geïnfekteer het, kwaad is vir haarself dat sy met MIV geïnfekteer is, of kwaad is omdat sy 'n korter lewe sal hê.
- Daar behoort verder gepoog te word om te vermy dat die kliënt nie onrealisties take op haarself neem en wil afhandel, wat sy andersins as gesonde persoon nooit sou onderneem nie. Die kliënt behoort byvoorbeeld nie eweskielik 'n aktiewe en avontuurlustige lewe te begin lei nie, aangesien hierdie tipe lewenstyl weer aanleiding mag gee tot ontkenning van die realiteit van die kliënt se situasie.
- Die berader behoort die kliënt eerder te help om belangrike take te lys en stap vir stap af te handel. Hierdie take behoort direk verband te hou met die kliënt se gemoedsrus en vrede.

10.16 Samevatting

Hierdie hoofstuk het 'n kultuursensitiewe raamwerk vir MIV- en VIGS-berading omvat. Daar is eerstens gelet op die biografiese profiel en gesinsamestelling wat die berader van 'n idee voorsien van die aard en samestelling van Noord-Sotho/Tswana-sprekende MIV-positiewe vroue se gesinne. Daarna is daar gelet op die kliënt as individuelewese, wat die berader voorsien van 'n eenvoudige wyse waarop die kliënt se agtergrond op 'n nie-konfronterende wyse ondersoek kan word. Onder die kliënt se rol as seksuelewese het aanbevelings veral aangedui hoe seksuele inligting in die gesin van herkoms aan die kliënt oorgedra kan word en sodoende vroeë seksuele-omgang sonder die gebruik van kondome kan voorkom. Laasgenoemde is veral van belang waar vroeë seksuele-omgang sonder kondoomgebruik aanleiding mag gee tot ongewenste swangerskappe, MIV-infektering en seksueeloordraagbare infeksies. Aanbevelings rondom die kliënt se rol as versorger het gedui op wyses wat ontwikkel kan word om die kliënt te help om haar daaglikse take te verlig, en veral om emosionele- en praktiese ondersteuning te bied ten opsigte van die versorging van siek gesinslede soos MIV-positiewe kinders. Onder die rol van die kliënt as moeder is inligting deurgegee aangaande MIV-toetsing vir die moeder en kind, beskikbare medikasie om MIV by kinders te voorkom, sowel as die hantering van kindersterftes. Daar is gelet op aspekte wat geëksploreer behoort te word rondom aborsie en ondersteuning van die kliënt nadat aborsie ondergaan is. Ander aanbevelings onder hierdie rol het verband gehou met hoe om finansiële ondersteuning vanaf die vaders van die kliënt se kinders te bekom; die beplanning van swangerskappe en

voorbehoedmiddelgebruik; die moontlikheid van toekomstige swangerskappe asook die toekomstige versorging van die kliënt se kinders na afsterwe van die kliënt.

Onder die kliënt se rol as huweliksmaat is aanbevelings gemaak ten opsigte van die beveiliging van gereelde en terloopse verhoudings deur middel van kondoomgebruik. Moontlike sterk kulturelegebruike, -houdings en -opinies soos *lobola*, meervoudige seksmaats in die huwelik en die verband tussen seksueleplezier en kondoomgebruik wat aanleiding mag gee tot onveilige seksuele-omgang, wat veral deur die berader in ag geneem behoort te word, is ook hier uitgelig. Die berader is ook voorsien van 'n omvattende beeld van hoë MIV-risiko verhoudings vir hierdie vroue, wat aangebied is in die vorm van gevallestudies. Onder die kliënt se rol as enkelouer is daar aanbevelings gemaak ten opsigte van hoe om 'n verhouding tussen die vader en sy kinders te bewerkstellig en die moontlike finansiële ondersteuning van kinders deur hul vaders. Daar is ook aanbevelings gemaak rondom die aanspreek van enkelouer-kinders se probleemgedrag waar dit ernstig van aard mag wees soos betrokkenheid by bendes en misdaad asook sekswerk en alkoholisbruik. Die berader is ook voorsien van meer insig rondom tradisionele verwagtinge en kulturele verantwoordelikhede waar 'n jong vrou swanger raak en moontlik as enkelouer sal moet optree. Die laaste rol van die kliënt het gelet op die vrou as broodwinner van die gesin waar aanbevelings gemaak is rondom die belang van die voltooiing van skoolopleiding. Daar is ook 'n oorsig gebied van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou en haar gesin se finansiële stand, materiële behoeftes en die besit van eiendom of grond. Die belangrikste aanbevelings onder hierdie rol het egter gefokus op die ongesproke verstandhouding tussen die kliënt en haar seksmaat waar kommoditeite gebied word in ruil vir seksuele-omgang. Laasgenoemde aanbevelings is veral van belang wat die seksmaat se aanvraag vir onbeskermd seksuele-omgang in ruil vir 'n groter beloning, aanbetref. Daar is laastens ook aanbevelings gemaak rondom die gesondheidsrisiko's van *sugar daddy*-verhoudings. Die laaste deel van die raamwerk het aanbevelings gebied rondom die verbandhoudende aspekte van die vrou se geslagsrolle en het gedien as aanvullende aanbevelings vir die vrou se geslagsrolle. Dit het die mishandeling van vroue, die vrou se kultuur, geloof, geslag, gesondheid en ander belangrike beradingsbehoefte ingesluit. In die opvolgende hoofstuk word 'n samevatting van die studie gebied en gevolgtrekkings en aanbevelings rondom die studie gemaak.

HOOFSTUK 11

Samevatting, gevolgtrekkings en aanbevelings

11.1 Inleiding

Hierdie hoofstuk word benut as opsommende oorsig van vorige hoofstukke waar daar veral gefokus sal word op die bereiking van die doelstelling en doelwitte vir hierdie studie, terwyl die navorsingsvraag ook beantwoord sal word. Laasgenoemde word bespreek deur middel van 'n samevatting van aspekte wat in die literatuurstudie, die empiriese bevindings van hierdie studie en die kultuursensitiewe raamwerk vir MIV- en VIGS-berading omvat is. Gevolgtrekkings sal laastens in hierdie hoofstuk gemaak word, waarna daar ook gelet sal word op aanbevelings rondom hierdie studie en vir verdere navorsing.

11.2 Samevatting

11.2.1 Bereiking van die doelstelling vir die studie

Doelstelling vir die studie: Om te let op MIV en VIGS en die geslagsrolle van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou in die Limpopo Provinsie, ten einde 'n raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading te ontwikkel.

Die doelstelling vir hierdie studie is bereik deurdat kennis en insig van MIV en VIGS en die geslagsrolle van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou in die Limpopo Provinsie, bekom is na aanleiding van 'n in-diepte literatuurstudie en eksplorering van MIV-positiewe vroue se geslagsrolle deur middel van 'n empiriese ondersoek wat in die Limpopo Provinsie onderneem is. Laasgenoemde aspekte het aanleiding gegee tot die ontwikkeling van 'n kultuursensitiewe raamwerk vir MIV- en VIGS-berading wat in hoofstuk 10 vervat is.

Die doelwitte vir hierdie studie hou stapsgewys verband met die bereiking van hierdie doelstelling en sal volledig in hierdie hoofstuk bespreek word.

As vertrekpunt vir doelbereiking is daar in hoofstuk 1 gelet op 'n algemene inleiding tot die studie, probleemformulering, doelstelling en doelwitte vir die studie, die

navorsingsvraag, die navorsingsbenadering, soort navorsing, belangrike etiese aspekte en definisies van hoofkonsepte.

11.2.2 Bereiking van doelwit 1 vir die studie

Doelwit 1: Om deur middel van 'n volledige literatuurstudie ondersoek in te stel na die kulturele-aspekte wat 'n invloed uitoefen op die vorming van geslagsrolle en verwagtinge rondom geslagsrolle in Afrika, wat aanleiding mag gee tot verhoogde MIV-risiko onder Swart vroue.

MIV en VIGS as siekte is nie in hierdie studie ondersoek nie, maar dit was wel van belang om kennis te dra van MIV en VIGS as siektetoestand voordat daar gelet kon word op die vorming van die vrou se geslagsrolle en verwagtinge rondom geslagsrolle. Deur middel van 'n bondige literatuurstudie is daar in hoofstuk 2 gelet op alle basiese aspekte wat met MIV en VIGS as medieseverskynsel verband hou. Voldoende mediese inligting is voorsien ten einde enige vrae wat die kliënt rondom MIV en VIGS as siekte mag hê, duidelik en verstaanbaar te kan beantwoord. Die belangrikste aspekte rondom berading is ook by hierdie hoofstuk ingesluit ten einde 'n oorsig te ontwikkel van die algemene aanbevelings wat in die literatuur gemaak word vir voor- en natoets-berading.

Doelwit 1 is hoofsaaklik bereik deur in hoofstuk 3 'n volledige literatuurstudie in te sluit waarin daar gelet is op belangrike kulturele-aspekte deur die konsep van kultuur vir die doeleindes van hierdie studie te definieer, waarna kulturele-aspekte soos verteenwoordigings en aktiwiteite bespreek is. Daar is spesifiek na die Afrika-kultuur en die aspekte van geslag, seksualiteit en mag in die Afrika-kultuur gekyk, ten einde die Swart vrou se kwesbaarheid vir MIV en VIGS beter te verstaan. Daar is ook gelet op die ontwikkeling van die vrou se geslagsrolle in 'n kollektivistiese kultuur ten einde die aard, vorming en verwagtinge van hierdie geslagsrolle te verstaan, en sodoende meer insig te ontwikkel rondom die verband tussen geslagsrolle en verhoogde MIV-risiko onder Swart vroue. Die PEN-model is kortliks bespreek as bestaande metode wat voorstel dat daar na tradisioneel-kulturele gesondheidsoortuigings gekyk kan word in terme van die volgende kategorieë: **P** vir Positiewe, **E** vir Eksotiese en **N** vir Negatiewe.

11.2.3 Bereiking van doelwit 2 vir die studie

Doelwit 2: Om deur middel van 'n literatuurstudie MIV en VIGS en die Swart vrou se geslagsrolle in Suid-Afrika te eksploreer.

Daar is deur middel van 'n in-diepte literatuurstudie gelet op sewe relevante geslagsrolle van die vrou soos geïdentifiseer uit die literatuur. Hierdie geslagsrolle sluit die vrou as individuelewese, seksuelewese, huweliksmaat, moeder, versorger, enkelouer en broodwinner in. Elke geslagsrol omvat aspekte wat met die spesifieke rol verband hou en meer duidelikheid verskaf rondom wat hierdie rol impliseer. Daar is dus gelet op diverse aspekte onder hierdie rolle soos geslagtelike stigma, skoolopleiding, seksuele-opvoeding, verkragting van vroue, geweld teen vroue, geboortetendense, die gebruik van voorbehoedmiddels, VIGS-wesies, enkelouer-gesinstrukture en -probleme, grondbesit en landbou, sekswerk en mansvriende vir oorlewing en armoede onder vroue. Die bespreking van hierdie aspekte het dit moontlik gemaak om die komplekse aard en onderlinge verband tussen die verskillende geslagsrolle te verstaan en 'n volledige beeld te ontwikkel van die geslagsrolle van die vrou. Daar is op die volgende gefokus in hoofstukke 4 tot 7:

Hoofstuk 4: Die Afrika-vrou in haar rol as individuelewese

Die vrou as individuelewese versus kollektivisme.

Die Afrika-vrou en tradisionele definisies van geslagsrolle.

Die Afrika-vrou en die besoedelingsideologie.

Die Afrika-vrou se status in die Afrika-kultuur.

Geslagtelike stigma en MIV en VIGS in die Afrika-kultuur.

Die funksie van stigma in Afrika.

Die verband tussen geslagtelike stigma en MIV en VIGS in die Afrika-kultuur.

Die gevolge van stigma in Afrika.

Skoolopleiding vir Afrika-vroue.

Bepaalde toegang tot skoolopleiding vir Afrika-vroue.

Skoolopleiding vir jong vroue met toegang daartoe.

Hoofstuk 5: Die Afrika-vrou in haar rolle as seksuelewese en huweliksmaat

Die Afrika-vrou as seksuelewese.

Die betekenis van seksualiteit in Afrika.

Seksuele-opvoeding van jong meisies in Afrika.

Maagdelikheid.

Die vrou as seksuelewese en verkragting.

Die verkragting van maagde en kinders/babas.

Verkragting van skoolgaande meisies deur onderwysers en bendes.

Die Afrika-vrou as huweliksmaat.

Die huwelik in Afrika.

Getrouheid in die huwelik.

Die Suid-Afrikaanse konteks en geweld teen die vrou as huweliksmaat.

Fisieke geweld deur 'n intieme maat.

Seksuelemishandeling deur 'n intieme maat.

Nie-gewelddadige trauma.

Hoofstuk 6: Die Afrika-vrou in haar rolle as moeder en versorger

Die Afrika-vrou as moeder.

Kultureleverwagtinge rondom die vrou se rol as moeder.

Geboortesifers in Suid-Afrika en Sub-Sahara Afrika.

Geboortetendense in Suid-Afrika.

Geboortetendense in Sub-Sahara Afrika.

Die gebruik van kondome en ander voorbehoedmiddels.

Geboortesifers en huwelikstatus.

Die voorkoms van aborsies onder Afrika-vroue.

Seksueleweerhouding onder Afrika-vroue.

Die Afrika-vrou as versorger.

Gevolge van die afsterwe van die vrou as versorger.

Alternatiewe versorgers vir VIGS-wesies.

Versorgingsbehoefte van VIGS-wesies.

Hoofstuk 7: Die Afrika-vrou in haar rolle as enkelouer en broodwinner

Die Afrika-vrou as enkelouer.

Enkelouer-gesinstrukture.

Enkelouerskap en gemeenskapstrukture.

Die Afrika-vrou as broodwinner.

Die belang van grondbesit en landbou vir die vrou as broodwinner.

Die invloed van MIV en VIGS op grondbesit en landbou.

Die belang van grondbesit vir kinders na afsterwe van die vrou as broodwinner.

Die vrou as broodwinner se betrokkenheid in die informelesektor.

Werkloosheid onder die vrou as broodwinner.

Staats- en welsynstoelae vir die vrou as broodwinner.

Sekswerk en mansvriende.

Sekswerk vir oorlewing.

Mansvriende vir oorlewing.

Kondoomgebruik in sekswerk en saam met mansvriende.

Patrone van MIV-verspreiding.

Die gevolge van armoede vir die vrou as broodwinner en haar kinders.

11.2.4 Bereiking van doelwit 3 vir die studie

Doelwit 3: Om na aanleiding van 'n empiriese ondersoek 'n duidelike beeld van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou in die Limpopo Provinsie se beradingsbehoefte te ontwikkel, deur te let op alle relevante geslagsrolle en verbandhoudende kulturele-aspekte wat aanleiding gee tot verhoogde MIV-risiko vir hierdie vroue.

Doelwit 3 is bereik deur middel van 'n empiriese ondersoek waar daar gebruik gemaak is van 'n gepaste navorsingsontwerp en -metodologie vir hierdie studie. In hoofstuk 8 is daar gelet op die navorsingsontwerp, literatuurstudie, die voorondersoek, omskrywing van die universum en navorsingspopulasie, afbakening van die steekproef en wyse van steekproefneming, empiriese navorsing (wat die kwalitatiewe dataversamelingsmetode insluit) en data-analise. 'n Volledige empiriese ondersoek is onderneem waar daar gepoog is om nuwe kennis te bekom aangaande die MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou se relevante geslagsrolle en verbandhoudende kulturele-aspekte wat aanleiding gee tot verhoogde MIV-risiko vir hierdie vroue. Kwalitatiewe inligting soos in hoofstuk 9 weergee, het gefokus op die MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou se rolle as individuelewese, seksuelewese, versorger, moeder, huweliksmaat, enkelouer en broodwinner. Die verbandhoudende aspekte van die vrou se geslagsrolle het mishandeling van die vrou, haar kultuur, geslag, geloof, gesondheid en spesifieke beradingsbehoefte ingesluit. Daar is in hoofstuk 9 veral op die volgende gelet:

Biografiese profiel en gesinsamestelling.

Geslagsrolle van die vrou.

Die vrou as individuelewese.

Selfbeskrywing.

Belangrikste prioriteite in vroue se lewens.

Die vrou as seksuelewese.

Seksuele-opvoeding in die gesin van herkoms.

Maagdelikheid.

Konoomgebruik tydens eerste seksuele-omgang.

Risiko vir swangerskap tydens eerste seksuele-omgang.

Risiko vir MIV en seksueeloorraagbare infeksies tydens eerste seksuele-omgang.

Toepassing van druk tydens eerste seksuele-omgang.

Huidige gevoelens rondom seks.

Keuse in seksmaats.

Huidige seksmaats en konoomgebruik.

Die vrou as versorger.

Versorging van siek gesinslede.

Invloed van take op die versorger se gesondheid.

Die vrou as moeder.

Ouderdom tydens eerste swangerskap.

Aantal swangerskappe en kinders per respondent.

MIV-status en miskrame, aborsies en die afsterwe van kinders.

Huwelikstatus en geboortes van kinders.

Aantal seksmaats by wie respondente kinders het en hul finansiële steun aan kinders.

Beplanning van swangerskappe en die gebruik van voorbehoedmiddels.

MIV-status en toekomstige swangerskappe/kinders.

Toekomstige versorging van kinders.

Die vrou as huweliksmaat.

Gereelde of permanente seksueleverhoudings.

Terloopse seksueleverhoudings.

Houdings rondom die huwelik.

Die invloed van lobola op die huwelik.

Die invloed van lobola op seksueleverhoudings.

Die huwelik en meervoudige seksmaats.

Konoomgebruik en seksueleplesier.

Hoë MIV-risiko verhoudings.

Die vrou as enkelouer.

Probleemgedrag onder enkelouer-kindere.

Enkelouerskap en kulturele verantwoordelikhede.

Nakoming van vaders se pligte teenoor kindere.

Die vrou as broodwinner.

Vroeë skoolverlating.

Gevolge van vroeë skoolverlating.

Finansiële stand van die vrou en haar gesin.

Materiële behoeftes in Noord-Sotho/Tswana-sprekende gesinne.

Die vrou en grondbesit.

Seksmaats en inkomste.

Die *sugar daddy* verskynsel.

Verbandhoudende aspekte van die geslagsrolle van die vrou.

Mishandeling van die vrou.

Fisieke mishandeling van vroue.

Verkragting van vroue.

Verkragting en seksuele molestering van kindere.

Nie-gewelddadige trauma en psigologiese/emosionele mishandeling van vroue.

Die vrou en haar kultuur.

Die rol van kultuur in respondente se lewens.

Kulturele gebruike en MIV en VIGS.

Droë seks.

Maagdelikhede.

Die rol van sangomas, inyangas en profete.

Hekse en towenaars as oorsaak van siekte.

Hekse en towenaars as oorsaak van MIV en VIGS.

Die vrou en haar geloof.

Voor- en nadele van vroue se geloof en kerke.

Die vrou en geslag.

Die effek van MIV en VIGS op vroue.

Blamering van mans vir die verspreiding van MIV.

Die vrou en haar gesondheid.

Persepsie van MIV-risiko.

Versorging van siek respondente.

