

HOOFSTUK 5

EMPIRIESE BEVINDINGS

5.1 Inleiding

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

5.2 Navorsingsmetodologie

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

5.3 Data versameling, prosessering, analise en interpretering

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

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

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

5.4 Navorsingsbevindings

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

5.4.1 Biografiese Gegewens

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

5.4.1.1 Huistaal

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

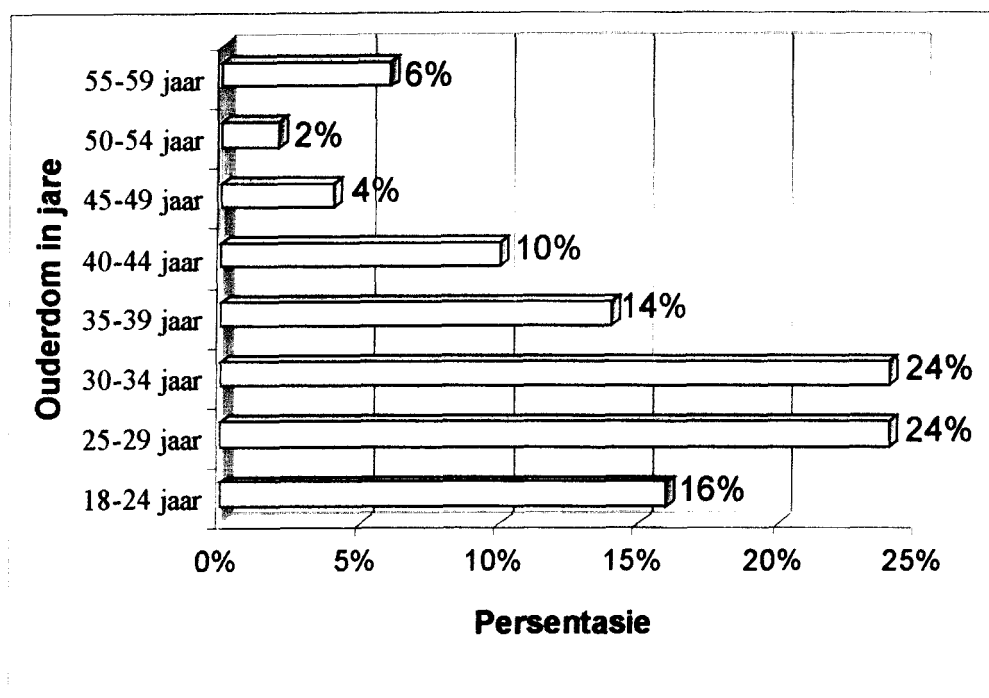
Tabel 3: Huistaal

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

5.4.1.2 Ouderdomsverspreiding

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

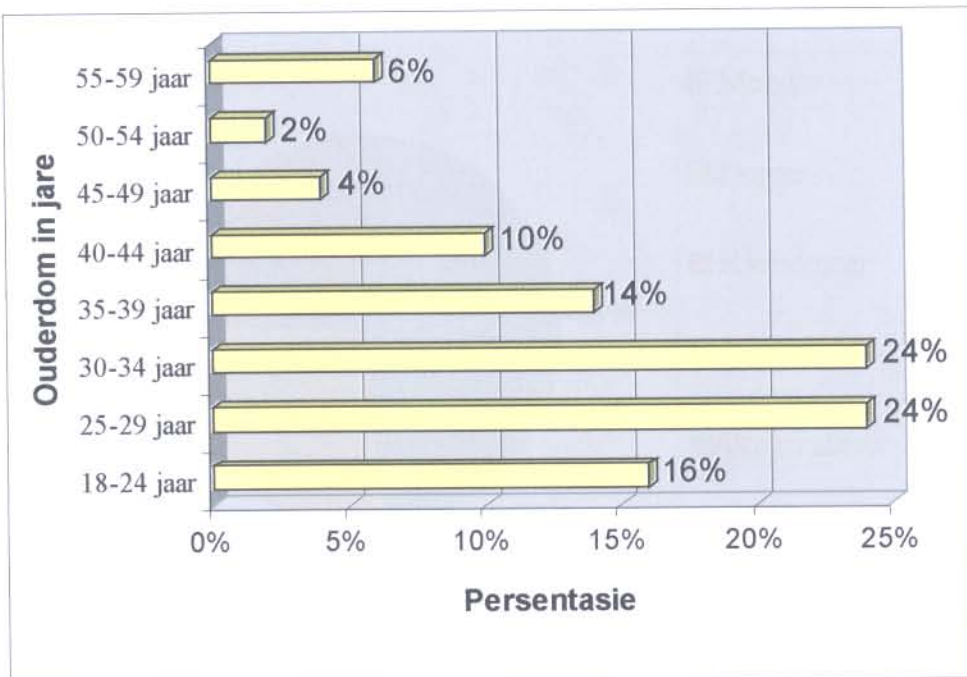
Figuur 13: Ouderdomsverspreiding (N=50)