Die vrou en haar beradingsbehoefte.

Bekendmaking van MIV-status.

Gevoelens rondom MIV-positiewe status.

Spesifieke beradingsbehoefte.

11.2.5 Bereiking van doelwit 4 vir die studie

Doelwit 4: Om 'n raamwerk te ontwikkel vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading waardeur die berader hulpverlening kan bied aan MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue in Suid-Afrika.

Hierdie doelwit is bereik deurdat die bevindings vir hierdie studie opsommend aangebied en uitgelig is om 'n raamwerk te vorm wat in logiese afdelings opgedeel is. Hierdie raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading kan benut word gedurende hulpverlening aan heteroseksuele MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue in Suid-Afrika. Laasgenoemde is van toepassing op hierdie vroue in stedelike-, semi-landelik/stedelike- en diep-plattelandsegebiede, asook vroue van alle ouderdomme. Duidelike probleme en behoeftes van die kliënt is in tabelle en kolomme in geel uitgelig. Hierdie raamwerk sal die maatskaplike werker, MIV-berader en ander lede van die multidissiplinêrespan voorsien van 'n omvattende beeld van die heteroseksuele MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou en verwagte probleme en behoeftes wat verband hou met haar geslagsrolle as individuelewese, seksuelewese, moeder, versorger, enkelouer en broodwinner. Dit bied 'n perspektief op die kliënt se verlede, veral wat seksuelekontak en patrone aanbetref, en fokus ook op probleme en behoeftes wat die kliënt tans mag ervaar binne haar geslagsrolle. Verder bied dit 'n perspektief op die kliënt se toekomstige behoeftes wat haar gesondheid, kinders, gesin en seksmaat aanbetref. Verbandhoudende aspekte van die vrou se geslagsrolle soos mishandeling van die vrou, haar kultuur, geloof, geslag, gesondheid en spesifieke beradingsbehoefte is ook deur die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading aangespreek.

Aanbevelings in bogenoemde raamwerk bestaan uit inligting bekom vanuit die empiriese ondersoek, praktykervaring, asook die navorser se kennis van relevante literatuur. Die raamwerk volg dieselfde verloop as wat deur die afdelings in die bevindings van die empiriese ondersoek gevolg word. Deur middel van laasgenoemde kan die raamwerk ook saam met die volledige bevindings van hierdie studie benut word as direkte verbinding tot die breër empiriese studie. Verder kan die literatuurstudie saam met die raamwerk benut word, aangesien elke rol van die vrou volledig in die literatuurstudie bespreek is, en veral aanduidend mag wees van die gedeelde sosio-religieuse filosofie onder alle Afrikane, ten spyte van sekere verskille in kultuur, geografie, taal en godsdiens.

Die raamwerk word op wyses aangebied wat as gepas beskou word vir die spesifieke probleme en behoeftes van die vrou, en het dus nie konsekwent deur dieselfde gelyk nie, maar ook afmerklyste, kolomme en gevallestudies ingesluit. Die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading is saamgestel sodat alle lede van die multidissiplinêrespan dit kan benut. Daar behoort in ag geneem te word dat die beskikbare multidissiplinêrespan in afgeleë plattelandsegebiede dikwels ook lekeberaders insluit en nie noodwendig lyk soos die tradisionele multidissiplinêrespan nie. Aanbevelings rondom berading is dus kort, bondig, eenvoudig en verstaanbaar sodat alle lede van die multidissiplinêrespan, insluitende lekeberaders daarvan gebruik sal kan maak.

11.3 Samevatting en beantwoording van die navorsingsvraag

Navorsingsvraag: Watter MIV- en VIGS-verbandhoudende risiko's kom voor rondom die geslagsrolle van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende MIV-positiewe vrou in die Limpopo Provinsie?

Die volgende samevatting word gebied ten opsigte van die beantwoording van die navorsingsvraag:

- Die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou se risiko vir MIV en VIGS hou direk verband met haar geslagsrolle wat na aanleiding van sekere houdings, waardes,

oortuigings, opinies, gedrag en norme in die vrou se kultuur, die gebruik van kondome voorkom.

- Kondoomgebruik kom nie voor waar die vrou haar eie gesondheid as 'n minder belangrike prioriteit beskou as haar kinders en gesin se behoeftes nie.
- 'n Tekort aan kennis rondom seksuele-omgang, swangerskap, seksueeloorraagbare infeksies en MIV en VIGS gee aanleiding daartoe dat kondome nie gebruik word nie, aangesien die belang daarvan nie verstaan word nie, of die vrou nie bewus is van kondome nie.
- Kondoomgebruik kom nie voor in verhoudings wat as “huwelike” beskou word nie, aangesien die tekort aan kondoomgebruik daarop dui dat seksmats mekaar vertrou. Hierdie verhoudings gee aanleiding tot swangerskap onder vroue, en die tekort aan kondoomgebruik kan juis waargeneem word aan die aantal vaders waarby vroue oor 'n tydperk kinders het.
- Die magswanbalans tussen mans en vroue kan direk verbind word met die tekort aan kondoomgebruik. Mans onderhou negatiewe houdings teenoor kondoomgebruik en weier dus om daarvan gebruik te maak, terwyl hul dikwels ook ander seksmats het wanneer hul steeds in 'n verhouding met die vrou is. Die vrou se vermoë om te onderhandel vir veilige seksuele-omgang deur middel van kondoomgebruik kom hier dus in direkte teenstand met mans se negatiewe houding teenoor kondoomgebruik. Die man wat meer mag het in hierdie verhouding sal dan besluit dat kondome nie gebruik word nie.
- Waar vroue en hul kinders finansiële afhanklik is van mans, bepaal die man of kondoomgebruik sal voorkom in die seksueleverhouding. Die vrou se reeds beperkte mag in hierdie verhoudings word dan verder benadeel waar die man sal besluit dat daar nie van kondome gebruik gemaak sal word nie.
- Waar fisieke mishandeling van die vrou voorkom in haar verhouding, sal die vrou bevrees wees om op kondoomgebruik aan te dring, en word haar MIV-risiko sodoende verhoog.
- Waar die vrou se kerk kondoomgebruik afraai en die vrou hierdie aanbevelings volg, word haar risiko vir MIV-infeksie en MIV-herinfeksie ook verhoog.
- Die vrou se persepsie van haar eie gesondheid en MIV en VIGS sal aanleiding gee tot 'n tekort aan kondoomgebruik, waar die vrou haarself as onaantasbaar sien omdat MIV en VIGS nie deur die vrou as 'n realiteit beskou word nie. MIV en

VIGS sal dus deur die vrou beskou word as iets wat net met ander gebeur, en haar nie sal affekteer nie.

Die navorsingsvraag vir hierdie studie in geheel is beantwoord deurdat die empiriese ondersoek sowel as die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading, die MIV- en VIGS-verbandhoudende risiko's rondom die geslagsrolle van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende MIV-positiewe vrou in die Limpopo Provinsie:

- Duidelik geïdentifiseer het.
- Logies gegroepeer het.
- En aanbevelings rondom kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading binne die raamwerk aangebied het.

Die volgende MIV- en VIGS-verbandhoudende risiko's rondom die vrou se geslagsrolle is gedurende die empiriese ondersoek geïdentifiseer, en kan beskou word as die belangrikste risiko's wat met hierdie geslagsrolle verband hou, en dus die navorsingsvraag beantwoord:

- Die vrou as individuelewese– Die vrou plaas ander prioriteite in haar lewe, soos haar kinders en gesin bo haar eie gesondheid. Hierdie vroue wat bewus is van hul MIV-positiewe status en tans oor goeie inligting en kennis van MIV en VIGS beskik, het die vermyding van MIV-herinfeksie nie eens as 'n prioriteit genoem nie. Laasgenoemde impliseer dat Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue in die Limpopo Provinsie wat nie bewus is van hul MIV-status nie, en oor min of geen inligting rondom MIV en VIGS en veilige seksuele-omgang beskik nie, moontlik nog minder waarde sal heg aan hul eie gesondheid en die voorkoming van MIV-risiko deur middel van kondoomgebruik as 'n belangrike prioriteit in hul lewens.
- Die vrou as seksuelewese– Die belangrikste MIV-risiko's hou hier verband met die tekort aan kondoomgebruik tydens eerste seksuele-omgang. Laasgenoemde kom voor as gevolg van 'n tekort aan kennis en inligting rondom kondoomgebruik, MIV en VIGS, seksueeloordraagbare infeksies en die implikasies en gevolge van seksuele-omgang. Die voorkoms van onbeplande swangerskappe na aanleiding van eerste seksuele-omgang is veral aanduidend van bogenoemde onkunde en onveilige seksueleverhoudings. Druk word verder op vroue geplaas om seksueel-

aktief te raak sonder die nodige kennis rondom belangrike aspekte soos die risiko vir swangerskap, seksueeloordeelbare infeksies en MIV en VIGS.

- Die vrou as versorger– Die vrou se daaglikse take en versorging van ander gesinslede oefen ’n negatiewe effek op haar gesondheid uit, en veroorsaak spanning vir die vrou. MIV-infeksie en MIV-herinfeksie hou hier indirek verband met die vrou se MIV-risiko. Hoe swakker die vrou se gesondheid tydens MIV-infeksie of MIV-herinfeksie is, hoe swakker sal haar lewenskwaliteit en -duur wees. Indien onveilige seksuele-omgang voorkom om een van die genoemde redes soos onder die ander rolle van die vrou bespreek, sou dit impliseer dat sy nie haarself en haar gesin voldoende sal kan versorg nie, en ook ’n korter lewensduur sal hê, wat haar gesin sonder ’n versorger sal laat.
- Die vrou as moeder– MIV-risiko hou hier verband met die aantal kinders wat die vrou saam met verksillende seksmaats het. Die aantal kinders dui daarop dat onveilige seksuele-omgang saam met vaders van kinders voorkom, terwyl die aantal seksmaats by wie die vrou kinders het, weer aanduidend is van groter MIV-risiko as gevolg van ’n groter aantal seksmaats oor ’n periode van tyd.
- Die vrou as huwelikmaat– Die vrou se gereelde verhoudings wat ook as “huwelike” beskou word gaan gepaard met ’n tekort aan kondoomgebruik, aangesien vroue nie glo dat kondome in hierdie tipe verhoudings gebruik behoort te word nie. Verder het die vrou se “huwelikmaat” ook ander seksmaats terwyl hy steeds in ’n verhouding met die vrou is. Die vrou se seksmaat wil verder nie van kondome gebruik maak nie, aangesien dit sy seksueleplezier beperk.
- Die vrou as enkelouer– Die vrou se MIV-risiko hou hier verband met vaders van kinders wat slegs finansiëel sal bydra tot die versorging van kinders indien die vrou aan sy seksuelevereistes voldoen. Na aanleiding van mans se negatiewe teenoor kondoomgebruik en die vrou se behoefte na finansiële ondersteuning, mag kondoomgebruik moontlik nie gedurende seksuele-omgang voorkom nie.
- Die vrou as broodwinner– As gevolg van die vrou se tekort aan formele onderrig kom werkloosheid en armoede voor. Die vrou sal ’n seksmaat vir ’n inkomste hê ten einde na haarself en haar gesin om te sien, en mag deur haar seksmaat gevra word om vir ’n beloning seksuele-omgang sonder die gebruik van kondome te hê. Die vrou se MIV-risiko word in hierdie rol verder verhoog deur soortgelyke risiko-verhoudings soos *sugar daddy*-verhoudings.

Wat die MIV- en VIGS-risiko's van die verbandhoudende aspekte van die vrou se geslagrolle aanbetref, kan die volgende ingesluit word:

- Fisieke mishandeling gee aanleiding daartoe dat vroue bevreë is om op kondoomgebruik aan te dring. Psigologiese/emosiële mishandeling mag die vrou se selfbeeld verswak wat die vrou se onderhandelingsvermoë vir veilige seksuele-omgang negatief beïnvloed. Geweld in die vorm van verkragting deur 'n vreemdeling kan verder as direkte roete van MIV-verspreiding in die vrou se gemeenskap beskou word.
- Waar die vrou se kultuur die gebruik van sangomas, inyangas en profete insluit, bestaan daar slegs 'n risiko vir MIV-infeksie en MIV-herinfeksie indien MIV-toetsing, veilige seksuele-omgang of die gebruik van anti-retroviralemiddels afgeraai word in ruil vir tradisionele medisyne en gebruike. Nog 'n aspek wat die verspreiding van MIV mag aanhelp is wanneer die vrou glo dat sy getoor is, en nie dat sy moontlik MIV opgedoen het nie. Laasgenoemde mag weer MIV-toetsing, veilige seksuelepraktyke en die gebruik van anti-retroviralemiddels negatief beïnvloed.
- Die vrou se geloof en kerk sal die vrou se MIV-risiko verhoog wanneer daar aanbeveel word om nie van kondome gebruik te maak nie, en daar genoem word dat MIV en VIGS genees kan word, en anti-retroviralemiddels dus nie gebruik moet word nie.
- Die vrou se geslag hou verband met fisiologiese- sosiale-, psigologiese-, ekonomiese- en kultureleredes wat die vrou as geslagsgroep meer kwesbaar maak vir MIV en VIGS. Laasgenoemde kan direk verbind word met die magswanbalans tussen mans en vroue, waar vroue se risiko vir MIV juis as gevolg van hierdie fisiologiese- sosiale-, psigologiese-, ekonomiese- en kultureleredes groter is as enige ander groepe in die samelewing se risiko om MIV op te doen.
- Die verband tussen die vrou se gesondheid en haar risiko vir MIV hou veral verband met haar persepsie van haar gesondheid. Die vrou sal voordat MIV-infeksie voorkom, oortuig wees dat daar geen kans bestaan vir haar om met MIV geïnfekteer te word nie. Laasgenoemde hou verband met die vrou se onkunde, die tekort aan relevante inligting en kennis rondom goeie gesondheidsgedrag, die vrou se persepsie van onaantasbaarheid en haar misplaaste vertrouwe in haar seksmaats.

11.4 Gevolgtrekkings

Gevolgtrekkings vir hierdie studie sal opvolgens gemaak word rondom hoofstukke 1 tot 10 wat reeds samevattend aangebied is om die bereiking van die doelstelling en doelwitte vir hierdie studie aan te dui, en waardeur die navorsingsvraag ook beantwoord is. Hierdie gevolgtrekkings mag veral vir die maatskaplike werker van groot waarde wees, maar behoort ook deur ander professionele berader, lede van die multidissiplinêre span en lekeberaders in ag geneem te word tydens berading.

11.4.1 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 1: Algemene inleiding

- Die inleiding vir hierdie hoofstuk het getoon dat vroue in Sub-Sahara Afrika en veral in Suid-Afrika ernstig deur MIV en VIGS geaffekteer word, en dat die ondersoek na die vrou en MIV en VIGS dan veral verband sal hou met konsepte soos geslag en seksualiteit.
- Geslags- en magsverhoudings is juis vir vroue as geslagsgroep van belang waar dit direk verband hou met verhoogde kwesbaarheid vir MIV en VIGS, die oorteding van vroue se regte en armoede onder vroue.
- Kulturele bevooroordeeling behoort deur navorsers vermy te word, waar die geskiedenis van navorsing in Afrika toon dat kulturele bevooroordeelings geen navorsing sal meebring wat van oor enige toepaslike waarde beskik nie.
- Die probleemformulering vir hierdie studie het drie belangrike aspekte uitgewys, waarvan die verband tussen die vrou se geslagsrolle en verhoogde MIV-risiko die belangrikste mag wees. Tweedens behoort hierdie geslagsrolle ondersoek te word in die kultuur wat die vorming daarvan en die verwagtinge rondom geslagsrolle bepaal. Laastens toon die probleemformulering dat die vrou as geslagsgroep uitgesonder behoort te word vir navorsing rondom MIV en VIGS, omdat vroue meer ernstig as enige ander groepe daardeur geaffekteer word.
- Die logiese uiteensetting van die doelstelling en doelwitte vir hierdie studie het die navorser toegelaat om stapsgewys te werk te gaan in die uitvoering van die studie.
- Die navorsingsvraag vir hierdie studie het die fokus van die studie verskerp en veral verband gehou met die doelstelling en doelwitte vir hierdie studie.
- Kwalitatiewe navorsing het die navorser toegelaat om omvattende insig van die vrou se geslagsrolle, kultuur en verhoogde MIV-risiko te bekom, en sodoende ook die navorsingsvraag te beantwoord.

11.4.2 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 2: MIV en VIGS as medieseverskynsel en beradingsaspekte wat daarmee verband hou

- Maatskaplike werkers behoort as hulpverleners aan MIV-positiewe persone enige onsekerhede uit die weg te ruim, deur hulself bekend te maak met die mediese konsepte en terminologie wat met MIV en VIGS verband hou, sowel as wyses van MIV-oordraging, MIV-toetsing, beskikbare anti-retrovirale behandeling, volhouding van anti-retrovirale terapie, die kliniese fases van MIV en VIGS asook kennis rondom die simptome van MIV en VIGS. Indien die maatskaplike werker hierdie konsepte verstaan, mag hulpverlening aan persone met MIV en VIGS met meer selfvertroue en sukses onderneem word.
- Mediese kennis rondom MIV en VIGS behoort aan die kliënt op wyses oorgedra te word wat die kliënt se vermoëns en begripvlak in ag neem. Die kliënt se vermoëns en begripvlak behoort dus geëvalueer te word, en kennis behoort aangepas te word ten einde die kliënt te help verstaan wat MIV en VIGS is en vir die kliënt as geïnfekteerde mag impliseer.
- Kennis rondom MIV en VIGS as siektetoestand behoort aan die kliënt op wyses oorgedra te word wat sal bydra tot die verwydering van moontlike stigma's rondom die siekte. Laasgenoemde mag veral verband hou met die kliënt se kennis van hoe MIV oorgedra word, asook insigontwikkeling rondom MIV en VIGS as beheerbare toestand saam met die gebruik van anti-retrovirale middels. Onnodige vrese en mites, veral wat fisieke kontak met gesinslede en ander aanbetref, behoort uit die weg geruim te word ten einde isolasie van die kliënt te voorkom. Veilige seksuele-omgang behoort egter altyd beklemtoon te word waar enige seksuele kontak tussen die kliënt en 'n seksmaat mag voorkom.
- Die maatskaplike werker behoort goeie kennis te dra van beskikbare anti-retrovirale middels en MIV-terapie soos HAART ten einde die kliënt se vrae te kan beantwoord. Die maatskaplike werker behoort veral in ag te neem dat anti-retrovirale middels 'n belangrike bydra mag lewer tot die kliënt se lewenskwaliteit en -duur, en die kliënt daarom moontlik verskeie vrae mag hê, en inligting mag benodig rondom anti-retrovirale behandeling. Die maatskaplike werker behoort dus op hoogte te bly van enige nuwe ontwikkeling in anti-retrovirale medikasie, en kan ook op inligting vanaf ander lede van die multidissiplinêrespan staatmaak om

hierdie kennis te bekom en te verstaan, ten einde dit aan die kliënt oor te dra. Volhouding van anti-retroviralebehandeling presies soos wat deur medici voorgeskryf word vir die kliënt behoort deurgaans deur die maatskaplike werker aangemoedig te word.

- Waar anti-retroviralebehandeling nie vir alle Suid-Afrikaners oral in Suid-Afrika beskikbaar is nie, behoort die maatskaplike werker die kliënt te kan help om te bepaal waar en hoe hy/sy hierdie dienste kan bekom. Laasgenoemde impliseer dat die maatskaplike werker goeie kennis dra van die geografiese gebied van waar die kliënt afkomstig is, sowel as 'n lys van toeganklike en beskikbare dienste waar anti-retroviralebehandeling ontvang kan word. Die maatskaplike werker mag veral hier 'n belangrike rol speel in aanbevelings aan die kliënt rondom beskikbare Staatstoelae waarvoor hy/sy aansoek kan doen. Die beskikbaarheid van hierdie fondse mag byvoorbeeld help om kostes rondom vervoer en ander uitgawes wat met toegang tot anti-retroviralebehandeling verband hou, te dek.
- Ten spyte van die maatskaplike werker se vaardighede asook beskikbaarheid van literatuur, riglyne en programme rondom MIV- en VIGS-berading, waardeur die maatskaplike werker homself/haarself teoreties kan voorberei op berading, behoort die maatskaplike werker die kliënt se vrese en onsekerhede te kan antisipeer en daarop te reageer met empatie. Die maatskaplike werker moet poog om 'n ingesteldheid te ontwikkel waardeur die kliënt se angs, spanning en vrese verstaan kan word. Die maatskaplike werker behoort altyd in ag te neem dat 'n MIV-positiewe toetsuitslag vir baie kliënte moontlik soos 'n doodsvonnis mag voel, en dat dit die maatskaplike werker se taak is om die kliënt wat hopeloos voel aan te moedig en te ondersteun, sodat die kliënt alles in sy/haar vermoë sal onderneem om sy/haar lewenskwaliteit- en duur te verbeter.

11.4.3 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 3: Die Afrika-kultuur en geslagsrolvorming

- Die maatskaplike werker behoort goeie insig te hê van wat die kliënt se kultuur impliseer deur die kliënt se oortuigings, houdings, waardes, norme en gedrag in haar spesifieke kultuur te eksplorieer. Laasgenoemde voorsien die maatskaplike werker van 'n belangrike verwysingsraamwerk wat benut kan word tydens berading.

- Insig van die kliënt se kulturelekonteks mag die maatskaplike werker ook help om aan die kliënt te kan oordra waarom daar van sekere kulturelepraktyke afgesien behoort te word waar dit direk verband hou met verhoogde MIV-risiko. Indien die maatskaplike werker self geen kennis dra van die kliënt se kultuur nie, sal die maatskaplike werker geen insigontwikkeling by die kliënt kan meebring rondom sekere kulturelepraktyke en verhoogde MIV-risiko nie.
- Kennis van verteenwoordigings en aktiwiteit in die kliënt se kultuur behoort die motivering vir sekere gedrag wat deur die kliënt onderhou word, duideliker te maak vir die maatskaplike werker. Indien die maatskaplike werker kennis dra van hierdie verteenwoordigings en aktiwiteite in die kliënt se kultuur, sou dit makliker wees om sekere gebruike en praktyke aan te spreek wanneer die verteenwoordigings in die kliënt se kultuur op 'n verstaanbare wyse saam met die kliënt uiteengesit en geëvalueer kan word. Laasgenoemde mag dus help om gedragsverandering by die kliënt mee te bring, en sodoende haar MIV-risiko te verlaag.
- Dit mag van groot waarde wees vir die maatskaplike werker om die kliënt se perspektief of die Afrika-perspektief te verstaan en te respekteer, ten einde te vermy dat die kliënt ongemaklik voel met die maatskaplike werker wat geen waarde heg aan hierdie perspektief nie. Die kliënt mag moontlik meer geneig wees om haar behoeftes met die maatskaplike werker te deel indien die kliënt voel dat die maatskaplike werker hierdie perspektief verstaan en nie veroordeel nie.
- Wat die vroulike kliënt aanbetref is dit van belang dat die maatskaplike werker kan onderskeid tref tussen geslag en seksualiteit, ten einde die vrou as geslagsgroep in Afrika en die komplekse aard van haar risiko vir MIV en VIGS beter te verstaan, en dus te kan aanspreek.
- Die maatskaplike werker behoort ook insig te hê van die invloed van kultuur op die vorming van die vrou se geslagsrolle in Afrika, ten einde die spesifieke aard en omvang van geslagsrolle te verstaan en sodoende die vrou se risiko's vir MIV en VIGS te kan identifiseer.
- Goeie kennis van die PEN-model sal die maatskaplike werker van 'n bruikbare en eenvoudige raamwerk voorsien waarvolgens kulturelegebruike en -praktyke geklassifiseer kan word. Ten einde hierdie model te benut behoort maatskaplike werkers egter seker te maak dat hul volledige kennis dra van wat spesifieke

praktyke en gebruike vir die kliënt in haar kultuur en ook ten opsigte van haar gesondheid mag impliseer.

11.4.4 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 4: Die Afrika-vrou as individuelewese

- Dit mag van waarde wees vir die maatskaplike werker asook in MIV-voorkomingsprogramme wat in die kliënt se gemeenskap geloods word om te let op die invloed wat individualisme en kollektiwisme op die vrou se selfkonsep, persoonlike-identiteit, verhoudings, psigologiese prosesse en sosialiseringsprosesse uitoefen. Laasgenoemde mag dit moontlik maak om hulpverlening te bied in unieke situasies of gemeenskappe met 'n unieke samestelling waarvoor daar geen riglyne of aanbevelings bestaan nie. Hierdie insig mag veral waardevol wees wanneer die maatskaplike werker gekonfronteer word met situasies waar die vrou se kultuur en ander invloede unieke eienskappe aan die vrou en haar gemeenskap verleen, en moontlik unieke uitdagings aan die maatskaplike werker sal stel gedurende hulpverlening. Die maatskaplike werker sal homself/haarself dus bemagtig as hulpverlener deur insig en kennis van bogenoemde te hê.
- Bogenoemde insig en kennis mag die maatskaplike werker ook help om die kompleksiteit van die vrou se individuele-self as primêre-self te verstaan wanneer die vrou op 'n bedreiging soos MIV en VIGS reageer.
- Insig van die vrou se verhouding-identiteit sal ook vir die maatskaplike werker van groot waarde wees, veral omdat dit geassosieer word met persoonlike-identiteit. Laasgenoemde hou dan veral verband met bekendmaking van die vrou se serostatus aan haar seksmaat, gesins- en familielede en enige ander persone waarmee die vrou 'n nabye verhouding het. Die vrou se verhouding-identiteit sal dus 'n groot rol speel in haar keuses rondom die bekendmaking van haar serostatus, en vir die maatskaplike werker 'n aanduiding wees van hoe om die proses van bekendmaking te hanteer.
- Die maatskaplike werker behoort nooit die belang van intergroepverhoudings vir die vrou uit die oog te verloor nie. Laasgenoemde sal veral na vore tree waar die vrou uit 'n sterk kulturele-agtergrond afkomstig is. Waar die vrou se gemeenskap bewus word van haar serostatus kan binne-groep harmonie ernstig ontwrig word

en stigmatisering en diskriminasie teen die vrou meebring. Intergroepverhoudings mag ook 'n belangrike invloed uitoefen op die vrou se beskikbare ondersteuningsnetwerke en behoort dus ondersoek te word deur die maatskaplike werker.

- Die maatskaplike werker behoort veral ag te slaan op die komplekse verband tussen die vrou se status, mag en verhoogde MIV-risiko. Waar die vrou in haar kultuur 'n lae status handhaaf as gevolg van haar geslag, gee dit aanleiding daartoe dat sy min mag kan uitoefen binne die geslagsrolle wat sy daaglik vervul. Die vrou se kultuur voorsien haar ook van geen vaardighede om haar status of mag te verbeter nie, en gee verder aanleiding tot vele negatiewe konnotasies wat daar aan vroue as geslagsgroep gemaak word. Laasgenoemde aspekte gee aanleiding tot verhoogde MIV-risiko en gepaardgaande diskriminasie en stigmatisering van vroue. Wanneer daar dan gedurende hulpverlening gepoog word om die vrou te bemagtig, behoort die maatskaplike werker hierdie komplekse verband tussen mag, status en MIV-risiko te verstaan ten einde 'n idee te ontwikkel van die struikelblokke waarmee vroue in hierdie proses gekonfronteer sal word.
- Bogenoemde tekort aan mag en status vir vroue hou ook sterk verband met geslagtelike stigma. Ten einde geslagtelike stigma te verstaan behoort die maatskaplike werker kennis te dra van die aard en funksie van stigma, veral wat MIV en VIGS in Afrika aanbetref. Die spesifieke gemeenskap waaruit die vrou afkomstig is sal aandui tot watter mate geslagtelike stigma voorkom en wat dit vir die vrou impliseer. Die maatskaplike werker behoort versigtig te wees rondom aanbevelings wat die vrou se bekendmaking van haar serostatus aanbetref. Waar die gemeenskap nie volledig geëvalueer word deur die maatskaplike werker nie, mag die vrou se bekendmaking van haar serostatus moontlik aanleiding gee tot fisieke geweld teen haar deur haar seksmaat, of verwerping en diskriminasie vanaf die gemeenskap en vele ander negatiewe gevolge inhou.
- Skoolopleiding is een van die belangrikste wyses waarop die vrou haar status kan verbeter en haarself kan bemagtig as individuelewese. Waar die maatskaplike werker hulpverlening bied aan jong skoolgaande vroue is dit van die grootste belang dat hierdie vroue aangemoedig word om alle roetes te volg waardeur hul gesondheid beskerm of verbeter kan word ten einde skoolopleiding te kan voltooi. Waar MIV reeds by die jong vrou voorkom sal aanbevelings rondom die gebruik

van anti-retroviralemiddels en die onderhouding van veilige seksuele-omgang van groot waarde wees, ten einde die vrou te help om vir so lank as moontlik so gesond as moontlik te bly. Die kliënt behoort dus aangemoedig te word om skoolopleiding te voltooi ten spyte van 'n positiewe serostatus, en sodoende haar status te verbeter en haarself te bemagtig.

11.4.5 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 5: Die Afrika-vrou as seksuelewese en huweliksmaat

- Waar seksualiteit vir die kliënt mag verband hou met geslags- en magsverhoudings en sterk beïnvloed word deur die kliënt se kultuur, sal dit vir die maatskaplike werker van belang wees om hierdie konsepte te verstaan ten einde nie 'n veroordelende houding teenoor die kliënt se gedrag in te neem nie.
- Jong Afrika-meisies se seksuele-opvoeding fokus hoofsaaklik op die seksuele bevrediging van mans. Dit maatskaplike werker mag moontlik hier die rol as opvoeder inneem. Dit sou van belang wees dat die kliënt eers verstaan dat haar kultuur en tradisionele geslagsrolnorme haar nie voorsien van die nodige vaardighede om haarself teen MIV en VIGS te beskerm nie. Die waarde van die aanleer van nuwe vaardighede deur die kliënt om haarself te beskerm teen MIV en VIGS, mag dan moontlik beter deur die kliënt verstaan word, en met meer entoesiasme aangepak word. Insigontwikkeling rondom die voordele wat die aanleer van nuwe vaardighede vir die kliënt mag inhou, sal moontlik sodoende by die kliënt voorkom.
- Indien 'n kliënt wel sekere kulturelepraktyke aanhang, behoort die maatskaplike werker nie hierdie praktyke en norme sondermeer af te raai nie, maar eers die voor- en nadele daarvan met die kliënt bespreek. Daar behoort veral op alternatiewe gebruike gelet te word soos byvoorbeeld om maagdelikheid te behou deur gebruike soos nie-penetrerende interafhanklike seks. Gevare rondom die aanhang van sekere kulturelegebruike behoort ook aan die kliënt uitgewys te word soos byvoorbeeld die verkragting van maagde. Die beveiliging van die kliënt deur die oordra van relevante inligting is dus hier essensieel.
- Waar verkragting moontlik algemeen in die kliënt se gemeenskap voorkom mag dit van groot waarde wees om die kliënt (veral jong vroue soos skoolgaande meisies) in te lig van wat as verkragting beskou word volgens die Suid-Afrikaanse

Wet en watter stappe die kliënt behoort te neem. Die belang van daadwerklike mediese bystand ten einde MIV en VIGS en ongewenste swangerskap te voorkom, en die belang van die aanmelding van verkragting by die polisie behoort dus met die kliënt bespreek te word.

- Kliënte met babas, kinders of adolessente dogters wat maagde is moet deeglik ingelig word van die gevare rondom die verkragting van hierdie groepe. Dit is van belang om die kliënt te voorsien van relevante inligting waardeur die kliënt haar kinders kan opvoed om verkragting te vermy en haar kinders aanmoedig om openlik met haar te kan praat oor byvoorbeeld 'n onderwyser wat seksuele toenadering soek tot die kliënt se dogter. Daar kan ook op hulpbronne in die kliënt se gemeenskap gelet word om die kliënt te help om haar kinders teen verkragting te beskerm, soos die beskikbaarheid van toesig vir babas, kinders en jong meisies wanneer die kliënt self nie toesig kan bied nie. Daar behoort dus gelet te word op beskikbare en betroubare hulpbronne in die kliënt se gemeenskap wat hierdie dienste bied.
- Die maatskaplike werker behoort die kliënt se huwelikstatus en tipe huwelik te eksploreer, nie alleenlik om 'n idee te bekom van die aard van die kliënt se huwelik binne 'n kulturele konteks nie, maar ook om praktiese redes. Daar behoort gelet te word op praktiese aspekte rondom die kliënt se huwelikstatus soos die betaling van onderhoud aan die kliënt en haar kinders en toesig oor kinders. Daar behoort verder gelet te word op die aard van die huwelik binne die kliënt se kulturele konteks soos wanneer die betaling van *lobola* voorkom, wat sekere gesondheidsrisiko's vir die kliënt mag aandui.
- Die bespreking van kondoomgebruik in terloopse en gereelde verhoudings mag van groot waarde wees vir die kliënt, veral waar daar geglo word dat kondome nie gebruik behoort te word in gereelde verhoudings wat as "huwelike" beskou word nie. Die kliënt behoort ingelig te word van die risiko's vir MIV en VIGS wanneer haar seksmaat ook ander seksmaats en *sugar daddy*-verhoudings het. Daar behoort dus gelet te word op die spesifieke bedreigings wat die huwelik of verhoudings wat as huwelike beskou word, vir die kliënt rondom MIV en VIGS inhou.
- Na aanleiding van Suid-Afrikaners se onderhouding van 'n endosserende kultuur van geweld, behoort die maatskaplike werker ook die kliënt se eie houdings

rondom geslagsgebaseerde geweld te eksplorieer. Daar kan veral na die kliënt se houdings en oortuigings gelet word rondom aspekte soos dat sy nie haar man mag verlaat nie, selfs al mishandel hy haar, *lobola* en mishandeling, geweld as vorm van straf of dissipline en die verband tussen fisieke geweld, liefde en vergifnis. Die kliënt se eie houdings en oortuigings rondom hierdie aspekte sal 'n aanduiding wees van die kliënt se MIV-risiko.

- Bogenoemde is veral van belang wanneer daar op die ernstige gevolge van fisieke geweld vir die kliënt gelet word soos depressie, angstigtheid, distansiëring, persoonlikheidsversteurings, psigoseksuele disfunksie, obsessiewe-kompulsiewe versteuring, substansmisbruik, somatisasie en post-traumatiese stresversteuring. Indien enige van hierdie gevolge by die kliënt geïdentifiseer word deur die maatskaplike werker behoort die kliënt verwys te word vir gespesialiseerde hulp.
- Waar die maatskaplike werker die kliënt help verstaan dat fisieke geweld wat teen haar gepleeg word en die gevolge daarvan vir die kliënt, nie normaal of aanvaarbaar is, soos wat dit in die kliënt se kultuur uitgebeeld word nie, mag die kliënt meer motivering ontwikkel om geweld teen haar by die polisie aan te meld. Die kliënt mag egter die maatskaplike werker se bystand vereis in hierdie proses, veral waar die kliënt steeds saam met die mishandelaar woon of finansieel van die mishandelaar afhanklik is.
- Na aanleiding van die kliënt se kulturele-opvoeding rondom seks asook sekere kulturele houdings en -oortuigings rondom seksuelemishandeling mag dit van groot waarde wees om seksuelemishandeling met die kliënt te bespreek, veral indien die kliënt nie bewus is van wat seksuelemishandeling impliseer of die gepaardgaande MIV-risiko daarvan nie. Daar behoort veral op die gesondheidsimpak van seksuelemishandeling gelet te word wat die fisieke- en psigologiese gevolge aanbetref, en mediese en ander dienste mag vereis waar die kliënt daaraan blootgestel word.
- Na aanleiding van die kliënt se kulturele-opvoeding en die invloed van *lobola* op houdings rondom huweliksverkragting, behoort die kliënt ingelig te word van wat huweliksverkragting impliseer. Huweliksverkragting behoort baie versigtig deur die maatskaplike werker benader te word, aangesien dit impliseer dat die kliënt se seksmaat gewelddadig mag wees en die kliënt in gevaar gestel mag word wanneer sy teenstand bied. Daar behoort gelet te word op bystand aan die kliënt in die

proses om huweliksverkragting aan te meld by die polisie asook verblyf en finansiële bystand aan die kliënt indien sy haar seksmaat verlaat.

- Die gevolge van nie-gewelddadige trauma vir die kliënt mag nie deur die maatskaplike werker uit die oog verloor word nie, aangesien dit 'n belangrike invloed mag uitoefen op haar daaglikse funksionering. Indien die kliënt na aanleiding van nie-gewelddadige trauma nie haar daaglikse take kan uitvoer nie, mag dit aanleiding gee tot kultureel-geregverdigde fisieke mishandeling deur haar seksmaat of huweliksmaat. Die maatskaplike werker behoort hierdie komplekse kultureleverband tussen nie-gewelddadige trauma en fisieke mishandeling en die gevolge daarvan te verstaan, ten einde die kliënt by te staan in die keuses wat gemaak sal word om die kliënt te beskerm.

11.4.6 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 6: Die Afrika-vrou as moeder en versorger

- Die maatskaplike werker behoort goeie insig te hê van die vrou se rolle as moeder en versorger ten einde konsepte rondom vrugbaarheid, status en mag wat direk met hierdie rolle verbind kan word, te verstaan. Laasgenoemde is veral van belang waar hierdie konsepte weer direk in verband gebring behoort te word met die vrou en haar (toekomstige) kinders se kwesbaarheid vir MIV en VIGS.
- Om werklike kultuursensitiewe beradingsdienste te kan lewer behoort die maatskaplike werker veral dieperliggende kulturele-oortuigings rondom moederkskap en vrugbaarheid te verstaan. Die maatskaplike werker kan nie slegs aanbeveel dat oortuigings verander word en gebruik gestaak word nie, maar behoort met insig van hierdie dieperliggende kulturele-oortuigings met die kliënt te kan gesels, ten einde saam met die kliënt 'n oplossing te vind wat die kliënt sal beveilig teen MIV en VIGS.
- Waar die kliënt optree as primêre versorger van haar kinders in afwesigheid van die vader, behoort die maatskaplike werker nie alleen te let op die aanspreek van materiële behoeftes wat deur sulke gesinne beleef mag word nie, maar behoort die psigologiese implikasies wat hierdie rol vir die kliënt inhou, ook geëksploreer te word. Daar mag sekere psigologiese behoeftes by die kliënt bestaan, veral rondom kinders se probleemgedrag wat gespesialiseerde dienste vereis.

- Motivering van die kliënt om negatiewe kulturele houdings rondom gesinsbeplanning teen te werk kan veral geskied deur saam met die kliënt te let op die logika van gesinsbeplanning. Die kliënt moet die verband tussen geboortesifers, armoede en MIV en VIGS verstaan ten einde die logika van gesinsbeplanning te verstaan. Die gesprek wat hier tussen die maatskaplike werker en die kliënt plaasvind mag die maatskaplike werker help om die kliënt se kulturele houdings respekvol te eksploreer en terselfdetyd die kliënt van waardevolle inligting te voorsien.
- Die kliënt se kennis van voorbehoedmiddels, of die kliënt wel van 'n voorbehoedmiddel gebruik maak en die tipe voorbehoedmiddel waarvan sy gebruik maak is van groot belang. Laasgenoemde sal vir die maatskaplike werker aandui watter leemtes in die kliënt se kennis van voorbehoedmiddels aangespreek behoort te word, of die kliënt van 'n voorbehoedmiddel gebruik maak waarvan haar seksmaat nie bewus is of sal toelaat nie, en die identifisering van enige mate van emosionele trauma in terme van die kliënt se vrugbaarheid.
- In die bespreking van voorbehoedmiddelgebruik behoort daar veral klem gelê te word op die belang van kondoomgebruik. Daar moet aan die kliënt beklemtoon word dat wanneer sy seksueel-aktief is, kondoomgebruik die enigste wyse is waarop beide ongewenste swangerskap sowel as seksueeloordraagbare infeksies soos MIV en VIGS voorkom kan word. Laasgenoemde sou dan moontlik aanleiding gee tot betrekking van die kliënt se seksmaat by berading, ten einde die belang van kondoomgebruik aan beide seksmaats te verduidelik, en nie die verantwoordelikheid van kondoomgebruik op die kliënt alleen te plaas nie.
- In die bespreking van kondoomgebruik behoort die maatskaplike werker die kliënt toe te laat om haar of haar seksmaat se kulturele logika agter die teenstand teenoor kondoomgebruik te verduidelik. Die maatskaplike werker moet in ag neem dat die kliënt sterk oortuigings mag hê, en die reg het om haar oortuigings bekend te maak en te beskerm. Die maatskaplike werker se taak sou hier wees om die kliënt se kulturele-oortuigings te verstaan en dan aan die kliënt te verduidelik hoe MIV en VIGS deur hierdie kulturele-oortuigings toegelaat word om die vrou, haar seksmaat en haar kinders kwesbaar te maak vir MIV en VIGS. Indien die kliënt verstaan hoe kulturele-oortuigings sekere “gapings” het waardeur MIV en VIGS

toegelaat word om te versprei, mag 'n meer positiewe houding teenoor kondoomgebruik moontlik ontwikkel.

- Die MIV-positiewe kliënt mag as moeder of toekomstige moeder baie vrae en onsekerhede onderhou rondom swangerskap en MIV en VIGS. Dit is eerstens van belang dat die kliënt die voor- en nadele van swangerskap vir 'n MIV-positiewe vrou verstaan. Daarna behoort die kliënt ingelig te word van mediese prosedures, beskikbare medikasie en alle ander relevante aspekte wat sal bydra tot 'n gesonde MIV-positiewe moeder en moontlik ook 'n MIV-negatiewe baba. Dit is veral hier van belang om vir die kliënt te beklemtoon dat sy nie 'n tradisionele swangerskap sal kan volg nie, maar van spesialiskennis en -dienste gebruik sal moet maak.
- Indien die kliënt 'n abortsie oorweeg behoort die maatskaplike werker saam met die kliënt te let op die voor- en nadele daarvan vir die kliënt. Relevante inligting rondom wat abortsie behels behoort deur die maatskaplike werker oorgedra te word ten einde die kliënt se onsekerhede en vrese aan te spreek. Hoe die kliënt oor abortsie voel en die kliënt se religieuse-, morele- en kulturele-oortuigings rondom abortsie behoort ook bespreek te word ten einde die kliënt toe te laat om 'n ingeligte besluit te neem, maar ook gemoedsrus oor hierdie besluit te hê. Dit is verder van die grootste belang dat die kliënt ingelig moet word daarvan dat dit beter is om ongewenste swangerskappe te voorkom deur middel van kondoomgebruik as om 'n abortsie te ondergaan.
- Wat nageboortelike seksuele weerhouding aanbetref behoort die maatskaplike werker veral die tydperk daarvan met die kliënt te bespreek. Daar behoort gelet te word op die tydperk wat die kliënt se mediese praktisyn aanbeveel in vergelyking met meer as 'n jaar van seksuele weerhouding wat moontlik deur die kliënt se kultuur aanbeveel word. Die verbandhoudende probleme van hierdie verlengde tydperk van kulturele nageboortelike weerhouding, soos dat die kliënt se seksmaat ander seksmaats sal kry, behoort aangespreek te word. Die kliënt moet ingelig word dat daar ander wyses is om vinnige opvolgende geboortes te voorkom en steeds 'n bevredigende seksuele verhouding met haar seksmaat te hê. Hier kan die kliënt ingelig word van nie-penetrerende interafhanklike seks gedurende die tydperk wat haar mediese praktisyn aanbeveel dat sy seksuele-omgang vermy. Daarna behoort kondoomgebruik beklemtoon te word wanneer die kliënt weer seksuele-omgang met haar seksmaat hervat. Die kliënt behoort dus die voordele

van veral kondoomgebruik in hierdie konteks te verstaan, naamlik dat sy en haar seksmaat steeds 'n bevredigende seksueleverhouding kan hê, swangerskap en MIV en VIGS vermy kan word en die kliënt se seksmaat moontlik nie ander seksmaats sal kry nie.

- Die realiteit van die toekoms van VIGS-wesies se situasie na afsterwe van die moeder kan nie vir die kliënt weggesteek word nie, veral waar die vader ook reeds gesterf het of afwesig is. Dit mag dus vir die kliënt van die grootste waarde wees om alternatiewe sorg vir haar kinders te bespreek. Die maatskaplike werker kan hierdie proses veral aanspreek deur te begin om saam met die kliënt te let op die kliënt se familienetwerk en familielede se bereidwilligheid om VIGS-wesies te versorg. Die identifisering van 'n gepaste alternatiewe versorger mag dus die eerste belangrike stap wees wat aangespreek behoort te word. Die kliënt se gemoedsrus oor wie hierdie versorger sal wees is van groot belang, veral waar die alternatiewe versorger ook in kinders se emosionele- en psigologiese versorgingsbehoefte moet kan voldoen.

11.4.7 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 7: Die Afrika-vrou as enkelouer en broodwinner

- Een van die belangrikste aspekte waarop daar gefokus behoort te word by die kliënt as enkelouer is waarom onbeplande en ongewenste swangerskappe voorkom. Dit sal van groot waarde wees om die kliënt se situasie te eksplloreer, juis omdat die kliënt wat as enkelouer optree en moontlik reeds armoedig is, gesinsbeplanning behoort te oorweeg.
- Die maatskaplike werker behoort bewus te wees van perinatale sterftes onder kinders van enkelouer-vroue, en nie outomaties aan te neem dat elke jong moeder weet hoe om 'n baba te versorg of tradisioneel van hierdie kennis voorsien word nie. Daar behoort voorsorg getref te word om perinatale sterftes te voorkom deur die kliënt te vewys na die relevante dienste wat deur hospitale, klinieke, nie-regeringsorganisasies en ondersteuningsgroepe in haar gemeenskap gebied word, waar die nodige vaardighede vir die versorging van babas en kinders aangeleer kan word.
- Waar jong kinders veral in stedelikegebiede deur die moeder in ouer kinders se sorg gelaat word, kom daar ook kindersterftes voor. Belangrike kwessies wat hier

aangespreek kan word is bekostigbare dagsorg of ander vorme van beskikbare sorg vir hierdie kinders.

- Die eksplorering van die kliënt as enkelouer se finansiële- en materiële situasie is van groot belang, waar armoede aanleiding gee tot verlating van kinders, straatkinders, kinderverwaarlosing en -mishandeling. Ten einde laasgenoemde te voorkom behoort die kliënt se situasie deurentyd gemoniteer te word, veral waar die maatskaplike werker bewus is van die kliënt se armoedige situasie. Hoewel die maatskaplike werker pogings sal aanwend om die kliënt se materiële nood te help verlig, behoort die kliënt ook ingelig te word van beskikbare maatskaplikedienste waardeur hulp verleen kan word voordat kinders verlaat of verwaarloos word of as straatkinders opeindig. Dit is dus van groot belang dat die kliënt bewus is van die beskikbaarheid van hulpverlening en hulpbronne voordat enige negatiewe besluite geneem word ten opsigte van haar kinders.
- Daar behoort veral op die spesifieke behoeftes van die kliënt as enkelouer gelet te word soos probleme wat beleef word met kinders, oorlaaide verantwoordelikhede, swak gesinsbestuur, tekort aan ekonomiese- en opvoedkundige hulpbronne, tekort aan toesig vir kinders, die dissiplinerings van kinders en kinders se betrokkenheid by misdaad. Hierdie behoeftes van die kliënt vereis dat die maatskaplike werker bewus is van alle beskikbare hulpbronne in die kliënt se gemeenskap wat moontlik spesialis hulp mag vereis ten einde die kliënt as enkelouer by te staan.
- Dit mag veral tot die kliënt as enkelouer se voordeel wees om betrokke te raak by gemeenskapsorganisasies wat fokus op die verbetering van die kliënt se gemeenskap en sodoende te help om interne hulpbronne te versterk. Die maatskaplike werker kan die kliënt aanmoedig om by hierdie organisasies betrokke te raak deur die doel van hierdie organisasies en die voordele wat dit vir die kliënt as enkelouer mag inhou te verduidelik, en die kliënt na hierdie organisasies te verwys.
- Indien die vader van die kliënt se kinders bereikbaar en gewillig is, behoort die maatskaplike werker te poog om die vader van die kliënt se kinders te betrek om finansiële- en materiële bystand te bied aan hierdie armoedige gesinne. Dit sou ook van groot waarde wees indien die vader 'n rol kan speel in die dissiplinerings en opvoeding van kinders en sodoende die druk op die moeder se rol as enkelouer help verlig.

- Waar die kliënt as enkelouer en broodwinner dikwels haar eie gesondheid afskeep, is dit nodig om die kliënt bewus te maak van die belang van haar gesondheid. Hetsy die kliënt as broodwinner optree deur in die informelesektor te werk of landbou-arbeid te verrig, is die afhanklikheid van armoedige gesinne van die kliënt se inkomste 'n aanduiding van die belang van die kliënt se gesondheid. Die kliënt moet verstaan dat indien sy haar eie gesondheid afskeep en siek word, sy nie meer haar rol as broodwinner sal kan vervul nie, en dit 'n direkte invloed op die gesin se inkomste sal uitoefen.
- Waar opbreking, egskeding of sterfte van die kliënt se man voorkom en die skoonfamilie of uitgebreide familie beheer neem van die kliënt se grond, behoort die maatskaplike werker die kliënt na die korrekte dienste te kan verwys ten einde die wetlike aspekte van grondbesit met haar te bespreek. Laasgenoemde is veral van belang in gemeenskappe waar patriargale-, tradisionele en kulturelegewoontes wat teen vroue diskrimineer, steeds voorkom. Die kliënt behoort dus ingelig te word van haar regte en dat sy besit mag neem van haar grond.
- Waar die kliënt grond besit is dit van groot belang dat die kliënt voorsien word van die nodige vaardighede en kennis om landbou effektief te verrig. Die maatskaplike werker behoort dus kennis te dra van dienste wat deur die Staat en nie-regeringsorganisasies gelewer word en die kliënt van hierdie vaardighede en kennis te voorsien. Laasgenoemde sal veral van groot waarde wees waar landbou die gesin se enigste bron van inkomste is.
- Die bespreking van die oordra van grond vanaf die kliënt na haar kinders, behoort lank voordat die kliënt siek word reeds voor te kom. Kinders is veral kwesbaar vir uitbuiting rondom grondbesit, en die kliënt behoort dus die nodige dokumentasie en regsverteenvoording in orde te kry. Daar behoort gelet te word op aspekte soos dat kinders besit kan neem van hul grond wanneer hul oud genoeg is, en dat die inkomste van die verhuuring van grond korrek bestuur word wanneer kinders nog te jonk is om self daarna om te sien. Indien hierdie aspekte aangespreek word, mag dit die kliënt ook van gemoedsrus voorsien rondom haar kinders se toekoms.
- Waar die kliënt mansvriende vir ekonomiese gewin het, behoort die maatskaplike werker versigtig te wees om nie die kliënt se gedrag daadwerklik te veroordeel nie. Die maatskaplike werker behoort in ag te neem dat die kliënt haarself nie as

prostituut beskou nie en dat daar komplekse kulturelegebruike bestaan rondom mansvriende en vergoeding. Dit behoort eerstens gelet te word op die belang van kondoomgebruik, ten spyte van die tipe verhoudings wat die kliënt mag hê. Die kliënt se onderhandelingsvaardighede vir veiliger seks behoort ook versterk te word. Die kliënt kan verder bewus gemaak word van die komplekse aard van skakels in 'n seksuele netwerk, asook haar eie kwesbaarheid vir MIV-infeksie en MIV-herinfeksie in hierdie netwerk. Bogenoemde aspekte mag die kliënt van meer insig voorsien rondom die belang van veilige seksueleverhoudings, en sodoende aanleiding gee tot verbeterde gesondheidsgedrag.

11.4.8 Gevolgtrekkings ten opsigte van hoofstuk 9: Empiriese bevindings

- Die maatskaplike werker behoort in ag te neem dat die vrou as individuelewese 'n unieke identiteit mag hê waarvan individualisme en kollektiwisme beide deel uitmaak, en waarin aspekte van die Afrika-kultuur en Westerse invloede beide mag voorkom. Veralgemenings waar vroue aan 'n eenvormige groep toegeken word, behoort dus verkieslik vermy te word tydens berading.
- Die vrou as seksuelewese se kennis rondom swangerskap, kondoomgebruik, seksueeloorlaagbare infeksies en MIV en VIGS is beperk tydens eerste seksuele-omgang, terwyl beskikbare inligting dikwels vaag is of eers aan vroue oorgedra word nadat eerste seksuele-omgang reeds voorgekom het.
- Die vrou tree op as primêre versorger van haar kinders, en is ook verantwoordelike vir diverse take tuis, wat aanleiding gee tot oormatige uitputting. Vroue is verder verantwoordelik vir die versorging van ander siek familielede, soos moeders asook die versorging van hul eie MIV-positiewe kinders, wat spanning vir hierdie vroue veroorsaak.
- Die vrou se rol as moeder impliseer veral die voorkoms van onbeplande swangerskappe, onbekendheid met haar MIV-status tydens swangerskappe en lae voorbehoedmiddelgebruik vir die voorkoming van swangerskappe. Die vrou as moeder wil dikwels steeds kinders hê, ten spyte van haar MIV-positiewe status, en grootmoeders sal hoofsaaklik verantwoordelik wees vir die versorging van die vrou se kinders na haar afsterwe. Beplanning van swangerskappe is dus 'n

belangrike kwessie wat deur die maatskaplike werker aangeraak behoort te word gedurende hulpverlening aan MIV-positiewe vroue.

- Die vrou as huweliksmaat tree selde in die huwelik, maar mag gereelde of permanente seksueleverhoudings hê wat as 'n huwelik beskou word, terwyl daar selde in hierdie verhoudings van kondome gebruik gemaak sal word. Die vrou se seksmaats het dikwels ander seksmaats terwyl hul steeds in 'n verhouding of “huwelik” met die vrou is. Die maatskaplike werker behoort vroue se MIV-risiko in hierdie verhoudings te verstaan ten einde insigontwikkeling rondom die belang van kondoomgebruik in hierdie verhoudings by vroue mee te bring.
- Baie vroue tree as enkelouers op. Die vaders van kinders kom meestal nie hul pligte teenoor hul kinders na nie, het min of geen kontak met kinders nie en dra nie finansiëel by tot kinders se versorging nie. Die vrou as enkelouer ervaar dan veral probleme met die finansiële versorging en dissiplinerings van kinders, terwyl probleme soos kinders wat nie wil skool gaan nie, jonk seksueel-aktief raak, alkohol misbruik, as sekswerkers optree, by bendes en misdade betrokke raak en kinders van hul eie het, ander probleme is wat deur enkelouers met hul kinders ervaar word. Die maatskaplike werker kan hierdie probleme veral aanspreek met behulp van betrokkenheid van ander instansies en organisasies in vroue se gemeenskappe waarheen hierdie enkelouers verwys kan word.
- Die vrou in haar rol as broodwinner is dikwels die enigste gesinslid wat 'n werk het. Vroeë skoolverlating beperk egter vroue se vermoë om 'n goeie werk te bekom. Staatstoelae en pensioene speel veral 'n belangrike rol in die versorging van hierdie vroue se gesinne. Die ruil van verskeie kommoditeite in die vrou se seksueleverhoudings, waarvan geld die belangrikste mag wees, help die vrou as broodwinner ook om na haar gesin om te sien. Laasgenoemde gaan soms gepaard met seksmaats se aanvraag op kondoomlose seksuele-omgang, waar seksuele-omgang op die seksmaat se voorwaardes geskied, en die vrou se kans op MIV-infeksie en MIV-herinfeksie sodoende verhoog.
- Fisieke mishandeling van vroue deur 'n intieme maat gaan meestal gepaard met die seksmaat se ontrou, dronkenskap en geweld. Mishandeling word selde by die polisie aangemeld en kultureleredes speel ook 'n rol hierin. Vroue is egter bewus dat mishandelde vroue 'n beter kans staan om MIV op te doen, as gevolg van 'n tekort aan kondoomgebruik in hierdie verhoudings. Vroue word ook blootgestel

aan emosionele- en psigologiesemishandeling wat die vrou se kanse vir MIV-infeksie en MIV-herinfeksie verhoog.

- Die vrou se kultuur speel 'n belangrike rol in haar lewe en die maatskaplike werker behoort praktyke en gebruike met behulp van die PEN-model te evalueer, ten einde die MIV-risiko daarvan te bepaal. Sangomas, inyangas en profete word om verskeie redes deur vroue besoek, hoewel dit selde enige negatiewe gevolge vir vroue se gesondheid inhou. Vroue glo steeds dat hekse en townenaars siekte veroorsaak, maar is oortuig dat hekse en townenaars nie MIV en VIGS kan veroorsaak nie. Hierdie gebruike en oortuigings is meestal skadeloos solank as wat die maatskaplike werker verseker dat dit nie inmeng met MIV-toetsing, veilige seksuele-omgang of die gebruik van anti-retroviralemiddels nie.
- Vroue se Christelikegeloof speel 'n belangrike rol in hul lewens wat ondersteuning, empatie, motivering en aanmoediging in die konteks van MIV en VIGS aanbetref. Die maatskaplike werker kan hier ook van die PEN-model gebruik maak om negatiewe aspekte wat deur kerke verkondig word, soos om nie van kondome gebruik te maak nie of dat MIV en VIGS genees kan word, te vervang met korrekte inligting. Die maatskaplike werker behoort egter as gevolg van die positiewe aspekte wat vroue se geloof en kerke bied, versigtig te wees om nie laasgenoemde sondermeer af te raai nie.
- Daar bestaan verskeie fisiologiese-, sosiale-, psigologiese-, ekonomiese- en kultureleredes vir waarom vroue as geslagsgroep meer ernstig deur MIV en VIGS geaffekteer word as mans. Die meerderheid vroue blameer mans vir die verspreiding van MIV en VIGS, en dit blyk dat mans se onkunde ten opsigte van MIV en VIGS, hul negatiwiteit teenoor kondoomgebruik, meervoudige seksueleverhoudings en geweld teen vroue veral 'n rol speel hierin. Die maatskaplike werker behoort die magswanbalans tussen mans en vroue as geslagsgroepe deurentyd in ag te neem tydens berading, aangesien hierdie magswanbalans beskou kan word as die kern van ongelyke verhoudings tussen mans en vroue, en dus direk verband hou met vroue se kwesbaarheid vir MIV-infeksie en MIV-herinfeksie waar kondoomgebruik nie voorkom nie.
- Voordat MIV opgedoen word sal vroue meestal oortuig wees dat daar geen risiko vir hul bestaan om MIV op te doen nie. Laasgenoemde hou verband met vroue se onkunde, tekort aan inligting, 'n persepsie van onaantasbaarheid en misplaaste

vertroue in 'n seksmaat. Hierdie aspekte is veral vir die maatskaplike werker aanduidend van die belang van voorkomende inligting vir vroue, asook die belang van MIV-toetsing vir alle seksueel-aktiewe vroue.

- Die berader se bystand gedurende die voorbereiding en proses van bekendmaking van die vrou se MIV-status is van groot belang, veral wat bekendmaking aan gesinslede aanbetref, asook onbeplande bekendmaking waar gesinslede op ander wyses mag uitvind van die vrou se positiewe MIV-status. Bekendmaking mag groot voordele inhou vir vroue, en hierdie voordele kan saam met die kliënt bespreek word wanneer die kliënt bekendmaking van haar MIV-status oorweeg. Bekendmaking van die kliënt se status bly egter haar persoonlike keuse van wanneer en aan wie dit bekend gemaak sal word.
- Spesifieke behoeftes van vroue wat tydens berading aangespreek behoort te word hou veral verband met vroue se verhoudings met 'n seksmaats, swangerskap onder MIV-positiewe vroue, hoe om berusting te vind in hul MIV-status, bystand en ondersteuning tydens bekendmaking van hul MIV-status, gesinsprobleme, MIV en die werksomgewing en nuwe navorsing rondom MIV en VIGS. Hierdie aspekte dui op die tipe kennis en inligting waaroor die maatskaplike werker behoort te beskik om hierdie spesifieke beradingsbehoefte aan te spreek.

11.4.9 Gevolgtrekking ten opsigte van hoofstuk 10: Raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading

- Die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading bied 'n perspektief en aanbevelings op die probleme en behoeftes wat deur vroue in die verlede ervaar is. Laasgenoemde is van groot waarde waar hierdie perspektief op vroue se verlede deur die maatskaplike werker benut kan word om te bepaal waar en hoe spesifieke MIV-risiko's onder jong vroue voorkom. Indien jong vroue MIV-toetsing ondergaan en steeds MIV-negatief is, kan die maatskaplike werker gedurende natoets-berading juis van inligting vanuit die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading gebruik maak om die bekende MIV-risiko's onder hierdie vroue aan te spreek, en sodoende moontlik toekomstige MIV-infeksie by hierdie jong vroue voorkom. Bogenoemde perspektief op vroue se verlede kan verder deur MIV- en VIGS-voorkomingsprogramme benut word om jong vroue se risiko's vir MIV-infeksie aan te dui en aan te spreek.

- Die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading bied ook 'n omvattende beeld van probleme en behoeftes wat tans deur MIV-positiewe vroue ervaar word. Die maatskaplike werker kan veral van die raamwerk gebruik maak waar vroue dit moeilik vind om hul huidige situasie te bespreek as gevolg van die sensitiewe en persoonlike aard van probleme wat mag voorkom. Die raamwerk sal die maatskaplike werker dus voorsien van belangrike punte wat met die vroue bespreek kan word tydens hulpverlening, en mag veral relevant wees in die voorkoming van MIV-herinfeksie vir vroue. Hulpverlening sal hier veral verband hou met verbeterde lewenskwaliteit en -duur vir vroue met MIV en VIGS.
- Waar die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading let op toekomstige probleme en behoeftes van MIV-positiewe vroue, hou dit veral verband met spesifieke onsekerhede en vrese wat vroue mag ervaar. Daar mag selfs toekomstige aspekte wees waarvoor MIV-positiewe vroue hulself nog nie bekommer nie, maar wat wel aangespreek behoort te word byvoorbeeld die toekomstige versorging van kinders. Die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading sal hierdie belangrike aspekte vir die maatskaplike werker aandui, en mag sodoende die kliënt help om hierdie onsekerhede en vrese uit die weg te ruim en die vrou van meer gemoedsrus te voorsien.

11.5 Aanbevelings

Daar word vervolgens aanbevelings gemaak rondom die benutting van die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading deur die maatskaplike werker en ander professionele beraders, ander lede van die multidissiplinêrespan asook lekeberaders. Daar word ook aanbevelings gemaak rondom verdere navorsing wat die vrou se geslagsrolle en MIV en VIGS aanbetref, asook aanbevelings rondom verdere navorsing vir die uitbreiding van die studie na ander groepe. Daar word laastens aanbevelings gemaak vir opleidingsinstansies ten opsigte van kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading en dienslewering in Suid-Afrika.

11.5.1 Aanbevelings vir benutting en uitbreiding van die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading deur die maatskaplike werker en ander professionele beraders

Hierdie studie het aangedui dat MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue blootgestel word aan soortgelyke MIV-risiko's binne hul geslagsrolle, terwyl daar ook sekere uitsonderings voorgekom het. 'n Raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading is na gelang hiervan ontwikkel. Bogenoemde uitsonderings is veral van belang waar dit aanduidend is dat die vrou steeds 'n unieke en individuelewese is, ten spyte van die kultuurgroep waarin sy haarself mag bevind. Aspekte soos die vrou se selfkonsep, persoonlike-identiteit, psigologiese prosesse, sosialiseringprosesse, verhoudings, mag en die mate van individualisme en kollektiwisme sal dus 'n unieke *self* aan die vrou verleen. Meer vaardige beraders soos maatskaplike werkers en ander professionele beraders behoort dus oor die nodige terapeutiese vaardighede te beskik in die assessering, eksplorering en evaluering van die vrou en haar spesifieke situasie. Unieke behoeftes en probleme kan sodoende moontlik geïdentifiseer en aangespreek word. Die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading wat in hierdie studie ontwikkel is, behoort dan te dien as 'n aanduiding van moontlike probleme en behoeftes wat deur MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue ervaar mag word, en wyses waarop dit aangespreek kan word.

Die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading kan tydens die benutting daarvan deur maatskaplike werkers en ander professionele beraders uitgebrei word ten einde 'n meer volledige beeld van vroue in 'n spesifieke gemeenskap te ontwikkel. Laasgenoemde kan geskied met behulp van die berader se waarneming en aantekening van unieke, maar ook algemene tendense wat onder vroue en hul geslagsrolle gevind mag word. Die raamwerk bied dus 'n basiese riglyn wat deur beraders aangevul kan word ten einde spesifieke MIV-risiko's en samehangende probleme en behoeftes vir hierdie vroue te identifiseer en meer omvattend te beskryf.

11.5.2 Aanbevelings vir benutting van die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading deur lekeberaders en ander lede van die multidisiplinêrespan

In afgeleë plattelandsegebiede mag die multidisiplinêrespan anders lyk as die tradisionele multidisiplinêrespan wat in stedelike hospitale en klinieke gevind sal word. Die multidisiplinêrespan mag byvoorbeeld uit 'n opgeleide gesondheidswerker

of mediesepraktisyn en lekeberaders bestaan wat deur middel van neregierungsorganisasies MIV-beradingsdienste voorsien aan gemeenskappe. Die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading in hierdie studie is op so wyse saamgestel dat alle lede van die multidissiplinêrespan, wat ook lekeberaders mag insluit, die raamwerk kan benut. Daar word aanbeveel dat die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading soos 'n afmerklys benader word indien lekeberaders nie oor die terapeutiese vaardighede beskik om in die assessering, eksplorering en evaluering van die vrou en haar spesifieke situasie, die vrou se selfkonsep, persoonlike-identiteit, psigologiese prosesse, sosialiseringprosesse, verhoudings, mag en die mate van individualisme en kollektiwisme wat 'n unieke *self* aan die vrou verleen, kan bepaal nie. Indien die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading hier soos 'n afmerklys benader word, kan lekeberaders seker maak dat alle relevante aspekte wat bespreek behoort te word tydens berading, wel ingesluit word in hulpverlening aan Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue. Die lekeberader sal verder deur die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading voorsien word van aanbevelings rondom aspekte wat deur die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou genoem mag word tydens berading. Aanbevelings wat deur die raamwerk gebied word, veral rondom situasies waar 'n tekort aan kondoomgebruik in verskillende verhoudings voorkom en die bespreking van toekomstige versorging vir MIV-positiewe vroue en hul kinders is belangrike voorbeelde hiervan. Daar word egter nie aanbeveel dat lede van die multidissiplinêrespan berading onderneem met die totale raamwerk van meer as 90 bladsye by hul tydens berading nie, maar eerder dat die raamwerk vooraf aandagtig bestudeer word en notas gemaak word ten einde 'n natuurlike kulturelesensitiwiteit te ontwikkel as basis vir MIV-berading. Laasgenoemde gee dan ook aanleiding tot die opvolgende aanbevelings rondom die beskikbaarstelling van 'n verkorte weergawe van die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading.

Daar word aanbeveel dat 'n verkorte weergawe van die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading ontwikkel word. Laasgenoemde sal deur die navorser self onderneem word deur verskeie aspekte in ag te neem. Daar behoort eerstens gelet te word op die ontwikkeling van verskeie verkorte weergawes na aanleiding van die spesifieke teikengroep wat die raamwerk sal benut. Daar behoort byvoorbeeld in ag geneem te word dat die verkorte weergawe van die raamwerk vir

kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading sal verskil waar dit vir 'n lekeberader ontwikkel word en waar dit vir meer vaardige beraders of ander lede van multidissiplinêrespan ontwikkel sal word. Hierdie verkorte weergawes behoort ook gepaard te gaan met die bywoon van werksinkels waardeur die optimale benutting van die raamwerk moontlik gemaak kan word en 'n verkorte weergawe van die raamwerk byderhand gehou kan word vir toekomstige benutting gedurende berading.

Slegs een raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading is ontwikkel na aanleiding van hierdie studie. Daar kan dus gevra word hoe een raamwerk deur alle lede van die multidissiplinêrespan benut kan word. Daar word aanbeveel dat die verskillende lede van die multidissiplinêrespan bepaal waar daar enige leemtes in hul kennis voorkom ten opsigte van kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading. Elke lid van die multidissiplinêrespan behoort laasgenoemde te bepaal na gelang van sy of haar spesifieke professionele opleiding en praktykervaring. Die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading kan dus geraadpleeg word waar sekere leemtes in kennis te geïdentifiseer word. Hierdie raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading is egter veral van toepassing waar die multidissiplinêrespan anders mag lyk as die tradisionele multidissiplinêrespan wat in stedelike hospitale en klinieke gevind sal word. Indien daar byvoorbeeld slegs 'n mediese praktisyn/gesondheidswerker en lekeberader in afgeleë plattelandse gebiede beskikbaar is, mag die raamwerk vir kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading van groot waarde wees en in geheel benut word.

11.5.3 Aanbevelings ten opsigte van verdere navorsing rondom die vrou se geslagsrolle en MIV en VIGS

Daar bestaan min literatuur rondom die definiëring, aard en omvang van die verskillende geslagsrolle van die vrou as individuelewese, seksuelewese, moeder, versorger, huweliksmat, broodwinner en enkelouer. Gevolglik is daar ook min beskikbare literatuur rondom die direkte verband tussen MIV en VIGS en die vrou se geslagsrolle. Inligting rondom bogenoemde kan bekom word deur die mediese-, maatskaplike-, kriminologiese-, sosiologiese-, sielkundige- en antropologiese velde te ondersoek en hierdie inligting saam te voeg, ten einde 'n meer volledige beeld van vroue se geslagsrolle en gepaardgaande MIV- en VIGS-risiko's te ontwikkel. Daar

moet dus staatgemaak word op logiese gevolgtrekkings vanuit die bestaande literatuur in verskeie velde, ten einde te bepaal watter aspekte, asook waar hierdie aspekte soos geslagtelike stigma, skoolopleiding, seksuele-opvoeding, verkragting van vroue, geweld teen vroue, geboortetendense, die gebruik van voorbehoedmiddels, VIGS-wesies, enkelouer-gesinstrukture en -probleme, grondbesit en landbou, sekswerk en mansvriende vir oorlewing en armoede gegroepeer behoort te word na gelang van die verskillende rolle van die vrou. Bogenoemde proses sal tydrowende wees vir die berader, terwyl beraders in die diep-plattelandsegebiede moontlik ook nie die nodige hulpbronne tot hul beskikking mag hê om so studie te onderneem nie. Verdere navorsing behoort onderneem te word rondom die definiëring, aard en omvang van die vrou se geslagsrolle ten einde 'n teoretiese basis te skep wat benut kan word indien studies soortgelyk aan hierdie studie ook onder ander taal-, etniese- of kultuurgroepe onderneem wil word.

11.5.4 Aanbeveling rondom verdere navorsing vir die uitbreiding van die studie na ander groepe

Hierdie studie het aangedui dat Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue in die Limpopo Provinsie spesifieke houdings, waardes, oortuigings, opinies, gedrag en norme onderhou wat die aard van geslagsrolle bepaal, en in verband gebring kan word met MIV-risiko. Hierdie aspekte is moontlik uniek aan Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue na aanleiding van kulturele- en Westerse invloede, en sou dus slegs van toepassing wees op Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue. Die vrou se kulturelekonteks speel dus 'n belangrike rol in die aard van haar geslagsrolle asook die samehangende MIV-risiko's van hierdie geslagsrolle. Die vrou se kulturelekonteks behoort dus in ag geneem te word in die ondersoek na bogenoemde, ten einde inligting te bekom wat van enige toepassing sal wees op die spesifieke taal-, etniese- of kultuurgroep waaraan die vrou behoort.

Verdere navorsing behoort onderneem te word deur ondersoek in te stel na die verband tussen MIV en VIGS en die geslagsrolle van vroue in ander provinsies. Studies kan afgebaken word deur van etnisiteit-, taal- of kultuurgroep van die vrou gebruik te maak, afhangende van die spesifieke vermenging van groepe. Daar kan van 'n basiese raamwerk gebruik gemaak word wat die relevante geslagsrolle van

vroue insluit waaronder die verband tussen geslagsrolle en MIV-risiko ondersoek kan word. Dit mag van belang wees dat vroue wat as respondente by sulke studies betrek word reeds MIV-positief is, aangesien hierdie vroue moontlik blootgestel is aan spesifieke MIV-risiko's wat uniek mag wees aan die vrou se etniese-, taal- of kultuurgroep in daardie gebied. Geografiese gebiede wat ingesluit word by sulke studies behoort stedelikegebiede, semi-landelik/stedelikegebiede en diep-plattelandsegebiede in te sluit ten einde te verseker dat die groep wat ondersoek word, wel soortgelyke houdings, waardes, oortuigings, opinies, gedrag en norme onderhou. Daar behoort dus seker gemaak te word dat dieselfde groep nie van gebied tot gebied verskil nie, wat sou impliseer dat elke groep op sy eie ondersoek behoort te word. Laasgenoemde is veral van belang indien die inligting vanuit hierdie studies vir vroue vanuit spesifieke groepe benut sal word tydens MIV-berading. Verdere navorsing rondom hierdie aspekte mag aanleiding gee tot die beskikbaarheid van literatuur wat deur die berader benut kan word tydens hulpverlening aan MIV-positiewe vroue, sonder dat die berader self oormatige tyd en energie hoef te spandeer in die samestelling van relevante inligting.

11.5.5 Aanbevelings vir opleidingsinstansies ten opsigte van kultuursensitiewe MIV- en VIGS-berading

Hierdie studie het aangedui dat die kliënt se kultuur 'n belangrike rol speel in haar daaglikse lewe en in die vervulling van haar geslagsrolle. Dit mag van waarde wees vir tersiêre opleidingsinstansies om hierdie rol van kultuur in die kliënt se lewe in ag te neem gedurende die opleiding van maatskaplike werkers en ander professionele beraders. Indien maatskaplike werkers en ander professionele beraders opgelei word met meer insig van kulturelekonsepte soos verteenwoordigings en aktiwiteite in die kliënt se kultuur en dus die verband tussen sekere kulturelehoudings, -waardes, -oortuigings en -opinie en die voorkoms van sekere gedrag en norme verstaan, mag die berader moontlik meer suksesvolle hulpverlening bied. Laasgenoemde sal beraders nie alleen voorsien van meer insig van die kliënt se lewe en moontlike behoeftes en probleme nie, maar ook die moontlikheid van veroordelende houdings teenoor die kliënt se kultuur onder beraders voorkom. Opleiding behoort dus veral te fokus op aspekte van kulturele- en etniese diversiteit in Suid-Afrika. Daar kan gelet word op aspekte soos seksuele opvoeding in die kliënt se kultuur, die belang van

vrugbaarheid vir Afrikane, die invloed van *lobola* op die huwelik en seksueleverhoudings, houdings rondom kondoomgebruik na aanleiding van kulturele-oortuigings en die rol van sangomas, inyangas, voorvadergeeste, profete, hekse en towenaars in die kliënt se lewe.

11.5.6 Aanbevelings ten opsigte van dienslewering in Suid-Afrika

Meer finansiële ondersteuning en aandag behoort deur die Staat verleen te word aan regerings- en nie-regeringsorganisasies om kwessies waardeur veral MIV-positiewe vroue geraak word, aan te spreek. Hierdie studie het getoon dat MIV-positiewe Noord-Sotho/Tswana-sprekende vroue op verskeie vlakke benadeel word as gevolg van die voorkoms van dié siekte, geweld, verkragting, armoede, beperkte skoolopleiding, tekort aan mag ensomeer. Hoewel verskeie van hierdie aspekte tog deur die Staat befonds en aangespreek word deur middel van regerings- en nie-regeringsorganisasies, bevind MIV-positiewe vroue hulself in komplekse en problematiese omstandighede soos deur hierdie studie aangedui. Prioriteitsprogramme behoort ontwikkel te word waardeur hierdie aspekte aangespreek kan word ten einde 'n Suid-Afrikaanse omgewing te skep waarin MIV-positiewe vroue se lewenskwaliteit- en duur verbeter kan word en die MIV-positiewe vrou se gesin ook die voordele daarvan kan ervaar. Daar behoort dus gepoog te word om die MIV-positiewe vrou te ondersteun in die vervulling van haar waardevolle geslagsrolle as moeder, versorger, seksmaat, huweliksmaat, enkelouer en broodwinner.

11.6 Slotopmerking

Die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou se geslagsrolle en die verbandhoudende aspekte daarvan hou sterk verband met haar kultuur. Kultuur bepaal die houdings, waardes, oortuigings, opinies, gedrag en norme waarvolgens vroue sal optree en leef na aanleiding van hul geslagsrolle. Indien kultuur nagevolg word bestaan daar min of geen MIV-risiko vir vroue wat hul geslagsrolle vervul nie, aangesien kultuur belangrike en streng reëls rondom respek en getrouheid omvat. Kultuur word egter slegs gedeeltelik nagevolg, terwyl Westerse invloede ook 'n rol speel in hoe kultuur tans lyk. Laasgenoemde aspekte skep vrugbare grond vir MIV-risiko, aangesien sekere houdings en tradisies steeds onderhou word sonder die nodige streng

kultureleraamwerk wat benodig word om dit te ondersteun. Waar mans meer mag het as vroue, sal mans dan bepaal watter gebruike en tradisies hul pas en onderhou moet word, maar nie self volgens die streng kulturelekode leef nie. Mans wil byvoorbeeld nie van kodome gebruik maak nie, maar het steeds meervoudige seksmaats. Mans bepaal dus die wyses waardeur vroue blootgestel word aan verhoogde MIV-risiko, terwyl vroue om verskeie redes afhanklik is van mans, en nie kan onderhandel vir veilige seksuele-omgang nie. Kondoomgebruik is naas seksueleweerhouding die kern van MIV-voorkoming. Mans se mag oor vroue en vroue se tekort aan mag kan weer beskou word as die kern van onderhandeling vir veilige seksuele-omgang. Waar sekere houdings, tradisies en gebruike moeilik mag wees om te verander, sou die kern van MIV-voorkoming moontlik lê by die oordra van relevante MIV-verbandhoudende inligting aan beide mans en vroue, wat impliseer dat beide mans en vroue ook verantwoordelikheid sal moet neem vir hul eie en mekaar se gesondheid.

MIV-verbandhoudende inligting is egter nie so algemeen beskikbaar as wat daar aangeneem mag word nie, en jong vroue is dikwels onbewus van hul risiko vir swangerskap, seksueeloorloordraagbare infeksies en MIV en VIGS. Verkeise instansies en organisasies kan benut word om MIV-verbandhoudende inligting te versprei, waarvan skole moontlik een van die belangrikste mag wees. Aangesien sekere kulturele-oortuigings en -gebruike nie sondermeer sal verdywn nie, behoort die belang van seksuele weerhouding en kondoomgebruik van jongs af vir beide seuns en meisies beklemtoon te word, terwyl MIV-toetsing vir alle seksueel-aktiewe individue aanbeveel behoort te word. Hierdie proses behoort egter gepaard te gaan met insigontwikkeling as 'n essensiële komponent waardeur MIV-risiko verlaag kan word. Sonder insig van die voordele van kondoomgebruik en veilige seksuelegedrag, sou kulturele-oortuigings en -gebruike waarmee die individu groot geword het en bekend is, 'n maklike en bekende roete wees om te volg. Waar daar nie in alle gebiede 'n multidissiplinêrespan van professionele persone beskikbaar is nie, mag selfs basiese MIV-verbandhoudende inligting deur lekeberaders groot voordele inhou ten opsigte van MIV-voorkoming. Wat die MIV-positiewe vrou spesifiek aanbetref behoort die berader te onthou dat naas inligting en kennis rondom MIV en VIGS, hierdie vroue soms ook net iemand nodig het wat empaties na hul sal luister en met wie hul, hul storie kan deel.

Bronnelys

Abdool Karim, S. S. & Abdool Karim, Q. (Eds). 2010. *HIV/AIDS in South Africa*. 2nd ed. Kaapstad:Cambridge University Press.

Abdool Karim, S. S., Abdool Karim, Q. & Baxter, C. 2010. Overview of the Book. In Abdool Karim, S. S. & Abdool Karim, Q. (Eds.) *HIV/AIDS in South Africa*. Kaapstad:Cambridge University Press.

Alston, M. & Bowles, W. 2003. *Research for Social Workers: An Introduction to Methods*. London:Routledge.

Anderson, C. & Wilkie, P. 1992. *Reflective Helping in HIV and AIDS*. Philadelphia:University Press.

Angotti, N., Bula, A., Gaydosh, L., Kimchi, E. Z., Thornton, R. L. & Yeatman, S. E. 2009. Increasing the Acceptability of HIV Counselling and Testing with Three C's:Convenience, Confidentiality and Credibility. *Social Science & Medicine*, 68:2263-2270.

Armstrong, S. 2001. The Last Taboo. *Women's Health Project*, 38(1):6-9.

Austin, P. 2002. *Afrika-vroue en MIV/VIGS: 'n Maatskaplikewerkperspektief*. Ongepubliseerde M.A.-verhandeling. Pretoria:Universiteit van Pretoria.

Benschop, M. 2003. Land, Secure Tenure and Women's Rights. *Habitat Debate*, 9(4):13-14.

Bisetty, K. 2003. Pupils are Having Sex as of They are Having Breakfast. *Pretoria News*, 3 Maart:7.

Bless, C. & Higson-Smith, C. 2000. *Fundamentals of Social Research Methods:An African Perspective*. Cape Town:Creda Communications.

- Bonthuys, J. 2004. Armes Nog in Skadu. *Beeld*, 24 Maart:17.
- Bradshaw, D., Johnson, L., Shneider, H., Bourne, D. & Dorrington, R. 2002. The Time to Act is Now. *AIDS Bulletin*, 11(4):20-23.
- Brown-Peterside, P., Ren, L., Chiasson, M. A. & Koblin, B. A. 2002. Double Trouble:Violent and Non-Violent Traumas Among Women at Sexual Risk of HIV Infection. *Women and Health*, 36(3):51-62.
- Campbell, C. A. 1995. Male Gender Roles and Sexuality:Implications for Women's Aids Risk and Prevention. *Social Science and Medicine*, 41(2):197-210.
- Campbell, E. K. 2003. A Note on Alcohol Consumption and Sexual Behaviour of Youths in Botswana. *African Sociological Review*, 7(1):146-159.
- Capping of School Fees Unlikely. 2003. *Pretoria News*, 4 Maart:2.
- Carter, K. & Delamont, S. (Eds). 1996. *Qualitative Research: The Emotional Dimensions*. VSA:Ashgate Publishing Company.
- Chikovore, J., Nystrom, L., Lindmark, G. & Ahlberg, B. M. 2003. *Denial and Violence:Paradoxes in Men's Perspectives to Premarital Sex and Pregnancy in Rural Zimbabwe*. *African Sociological Review*, 7(1):53-72.
- Chiroro, P., Bohner, G., Viki, G. T. & Jarvis, C. I. 2004. Expected Dominance Versus Expected Arousel as Mediators in Acquaintance-Rape Situations. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(4):427-439.
- Colman, A. M. 2003. *Oxford Dictionary of Psychology*. New York:Oxford University Press.
- Colvin, M., Gorgens-Albino, M. & Kasedde, S. 2009. Modes of HIV Transmission, 1-16. Available:http://www.unaidsrstes.org/sites/default/files/mot_o.pdf (Accessed 2011/01/20).

Commission on HIV/AIDS and Governance in Africa. 2008. *Securing our Future*. United Kingdom:United Nations Publications.

Corey, G., Gorey, M. S. & Callanan, P. 1993. *Issues and Ethics in the Helping Professions*. VSA:Brooks & Cole.

Coulson, N., Goldstein, S. & Ntuli, A. 1998. *Promoting Health in South Africa:An Action Manual*. Cape Town:The Free Press.

Creswell, J. W. 2007. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. London:Sage

Creswell, J. W. 1998. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. London:Sage

Davis, S. N. 2007. Gender Ideology Construction from Adolescence to Young Adulthood. *Social Science Research*, 36:1021-1041.

De Graeve, D., Lescrauwaet, B. & Nonneman, W. 1997. Interim Proposal for a WHO Staging System for HIV Infection and Disease. *The Weekly Epidemiological Record*, 65(29):221-224.

Degrées-du-Loû, A. & Orne-Gliemann, J. 2008. Couple-centred Testing and Counselling for HIV Serodiscordant Heterosexual Couples in Sub-Sahara Africa. *Reproductive Health Matters*, 16(32):151-161.

De Lange, D. 2004. Mbeki Mik “Sweepklap vir My Suster” na Klein Partye. *Beeld*, 23 Maart:1.

Delport, C. S. L. & Fouché, C. B. 2005. The Place of Theory and the Literature Review in the Qualitative Approach to Research. In De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delport, C. S. L. (Eds.) *Research at Grass Roots*. 3rd ed. Pretoria:Van Schaik Publishers.

Delpont, C. S. L., Fouché, C. B. & Schurink, W. 2011. Theory and Literature in Qualitative Research. In De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delpont, C. S. L. (Eds.) *Research at Grass Roots*. 4th ed. Pretoria:Van Schaik Publishers.

Del Prado, A. M., Church, A. T., Katigbak, M. S., Miramontes, L. G., Whitty, M. T., Curtis, G. J., De Jesús Vargas-Flores, J., Ibáñez-Reyes, J., Ortiz, F. A. & Reyes, J. A. 2007. Culture, Method, and the Content of Self-Concepts: Testing Trait, Individual-Self-Primacy, and Cultural Psychology Perspectives. *Journal of Research in Personality*, 41:1119-1160.

De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delpont, C. S. L. (Eds). 2005. *Research at Grass Roots*. 3rd ed. Pretoria:Van Schaik Publishers.

De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delpont, C. S. L. (Eds). 2002. *Research at Grass Roots*. 2nd ed. Pretoria:Van Schaik Publishers.

De Vos, A. S. 2005. Qualitative Data Analysis and Interpretation. In De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delpont, C. S. L. (Eds.) *Research at Grass Roots*. 3rd ed. Pretoria:Van Schaik Publishers.

Diemert Moch, S. & Gates, M. F. (Eds). 2000. *The Research Experience in Qualitative Research*. VSA:Sage Publications.

Diemert Moch, S. 2000. The Research Experience in Health Care Research. In Diemert Moch, S. & Gates, M. F. (Eds.) *The Research Experience in Qualitative Research*. VSA:Sage Publications.

Dinan, B. A., McCall, G. J. & Gibson, D. 2004. Community Violence and PTSD in Selected South African Townships. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(6):727-739.

Drimie, S. 2003. The impact of HIV/AIDS on Land. *Human Sciences Research Council*, 1(12):3.

Dugan, L. & Apel, R. 2003. An Exploratory Study of the Violent Victimization of Women:Race/Ethnicity an Situational Context. *Criminology*, 41(3):959-975.

Eaton, L., Flisher, A. J. & Aarø, L. E. 2003. Unsafe Sexual Behaviour in South African Youth. *Social Science and Medicine*, 56:149-165.

Eaton, L. & Louw, J. 2000. Culture and Self in South Africa:Individualism-Collectivism Predictions. *The Journal of Social Psychology*, 140(2):210-217.

Ebersohn, K. 2011. Staat Gee Nou Pille aan alle Vigslyers. *Beeld*, 13 Augustus:6.

Ellis, E. 2004. A Time to Reflect on Women's Safety in SA. *Pretoria News*, 25 November:13.

Ellis, E. 2004. Why I'm Wearing a White Ribbon Today. *Pretoria News*, 25 November:1.

Emphasis on Morals Can Break Cycle of Abuse. 2003. *Pretoria News*, 19 Februarie:5.

Epstein, H. 2002. Family Crisis, Community Response. *Ford Foundation Report*, Somer:14-19.

Esu-Williams, E. 2000. Gender and HIV/AIDS in Africa- Our Hope Lies in the Future. *Journal of Health Communication*, 5(1):123-126.

Evans, O. & Steptoe, A. 2002. The Contribution of Gender-role Orientation, Work Factors and Home Stressors to Psychological Well-being and Sickness Absence in Male- and Female-dominated Occupational Groups, *Social Science and Medicine*, 54:481-492.

Fan, H., Conner, R. F. & Villarreal, L. P. 1996. *AIDS Science and Society*. London:Jones and Bartlett Publishers.

Felson, R. B., Messner, S. F., Hoskin, A. W. & Deane, G. 2002. Reasons for Reporting and Not Reporting Domestic Violence to the Police. *Criminology*, 40(3):617-645.

Flick, U. 2009. *An Introduction to Qualitative Research*. 4th Ed. VSA:Sage.

Fouché, C. B. 2005. Qualitative Research Designs. In De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delpont, C. S. L. (Eds.) *Research at Grass Roots*. 3rd ed. Pretoria:Van Schaik Publishers.

Fouché, C. B. & Delpont, C. S. L. 2011. Writing the Research Proposal. In De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delpont, C. S. L. (Eds.) *Research at Grass Roots*. 4th ed. Pretoria:Van Schaik Publishers.

Fouché, C. B. & De Vos, A. S. 2011. Formal Formulations. In De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delpont, C. S. L. (Eds.) *Research at Grass Roots*. 4th ed. Pretoria:Van Schaik Publishers.

Fouché, C. B. & De Vos, A. S. 2005. Problem Formulation. In De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delpont, C. S. L. (Eds.) *Research at Grass Roots*. 3rd ed. Pretoria:Van Schaik Publishers.

Francis, L. 2000. *HIV/Aids and Nutrition*. Twee Dag Werkswinkel. 16-17 Oktober, Pretoria.

Fuhrer, R. & Stansfield, S. A. 2002. How Gender Affects Patterns of Social Relations and their Impact on Health:A Comparison of One or Multiple Sources of Support from “Close Persons”. *Social Science and Medicine*, 54:811-825.

Galloway, M. R. 2002. Rape in Schools a Substantial Public Health Problem in South Africa. *AIDS Bulletin*, 11(1):4-5.

Gausset, Q. 2001. AIDS and Cultural Practices in Africa: The Case of the Tonga (Zambia). *Social Science and Medicine*, 52:509-518.

Gilbert, L. & Walker, L. 2002. Treading the Path of Least Resistance: HIV/AIDS and the Social Inequalities- a South African Case Study. *Social Science and Medicine*, 54:1093-1110.

Gómez, C. A. & Marín, B. V. 1996. Gender, Culture and Power: Barriers to HIV-Prevention Strategies for Women. *The Journal of Sex Research*, 33(4):355-362.

Gorde, M. W., Helfrich, C. A. & Finlayson, M. L. 2004. Trauma Symptoms and Life Skill Needs of Domestic Violence Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(6):691-708.

Gouws, E. & Abdool Karim, Q. 2010. HIV infection in South Africa: The Evolving Epidemic. In Abdool Karim, S. S. & Abdool Karim, Q. (Eds.) *HIV/AIDS in South Africa*. 2nd ed. Kaapstad: Cambridge University Press.

Govender, K. & Killian, B. J. 2001. The Psychological Effects of Chronic Violence on Children Living in South African Townships. *South African Journal of Psychology*, 31(2):1-11.

Greeff, M. 2011. Information Collection: Interviewing. In De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delpont, C. S. L. (Eds.) *Research at Grass Roots*. 4th ed. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Greeff, M. 2005. Information Collection: Interviewing. In De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delpont, C. S. L. (Eds.) *Research at Grass Roots*. 3rd ed. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Green, J. 2002. Two-month-old Baby Raped. *Pretoria News*, 6 Maart:2.

Greeson, J. M., Hurwitz, B. E., Llabre, M. M., Schneiderman, N., Penedo, F. J. & Klimas, N. G. 2008. Psychological Distress, Killer Lymphocytes and Disease Severity in HIV/AIDS. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22:901-911.

Griffin, K. W., Rabkin, J. G., Remien, R. H. & Williams, B. W. 1998. Disease Severity, Physical Limitations and Depression in HIV-infected Men. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(2):219-227.

Grobler, A. 1997. *Swart Pasiënte se Belewing van Kanker as Siekte-Episode:n Transkulturele Studie*. Pretoria:Universiteit van Pretoria. (MA Dissertation).

Gupta, G. R. 2000. Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How. *XII International AIDS Conference*. 12 Julie, Durban.

Gysels, M., Pool, R. & Nnalusiba, B. 2002. Women Who Sell Sex in a Ugandan Trading Town: Life Histories, Survival Strategies and Risk. *Social Science and Medicine*, 54:179-192.

Hare, C. B., Pappalardo, B. L., Busch, M. P., Alexander, S. S., Ramstead, C., Levy, J. A. & Hecht, F. M. 2004. Negative HIV Antibody Test Results Among Individuals Treated with Antiretroviral Therapy (ART) During Acute/Early Infection. The XV International AIDS Conference. Available: <http://www.iasociety.org/ejiassearch/show.asp?abstractid=2172342&iConferenceID=2004> (Accessed 2011/04/08).

Hoffman, M. A. 1996. *Counseling Clients with HIV Disease*. New York: Guilford Press.

Holzemer, W. L., Hudson, A., Kirksey, K. M., Hamilton, M. J. & Bakken, S. 2001. The Revised Sign and Symptom Check-List for HIV (SSC-HIVrev). *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12(5):60-70.

Hughes, A. 2004. Symptom Management in HIV-infected Patients. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15(5):7-13.

Jewkes, R. 2000. National Report on Rape Highlights Crucial Issues. *Crimebrief*, November:9.

Jewkes, R. 2004. Gender-based Violence and Public Health:An Overview. *Gender Practice Excellence Winter School*. 21-30 Junie, Pretoria.

Joubert, J. 2005. Wet Wat Swart Vroue Strem, Gou Weg. *Beeld*, 17 Augustus:12.

Kadali, R. 2004. Gender Policies:10 Years into Democracy in South Africa. *Gender Practice Excellence Winter School*. 21-30 Junie, Pretoria.

Karus, D., Raveis, V. H., Alexander, C., Hanna, B., Selwyn, P., Marconi, K. & Higginson, I. 2005. Patient Reports of Symptoms and their Treatment at Three Palliative Care Projects Servicing Individuals with HIV/AIDS. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(5):408-417.

Kim, J. & Motsei, M. 2002. “Women Enjoy Punishment”:Attitudes and Experiences of Gender-based Violence Among PHC Nurses in Rural South Africa. *Social Science and Medicine*, 54:1243-1254.

Kleck, G. & Chiricos, T. 2003. Unemployment and Property Crime:A Target-Specific Assessment of Opportunity and Motivation as Mediating Factors. *Criminology*, 41(3):649-674.

Kott, A. 2002. Gender and the Epidemic. *Ford Foundation Report*, Summer:20-25.

Kreuger, L. W. & Neuman, W. L. 2006. *Social Work Research Methods: Qualitative and Quantitative Applications*. VSA:Pearson Education.

Kriel, J. D. 2006. Persoonlike Onderhoud met J D Kriel, Senior Lektor, Departement van Atropologie aan die Universiteit van Pretoria. [Transcript]. 31 Augustus Pretoria, Gauteng.

Kriel, J. D. 1992. *Die Siektebegrip van die Noord-Sotho*. Pretoria:Universiteit van Pretoria. (Dphil Thesis).

Krige, E. J. 1988. *The Social System of the Zulus*. Pietermaritzburg:Shuter & Shooter.

Lauby, J. L., Semaan, S., O'Connel, A., Person, B. & Vogel, A. 2001. Factors Related to Self-Efficacy for Use of Condoms and Birth Control Among Women at Risk for HIV Infection. *Women and Health*, 34(3):71-91.

Lear, D. 1995. Sexual Communication in the Age of AIDS:The Construction of Risk and Trust Among Young Adults. *Social Science and Medicine*, 42(9):1311-1323.

Leclerc-Madlala, S. 2001. Virginty Testing Diverts Attention from the Lack of Male Sexual Responsibility. *Womens's Health Project Review*, 39:3.

Leclerc-Madlala, S. 2001. *The ABCs of Virginty*. Womens's Health Project Review, 39:4-6.

Lee, K. A., Gay, C, Prtillo, C. J., Coggins, T., Davis, H., Pullinger, C. R. & Aouizerat, B. E. 2009. Symptom Experience in HIV-Infected Adults:A Function of Demographic and Clinical Characteristics. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(6):882-892.

Lee-Smith, D. 2003. In the Real World, Poor People Practise Urban Agriculture. *Habitat Debate*, 9(4):19.

Letsoale. E. 2005. Persoonlike Onderhoud met E Letsoalo, Dieetkundige by F. H. Odendaal Hospitaal. [Transcript]. 18 Augustus. Modimole, Limpopo.

Leuvennink, J. 2005. Geskooldes Sonder Werk in Sewe Jaar Twee Keer Meer. *Beeld*, 2 Maart:4.

Lewis, S. 2003. Orphans and Vulnerable Children. *Southern African HIV/AIDS Information Dissemination Service*, 14(4):9-11.

Liebenberg, D. 2010. Grootste Veldtog Nog teen MIV/VIGS Begin Gou. Available:<http://www.beeld.com/Suid-Afrika/Nuus/20100317> (Accessed 2011/04/08).

Liebenberg, D. 2005. Nuwe Mite oor Seks met Jong Meisies. *Beeld*, 9 Februarie:6.

Lim, H. 2003. AIDS Pandemic Denies Secure Tenure for Women, Children. *Habitat Debate*, 9(4), Desember:12.

Macklin, E. D. 1991. *Aids and Families*. New York:The Haworth Press.

Makoe, L. N., Seboni, N. M., Molosiwa, K., Moleko, M., Human, S., Sukati, N. A. & Holzemer, W. L. 2005. The Symptom Experience of People Living with HIV/AIDS in Southern Africa. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 16(3):22-32.

Mama, A. 2001. Challenging Subjects:Gender and Power in African Contexts. *African Sociological Review*, 5(2):63-73.

Manhaewe, C. 2005. Persoonlike Onderhoud met C Manhaewe, Hoof van die HIV/AIDS Prevention Group-kliniek. [Transcript]. 18 Augustus. Bela-Bela, Limpopo.

Marais, H. 2005. *Buckling the Impact of AIDS in South Africa 2005*. In Crewe, M. (Series Editor). Pretoria:Centre for the Study of AIDS, University of Pretoria.

Marcenko, M. O. & Samost, L. 1999. Living with HIV/AIDS:The Voices of HIV-positive Mothers. *Social Work*, 44(1):36-45.

Mark, R. 1996. *Research Made Simple: A Handbook for Social Workers*. London:Sage.

Mataure, P., Scalway, T., Ray, S. & Foreman, M. 2000. Men and HIV in Swaziland. *The Panos AIDS Programme*, 1-17. Available:<http://www.panos.org.uk/AIDS/swaziland.html> (Accessed 2001/11/1).

Matsumoto, D. 2003. The Discrepancy Between Consensual-Level Culture and Individual-Level Culture. *Culture and Psychology*, 9(1):89-95.

McNulty, T. & Bellair, P. E. 2003. Explaining Racial and Ethnic Differences in Serious Adolescent Violent Behavior. *Criminology*, 41(3):709-739.

Mediese Woordeboek. 2001. Vertalende en Verklarende Uitgawe. Suid-Afrika:Oxford University Press.

Mill, J. E. & Anarfi, J. K. 2002. HIV Risk Environment for Ghanaian Women:Challenges to Prevention. *Social Science and Medicine*, 54:325-337.

Mönnig, H. 1983. *The Pedi*. Pretoria:J. L. Van Schaik.

Morrison, P. 2010. Pasteurization of Breastmilk Available:<http://www.waba.org.my/resources/wabalink/pdf/Issue39/Insert1WL39.pdf> (Accessed 2011/06/02).

Moss, N. E. 2002. Gender Equity and Socioeconomic Inequality:A Framework for the Patterning of Women's Health. *Social Science and Medicine*, 54:649-661.

Nairne, D. 2001. Girl's Education Prioritised by Annan. *Women's Health Project*, 40:7.

Natrass, N. 2004. *The Moral Economy of AIDS in South Africa*. Cape Town:Cambridge University Press.

Natrass, N. 2002. AIDS and Human Security in South Africa. *Social Dynamics*, 28(1):1-19.

Ncama, B. P., McInerney, P. A., Bhengu, B. R., Corless, I. B., Wantland, D. J., Nicholas, P. K., McGibbon, C. A. & Davis, S. M. 2008. Social Support and Medication Adherence in HIV Disease in KwaZulu-Natal, South Africa. *International Journal of Nursing Studies*, 45:1757-1763.

Neuman, W. L. 2000. *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. 4th Ed. Boston:Allyn & Bacon.

Norman, S., Studd, J. & Johnson, M. 2001. Rape a Way of Life. *Women's Health Project Review*, 38(1):2.

Nye, K. E. & Parkin, J. M. 1994. *HIV and AIDS*. Bath:BIOS Scientific Publishers Ltd.

Olowo-Freers, B. 1992. Socio-cultural Aspects of Sexual Behavioural Practices. *Proceedings of Workshop on Socio-cultural Aspects of Sexual Behavioural Practices that Contribute to the Transmission of HIV/AIDS in Uganda*. 19-21 Februarie, Uganda.

Orr, N. & Patient, D. 2004. Stigma Beliefs Cause Behaviour. *AIDS Bulletin*, 13(1):10-14.

Oyserman, D. 2006. High Power, Low Power, and Equality: Culture Beyond Individualism and Collectivism. *Journal of Consumer Psychology*, 16(4):352-356.

Patton, M. Q. 2002. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3rd Ed. VSA:Sage.

Pearson, R. 2004. *Gender Matters in Development*. New York:Oxford University Press.

Pick, W. M., Ross, M. H. & Dada, Y. 2002. The Reproductive and Occupational Health of Women Street Vendors in Johannesburg, South Africa. *Social Science and Medicine*, 54:193-204.

- Pienaar, A. 2004. Gevaarlike Mans Help MIV aan. *Beeld*, 5 Mei:12.
- Pillay, K. 2000. Home Truths Tested in Court. *ChildrenFIRST*, Junie/Julie:26-28.
- Piot, P. 2001. *Fight Stigma and Discrimination to Turn AIDS Epidemic Back*. Womens's Health Project Review, 39:10.
- Pithouse, A. 1996. Managing Emotions: Dilemmas in the Social Work Relationship. In Carter, K. & Delamont, S. (Eds.) *Qualitative Research: The Emotional Dimensions*. VSA:Ashgate Publishing Company.
- Punch, F. 1998. *Introduction to Social Research: Quantitative and Qualitative Approaches*. London:Sage.
- Rademeyer, A. 2003. Regeering Laat Armes in die Steek. *Beeld*, 3 September:9.
- Reid, P. T. 2000. Women, Ethnicity, and AIDS:What's Love Got to Do With It? *Sex Roles*, 42:709-722.
- Ridzon, R., Gallagher, K. & Ciesielski, C. 1997. Simultaneous Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis C Virus from a Needle-Stick Injury. *New England Journal of Medicine*, 336(13):919-922.
- Rossouw, M. & Smith, A. 2004. Armoede-turksvy. *Beeld*, 31 Maart:15.
- Sanderson, S. K. 1991. *Macrosociology an Introduction to Human Societies*. VSA:HarperCollins Publishers Inc.
- Schaefer, T. R. 1989. *Sociology*. VSA:R. R. Donnelley & Sons.
- Schapera. I. 1970. *A Handbook of Tswana Law and Custom*. London:Cass & Co. Ltd.

Schonteich, M. 2000. Age and Aids:a Lethal Mix for South Africa's Crime Rate. *Occasional Papers*, Junie:57-64.

Schoofs, M. 1999. Aids:The Agony of Africa. *Village Voice*, 5, 1-6. Available:<http://www.villagevoice.com/issues/9948/schoofs.shtml> (Accessed 2003/03/05).

Schurink, W., Fouché, C. B. & De Vos, A. S. 2011. Qualitative Data Analysis and Interpretation. In De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delport, C. S. L. (Eds.) *Research at Grass Roots*. 4th ed. Pretoria:Van Schaik Publishers.

Scorgie, F. 2002. Virginity Testing and the Politics of Sexual Responsibility:Implications for Aids Intervention. *African Studies*, 61(1):55-72.

Seidman, I. 1998. *Interviewing as Qualitative Research*. 2nd Ed. New York:Teachers College Press.

Shawn, E. R., Campbell, L., Mnguni, M. B., Defilippi, K. M. & Williams, A. B. 2005. The Spectrum of Symptoms Among Rural South Africans with HIV Infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 16(6):12-23.

Simmons, L. E., Gates, M. F. & Thompson, T. L. 2000. Processing Issues Related to Culture, Gender Orientation and Mentoring. In Diemert Moch, S. & Gates, M. F. (Eds.) *The Research Experience in Qualitative Research*. VSA:Sage Publications.

Singizi, T. 2003. Access to Care for Orphans and Vulnerable Children. *Southern African HIV/AIDS Information Dissemination Service*, 14(4):7-8.

Smith, A. 2003. Staat Misluk om Arm Mense te Bemagtig. *Beeld*, 1 Oktober:4.

Sneddon, A. 2003. Naturalistic Study of Culture. *Culture and Psychology*, 9(1):5-29.

Stein, J. 2004. HIV/AIDS and the Culture of Silence: Disclosure to Children. *AIDS Bulletin*, 13(1):15-18.

Strydom, H. 2011. The Pilot Study in the Quantitative Paradigm. In De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delpont, C. S. L. (Eds.) *Research at Grass Roots*. 4th ed. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Strydom, H. 2002. Ethical Aspects of Research in the Social Sciences and Human Service Professions. In De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delpont, C. S. L. (Eds.) *Research at Grass Roots*. 2nd ed. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Strydom, H. & Delpont, C. S. L. 2005. Information Collection: Document Study and Secondary Analysis. In De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delpont, C. S. L. (Eds.) *Research at Grass Roots*. 3rd ed. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Strydom, H. & Delpont, C. S. L. 2005. Sampling and Pilot Study in Qualitative Research. In De Vos, A. S., Strydom, H., Fouché, C. B., & Delpont, C. S. L. (Eds.) *Research at Grass Roots*. 3rd ed. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Suid-Afrika (Republiek). 2006. Departement van Gesondheid. *National HIV and Syphilis Prevalence Survey South Africa*. Pretoria: National Department of Health.

Suid-Afrika (Republiek). 2001. Departement vir Maatskaplike Ontwikkeling. *Fertility Transition and the Status of Women*. Pretoria: Staatsdrukkers.

Sukati, N. A., Mndebele, S. C., Makoae, E. T., Ramukumba, T. S., Makoae, L. N., Seboni, N. M., Human, S. & Holzemer, W. L. 2005. HIV/AIDS Symptom Management in Southern Africa. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(2):185-192.

Tabane, E. M. 2002. *The Influence of Cultural Practices of Batswana People in Relation to the Transmission of HIV/AIDS in Botswana*. Pretoria: Universiteit van Pretoria. (Dphil Thesis).

Taegtmeier, M., Kilonzo, M., Mung'ala, L., Morgan, G. & Theobald, S. 2006. Using Gender to Build Voluntary Counselling and Testing Responses in Kenya. *Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 100:305-311.

Takyi, B. K. 2003. Religion and Women's Health in Ghana:Insight into HIV/AIDS Preventive and Protective Behavior. *Social Science and Medicine*, 56:1221-1234.

Tallis, V. 1997. Issues Regarding Women, HIV/Aids and Pregnancy. *Positive Outlook*, 4(3):4-5.

Taylor, S. J. & Bogdan, R. 1998. *Introduction to Qualitative Research Methods: A Guidebook en Resource*. 3rd Ed. VSA:John Wiley & Sons.

Temmerman, M. & Marres, D. 1995. Sosiale en Kulturele Struikelblokke in die Voorkoming van Vigs in Ontwikkelende Lande. *Sociale Wetenskappen*, 40(1):61-70.

They Want Free Education for All. 2004. *Pretoria News*, 24 Mei:3.

Thomas, P. S. & Lipman, M. 1997. *Visual Diagnoses:HIV Medicine*. London:Merit Publishing.

Toomela, A. 2003. How Should Culture be Studied. *Culture and Psychology*, 9(1):35-45.

United Nations Programme on HIV/AIDS. 2002. *HIV/AIDS and Fertility in Sub-Saharan Africa*. Geneva:UNAIDS.

United Nations Programme on HIV/AIDS. 2004. *Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva:UNAIDS.

Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk, 1997. *Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk*. Pretoria:Staatsdrukkers.

Van Dyk. A. 2008. *HIV/Aids Care and Counselling:A Multidisciplinary Approach*. 4th Ed. South Africa:Pearson Education.

Van Dyk. A. 2001. *HIV/Aids Care and Counselling:A Multidisciplinary Approach*. 2nd Ed. South Africa:Pearson Education.

Van Dyk. A. 2001. Traditional African Beliefs and Customs:Implications for AIDS Education and Prevention in Africa. *South African Journal of Psychology*, 31 (2):60-65.

Van Houten, R. 2002. HIV/AIDS:An Overview. *Focus*, 2(1):1-43.

Vanmali, R. 1997. The State of HIV in KwaZulu-Natal. *Positive Outlook*, 4(2):16-17.

Van Zyl, L. 1991. The Prepetual Lack of Women's Status is Seen as a Great Obstacle to AIDS Prevention. *Forum on Women and AIDS*. 29 November, Pretoria.

Welman, C., Kruger, F. & Mitchell, B. 2005. *Research Methodology*. 3rd Ed. Cape Town:Oxford University Press Southern Africa.

Wight, D., Plummer, M. L., Mshana, G., Wamoyi, J., Shigongo, Z. S. & Ross, D. A. 2006. Contradictory Sexual Norms and Expectations for Young People in Rural Northern Tanzania. *Social Science and Medicine*, 62:987-997.

Wilbrham, L. 2002. Parents Talking to Youths About Sex and AIDS. *AIDS Bulletin*, 11(4):6-9.

Whiteside, A. & Sunter, C. 2000. *Aids- The Challenge for South Africa*. Cape Town:Human & Rousseau.

Wilson, D. & Fairall, L. 2010. Challenges in Managing AIDS in South Africa. In Abdool Karim, S. S. & Abdool Karim, Q. (Eds.) *HIV/AIDS in South Africa*. 2nd ed. Kaapstad:Cambridge University Press.

Wyngaard, H. 2004. Mbeki Vasgepen in Vroueweb ná Sy Suster-met-Sweep-Grap. *Rapport*, 28 Maart:7.

Zerwekh, J. V., SmithBattle, L., Diekemper, M. & Drake, M. 2000. Qualitative Research Experience with a Community Focus. In Diemert Moch, S. & Gates, M. F. (Eds.) *The Research Experience in Qualitative Research*. VSA:Sage Publications.

BYLAAG 1

Briewe van toestemming vanaf die Universiteit van Pretoria vir die onderneming van navorsing



Ons verw: Me P Woest / 94213438
Tel: 012 420 2736
Faks: 012 420 2698
E-pos: petru.woest@up.ac.za



UNIVERSITEIT VAN PRETORIA
UNIVERSITY OF PRETORIA
YUNIBESITHI YA PRETORIA

Pretoria 0002 Republiek van Suid-Afrika
Tel: 012 420 3111 Faks: 012 420 2698
<http://www.up.ac.za>

Fakulteit Geesteswetenskappe

03 Julie 2007

Me P Austin
Namib 203
Ballardstraat 210
RIVIERA
0084

Geagte me Austin

TITEL REGISTRASIE: STUDIERIGTING – DPHIL: MAATSKAPLIKE WERK

Dit is vir my 'n genoeë om u mee te deel dat die volgende goedgekeur is:

ONDERWERP: Die Menslike Immunogebreksvirus (MIV) en die geslagsrolle van die Noord-Sotho/Tswana-sprekende vrou in die Limpopo Provinsie

PROMOTOR: Dr CL Carbonatto

MEDE-PROMOTOR:

Doktorale eksamen:

Hoofvak:

Byvakke:

U AANDAG WORD IN BESONDER GEVESTIG OP DIE BESONDERHEDE MET BETREKKING TOT U DOKTORALE PROEFSKRIF EN SAMEVATTING SOOS UITEENGESIT OP DIE KEERSY VAN HIERDIE BRIEF.

1. REGISTRASIE:

- (a) U moet vir minstens een akademiese jaar registreer vir die graad voordat u toegelaat kan word om u proefskrif in te dien.
- (b) U registrasie moet jaarliks voor April van elke akademiese jaar hernu word totdat u aan al die vereistes vir die magistergraad voldoen het. Geen herregistrasie sal na 31 Maart aanvaar word nie. U sal slegs geregtig wees op die leiding van u leier indien u jaarliks bewys van registrasie aan hom voorlê.

2. KENNISGEWING VOOR INDIENING:

Dit is 'n vereiste dat u my ten minste drie maande voor die tyd in kennis stel van u voorneme om 'n proefskrif in te dien.

3. GOEDKEURING VIR INDIENING:

Vir eksamendoeleindes moet u voldoende eksemplare vir elke eksaminator indien, tesame met 'n skriftelike verklaring van u leier dat hy/sy die indiening van die proefskrif goedkeur sowel as 'n verklaring deur u, wat voor 'n Kommissaris van Ede geteken word, wat by Studente-administrasie ingehandig word.

4. DATUM VAN EKSAMEN:

U word vriendelik versoek om my in kennis te stel van die datum van u doktorale eksamen indien dit eers na indiening van die proefskrif afgeneem word.

Die uwe

nms DEKAAN: FAKULTEIT GEESTESWETENSKAPPE

GW-606A



100
1908 - 2008



UNIVERSITEIT VAN PRETORIA
UNIVERSITY OF PRETORIA
YUNIBESITHI YA PRETORIA
Fakulteit Geesteswetenskappe
Navorsingsvoorstel en Etiek Komitee

5 May 2008

Beste Dr Carbonatto

Projek: Die Menslike Immunogebreksvirus (MIV) en die geslagsrolle van die Noord-Sotho/ Tswana-spekende vrou in die Limpopo Provinsie
Navorser: Austin, P
Studieleier: Dr CL Carbonatto
Departement: Maatskaplike Werk en Kriminologie
Verwysingsnommer: 94213438

Baie dankie vir die aansoek wat u voorgelê het aan die Navorsingsvoorstel- en Etiek Komitee, Fakulteit Geesteswetenskappe.

Die aansoek is op 30 April 2008 formeel deur die Komitee goedgekeur. Die goedkeuring word verleen onderhewig aan die voorwaarde dat die kandidaat wel die navorsing volgens die beginsels en binne die parameters soos in die aansoek en navorsingsvoorstel deur haar uiteengesit, sal uitvoer.

Die Komitee wil u graag versoek om bogenoemde goedkeuring aan Mev. Austin *oor te dra.*

Ons wens u sukses met die projek toe.

Vriendelike groete

Prof Elsabé Taljard
Waarnemende Voorsitter: Navorsingsvoorstel- en Etiek Komitee
Fakulteit Geesteswetenskappe
UNIVERSITEIT VAN PRETORIA
Brenda.louw@up.ac.za

Universiteit van Pretoria
Pretoria, 0002
Suid Afrika

Telefoon : 012 420 2360
Faksimile : 012 420 4501

gwdekaan@up.ac.za
www.up.ac.za

BYLAAG 2

Briewe van toestemming vanaf nie- regeringsorganisasies vir die onderneming van navorsing



Fundraising number: 006-743
TNHCC (Takalani Nana Home Care Centre)
Cnr Potgieter & Diaz Str
Post Net Suite 124
Private Bag X9307
Polokwane
0700
Contact Person: R.R. Sethosa - Tel: 015 290 2363
Fax: 015 297 0852
Cell: 082 574 3949
E-mail: takalaninana@polokwane.com



Petra Austin
PhD Student
University of Pretoria
Department of Social Work and Criminology

Sir / Madam

I, Rachel Sethosa hereby give permission for the researcher **Petra Austin** to undertake a research project at the Takalani Nana Home Care Centre in Polokwane, Limpopo. I have been thoroughly informed of all the relevant aspects of the study and find it to be ethically acceptable.

Signature : R.R. Sethosa / pp.
(Project Manager)

Date : 13 October 2006.

TAKALANI NANA
HOME CARE CENTRE
FUNDRAISING NO.: 006-743
CNR POTGIETER & DIAZ STR.
SUITE 124 POSTNET
PRIVATE BAG X9307
POLOKWANE
0700





Non-Governmental Organisation: Koeumela Moepahupse Home-based Care (Dendron)

Managing Director: Susan Hlako

Address: PO Box 7331

Manthata

Dendron

0788

Telephone number: ~~082-502-4134~~ 0733365885

I, Susan Hlako hereby give permission for the researcher Petra Austin (Ph.D Student, University of Pretoria) to undertake a research project at Koeumela Moepahupse Home-based Care in Dendron, Limpopo. I have been thoroughly informed of all the relevant aspects of the study and find it to be ethically acceptable.

Signature: S.m. Hlako

Date: 08-12-06



Non-Governmental Organisation: The HIV/AIDS Prevention Group

Managing Director: Cecile Manhaeve

Address: PO Box 177

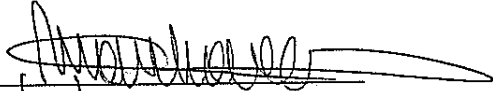
Bela Bela

0480

Telephone number: ~~072 473 8745~~

082 8581277

I, Cecile Manhaeve hereby give permission for the researcher Petra Austin (Ph.D Student, University of Pretoria) to undertake a research project at The HIV/AIDS Prevention Group in Bela Bela, Limpopo. I have been thoroughly informed of all the relevant aspects of the study and find it to be ethically acceptable.

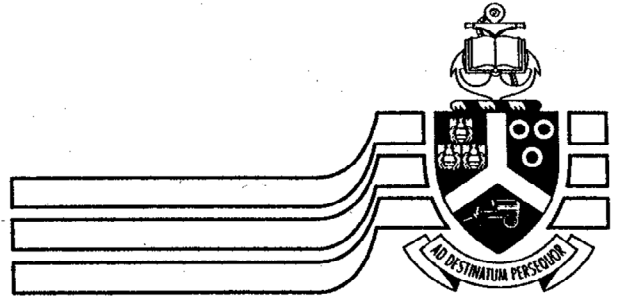
Signature: 

Date: 27/11/06



BYLAAG 3

Vorm vir ingeligte toestemming in Engels en Sepedi



University of Pretoria

Department of Social Work and Criminology
Tel. +27 12 420-2325
Fax. +27 12 420-2093

Researcher: Petra Austin
Contact No. 083 610 1300

LETTER OF INFORMED CONSENT

Title of Research: The Human Immunodeficiency Virus (HIV) and the gender roles of Northern-Sotho/Tswana speaking women in Limpopo Province

Dear participant,

I am a PhD student at the Department of Social Work and Criminology, University of Pretoria. I am conducting a study for the requirements and purpose of obtaining a Doctoral degree. You are invited to volunteer for this study. The letter of informed consent will help you to decide if you would like to participate. Before you agree to take part in this study you should fully understand what is involved. If you have any questions, which are not fully explained in the letter of informed consent, do not hesitate to ask the researcher. You should not agree to take part unless you are completely happy with all the procedures involved.

The researcher would like you to consider taking part in research on the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and the gender roles of Northern-Sotho/Tswana speaking women in Limpopo Province in order to develop improved and culturally appropriate guidelines for HIV/AIDS counselling. An interview will be conducted with you by the researcher and a research assistant fluent in your own language will be available. Interviews will also be digitally recorded (audio taped) with your consent. All information obtained during the course of this study will be treated as strictly confidential and will be used for research purposes only.

Should you have any questions or doubts after reading the following informed consent form, please feel free to contact the researcher.

P. Austin
Researcher

Dr C.L. Carbonatto
Supervisor

1. TITLE OF THE STUDY

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) and the gender roles of Northern-Sotho/Tswana speaking women in Limpopo Province

2. PURPOSE OF THE STUDY

The researcher is conducting this study for the requirements and purpose of obtaining a Doctoral degree in Social Work at the University of Pretoria.

3. PROCEDURE

During this study 12 participants will be interviewed. The interview will take up to 60 minutes. The interview will consist of certain questions that have been formulated on an interview schedule and will be asked during the interview. Translators will be available if the participant wants to undertake the interview in her own language. A digital sound recorder will be used with the participant's consent, or notes made should the participant not consent to the use of a digital sound recorder. The study will take 2 months to complete. Data obtained by means of this study will be stored for 15 years for research purposes. The results of the study will be published as a DPhil thesis by the University of Pretoria and may be published as articles in accredited journals with the promoter as co-author.

4. RISKS INVOLVED IN THIS STUDY

There are no known medical risks associated with this study. If the participant feels tired or stressed, she may take as many breaks as needed during the session(s). The researcher is also willing to reschedule the session if the participant feels that it is necessary. The only discomfort or inconvenience the participant may experience is the sensitivity of the topic and certain questions that may cause an emotional reaction. These questions will be dealt with sensitively and a Social worker at the participant's organisation will be available to provide the necessary counselling if needed.

5. FINANCIAL COMPENSATION AND BENEFITS OF THE RESEARCH

There will be no financial compensation for participating in this project and the researcher will organise the procedures in such a way that the participant will have no financial expenses of any sort. The participant may benefit indirectly where information obtained during this study will be utilised in the development of culturally appropriate HIV/AIDS counselling services.

6. RIGHTS AS A PARTICIPANT IN THIS STUDY

Participation in this study is entirely voluntary and the participant can refuse to participate or stop at any time without stating any reason. The participant's withdrawal will not affect her access to medical care or any other services and all data concerning the participant will be destroyed. Participants will not be selected for this study if mentally incompetent or legally incompetent. There are no other restrictions concerning participation in this study.

7. CONFIDENTIALITY

All information obtained during the course of this study will be treated as strictly confidential. Only the principal researcher, her promoter and the research assistants will have access to data obtained during this study. Data and conclusions that may be reported will not include any information that will lead to the identification of the participant. All signed letters of informed consent will be kept in a confidential file.

8. ADDITIONAL INFORMATION

For the 2-month duration of the study the researcher, Petra Austin, will be available to answer any questions you may have at any time. Please do not hesitate to contact her at 083 610 1300.

I hereby confirm that the researcher, Petra Austin thoroughly informed me about the nature, procedure, benefits and risks of the study. I have also received and understood the above written information regarding the study. I am aware that the results of the study, including personal details regarding my sex, age, date of birth, initials and diagnosis will be anonymously processed into a report. I may, at any stage, without prejudice, withdraw my consent and participation in the study. I have had sufficient opportunity to ask questions and (of my own free will) declare myself prepared to participate in this study.

Patient's initials _____ (Please print)

Patient's signature _____ Date _____

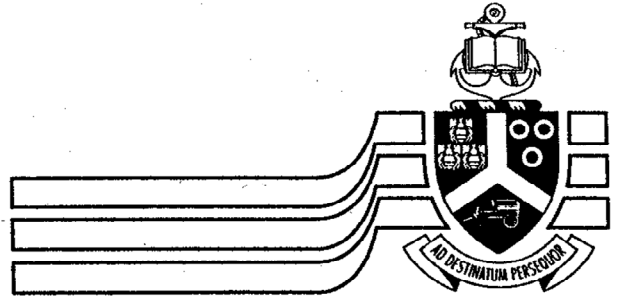
Investigator's name Petra Austin

Investigator's signature _____ Date _____

I, Petra Austin herewith confirm that the above patient has been informed fully about the nature, procedure and risks of the above study.

Witness's name _____ (Please print)

Witness's signature _____ Date _____



University of Pretoria

Department of Social Work and Criminology
Tel. +27 12 420-2325
Fax. +27 12 420-2093

Monyakišiši: Petra Austin
Contact No. 083 610 1300

LETTER OF INFORMED CONSENT

Title of Research: Baerase ya go Palediša Mašole a Mmele go Šoma (HIV) le ditema tša bong tše di kgathwago ke basadi ba go bolela Sesotho sa Leboa/Setswana ka Profenseng ya Limpopo

Mokgathatema yo a rategago,

Ke nna moithuti wa Kgrata ya Bongaka University of Pretoria. Ke dira dinyakišišo gore ke hwetše Kgrata ya Bongaka. O memiwa go ithaopa ka mo dinyakišišong. Lengwalo le le tla go thuša go tšea sephetho sa ge eba o nyaka go kgatha tema. Pele o tla dumela o swanetše go kwešiša ka botlalo gore go direga eng. Monyakišiši o tla araba dipotšišo dife goba dife. O seke wa dumela go kgatha tema ka ntle le ge o thabišwa ke ditshepedišo ka moka.

Monyakišiši o nyaka gore o nyake go kgatha tema ka dinyakišišong tša mabapi le Baerase ya go Palediša Mašole a Mmele go Šoma (HIV) le ditema tša bong tše di kgathwago ke basadi ba go bolela Sesotho sa Leboa/Setswana ka Profenseng ya Limpopo gore re kgone go tšweletša ditlhahli tša maleba tša setšo tša keletšo ka ga HIV/AIDS. Dipolelišano di tla swarwa magareng ga gago le monyakišiši gomme mothuša-dinyakišišo yo a tsebago polelo ya gago o tla ba gona. Dipolelišano le gona di tla rekotiwa ka mokgwa wa titšithale (segatiša-mantšu) ka tumelelo ya gago. Tshedimošo ye e hweditšwego nakong ya dinyakišišo tše e tla dirwa sephiri gomme e tla šomišetšwa mabakeng a dinyakišišo fela.

Ge o ka ba le dipotšišo dife goba dife, o kgopelwa go lokologa go ikgokaganya le monyakišiši.

P. Austin
Researcher

Dr C.L. Carbonatto
Supervisor

1. TITLE OF THE STUDY

Baerase ya go Palediša Mašole a Mmele go Šoma (HIV) le ditema tša bong tše di kgathwago ke basadi ba go bolela Sesotho sa Leboa/Setswana ka Profenseng ya Limpopo

2. PURPOSE OF THE STUDY

Ke dira dinyakišišo gore ke hwetše Kgrata ya Bongaka o ntlong Social Work at the University of Pretoria.

3. PROCEDURE

Nakong ya dinyakišišo tše go tla boledišanwa le bakgathatema ba 12. Dipolelišano di tla tšea nako ye e ka lekanago metsotso e 60. Dipolelišano di tla bopša ke dipotšišo tše itšego tšeo di hlametšwego godimo ga šetule ya dipolelišano le gona di tšile go botšišwa nakong ya dipolelišano. Bafetoleli ba tla ba gona ge e le gore mokgathatema o nyaka gore dipolelišano di dirwe ka polelo ye e lego ya gagwe. Segatiša-mantšu sa titšithale se tla šomišwa ka tumelelo ya mokgathatema, goba dinoutse di ka dirwa ge e le gore mokgathatema ga a dumelele go šomišwa segatiša-mantšu sa titšithale. Dinyakišišo di tla tšea dikgwedi tše pedi (2) go phethwa. Tshedimošo ye e hweditšwego e tla bolokwa mengwaga e 15 go šomišwa mabakeng a dinyakišišo. Dipolelo tša dinyakišišo di tla phatlalatšwa bjalo ka thesisi ya Kgrata ya Bongaka ke PhD thesis by the University of Pretoria ebile di ka phatlalatšwa bjalo ka diathekele ke ditšenale tša go tsebja thutong le mofahloši yo a hlokometšego dinyakišišo tša Kgrata ye bjalo ka mongwadimmogo.

4. RISKS INVOLVED IN THIS STUDY

Ga go na dikotsi tša maphelo tše di amantšhwago le dinyakišišo tše. Ge mokgathatema a ikwa gore o lapile a ka khutša nakong ya (di)tiragalo tša dinyakišišo. Monyakišiši ga a na bothata bja go beela ditirigalo tša dinyakišišo nakong ye nngwe. Tšhitelo fela yeo mokgathatema a ka itemogelago yona ke gore hlogo ya polelišano ke ya maikutlo yeo e ka bakago khuduego ya maikutlo, eupša modirelaleago wa go tšwa go mokgatlo o tla ba gona go fa keletšo.

5. FINANCIAL COMPENSATION AND BENEFITS OF THE RESEARCH

Go ka se be le tefelo ya tšhelete ya gore o kgatha tema. Mokgathatema a ka holega ka tsela e nngwe moo tshedimošo e ka šomišwago go tšweletša ditirelo tša keletšo tša maleba tša setšo ka ga HIV/AIDS.

6. RIGHTS AS A PARTICIPANT IN THIS STUDY

Go kgatha tema ka mo dinyakišišong tše ke boithaopo gomme mokgathatema a ka gana go kgatha tema goba a emiša nako e nngwe le e nngwe ka ntle le go fa mabaka. Go tšwa ga mokgathatema go ka se ame go hwetša ga gagwe ga ditirelo gomme tshedimošo ya mokgathatema e tla senywa. Bakgathatema ba se na maswanedi monaganong goba ba se na maswanedi a semolao.

7. CONFIDENTIALITY

Tshedimošo e tla dirwa sephiri. Monyakišiši o mogolo, mofahloši wa gagwe wa dinyakišišo le bathuši ba dinyakišišo ba tla fihlelela tshedimošo. Tshedimošo e ka se akaretše tshedimošo yeo e ka feletšago ka go tseba mokgathatema. Mangwalo a tumelelo ya tsebo a tla dirwa sephiri.



8. ADDITIONAL INFORMATION

Mo dikgweding tše 2 tša nako ya dinyakišišo monyakišiši, Petra Austin o tla ba gona go araba dipotšišo dife goba dife tše o ka bago le tšona. O kgopelwa go se dikadike go ikgokaganya le yena go 083 610 1300.

Ke tiišetša gore monyakišiši, Petra Austin o ntsebišitše gabotse ka ga maitshwaro, mehola le dikotsi tša dinyakišišo. Ke badile le go kwešiša tshedimošo ye e ngwadilwego ka godimo ya mabapi le dinyakišišo tše. Ke lemoga gore dipelo tša dinyakišišo tše, go akaretša tshedimošo ya sephiri ya mabapi le bong bja ka, mengwaga, tšatšikgwedi ya matswalo, ditlhaka tša mathomo tša maina le diphekolo di tla šongwa di hloka maina ge go ngwalwa pego. Nka no, nako efe goba efe, gomiša tumelelo ya ka le go kgatha tema ka mo dinyakišišong tše. Ke bile le sebaka sa go botšiša dipotšišo le (ka go rata ga ka) go bolela gore ke ikemišeditše go kgatha tema ka mo dinyakišišong tše.

Patient's initials _____ (Please print)

Patient's signature _____ Date _____

Investigator's name Petra Austin

Investigator's signature _____ Date _____

I, Petra Austin herewith confirm that the above patient has been informed fully about the nature, conduct and risks of the above study.

Witness's name _____ (Please print)

Witness's signature _____ Date _____



BYLAAG 4

Onderhoudskedule

P. Austin

Interview Schedule

DPhil (Social Work)

Interview number:

Please answer all relevant questions asked by the researcher as honestly and thoroughly as possible.

Section 1- African Women as Individual Beings

1.1 How would you describe your personality?

1.2 What are the most important priorities in your life at the moment?

Section 2- African Women as Sexual Beings

2.1 How do you perceive/see sex?

2.2 What influences your decision on how, when, why and who you have sex with?

Please only answer this question if you feel comfortable doing so.

Section 3- African Women as Caregivers

3.1 What do your daily tasks involve in terms of caring for or looking after family members?

Section 4- African Women as Mothers

4.1 Under what circumstances did you become pregnant with each of your children?

4.2 What will happen to your children when you pass away?

Section 5- African Women as Wives

5.1 How do you feel about marriage or being married?

5.2 Does lobola influence your relationship in any way?

Section 6- African Women as (Single) Parents

6.1 Does the father(s) of your children help support your children in any way?

6.2 Do you experience any problems with your children in terms of discipline and behaviour?

Section 7- African Women as Breadwinners

7.1 What are your financial circumstances?

Section 8- African Women and Relationships

8.1 Please describe your experience of the permanent relationships you have had. (A **permanent relationship** is defined as a relationship where the male partner provides regular material/financial support to the woman in exchange for domestic services and an intimate relationship over an extended period of time.)

8.2 Please describe your experience of the casual relationships you have had. (A **casual relationship** is defined as a once-off sexual encounter in which the man rewards a woman directly and does not have any further obligation towards the woman.)

Section 9- African Women and Abuse/Violence

9.1 Were you ever physically, emotionally, financially or sexually abused or exposed to non-physical trauma by anyone? Please only answer this question if you feel comfortable doing so.

9.2 Have you ever been raped? Please only answer this question if you feel comfortable doing so.

Section 10- African Women and Education

10.1 What is your level of education?

10.2 Do you believe your level of education makes a difference in any areas of your life?

Section 11- African Women and Religion

11.1 What role does religion play in your life?

Section 12- African Women and Culture

12.1 What role does your culture play in your life?

12.2 Name some cultural aspects that influence you as a woman.

Section 13- African Women and Health

13.1 Why have you decided to be open about your HIV status?

13.2 Before you were diagnosed as HIV positive, did you ever think of yourself as being at risk of becoming HIV positive?

Section 14- African Women and Gender

14.1 Why do you think women are infected with HIV?

Section 15- African Women and HIV and AIDS Counselling

15.1 What would you most like to discuss with an HIV/AIDS-counsellor?