5.4.1.2 Ouderdomsverspreiding

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

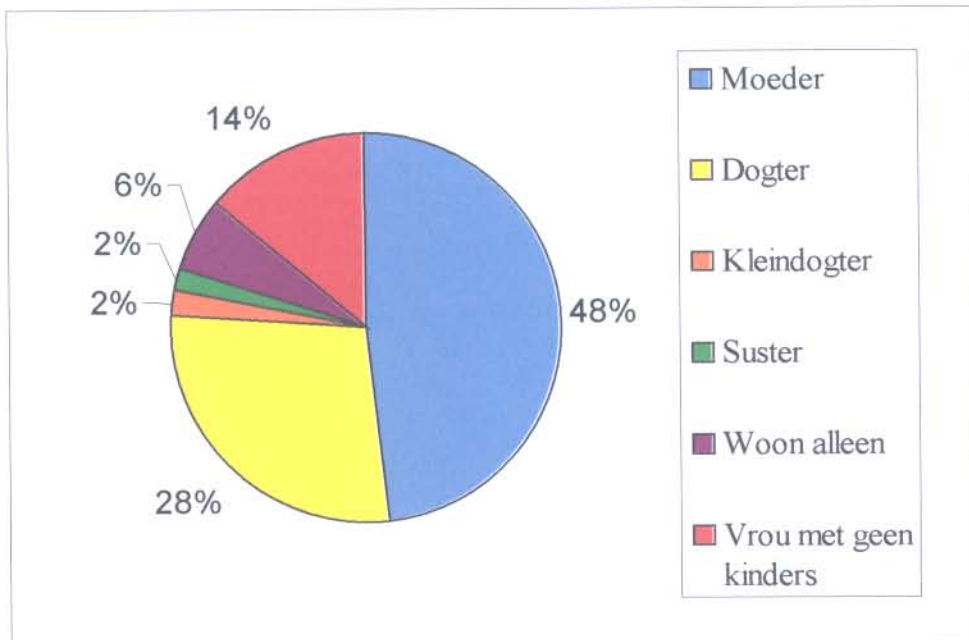
Figuur 13: Ouderdomsverspreiding (N=50)



5.4.1.3 Huidige posisie in gesin

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

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

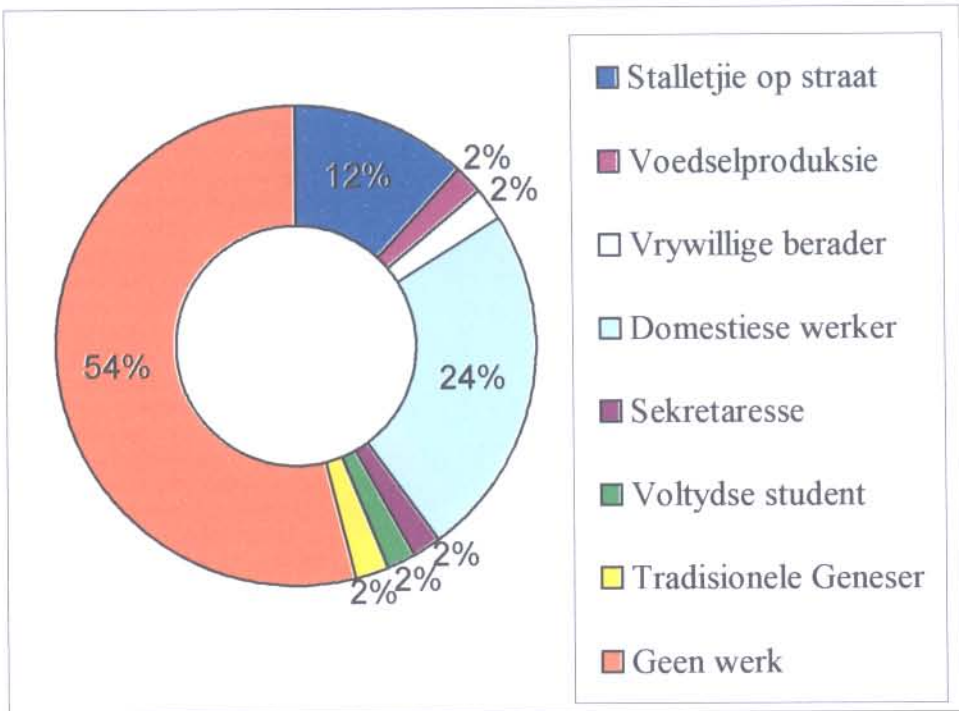


Ulin (1996:65) wys daarop dat koloniale heerskappy wat in baie Afrika-lande voorgekom het, Afrika-mans aangemoedig het om hul inkomste te verhoog, maar dat daar van die Afrika-vrou verwag is om van jongs af skool opleiding prys te gee ten einde te werk, wat die Afrika-vrou se status negatief beïnvloed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

5.4.1.5 Beroep

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

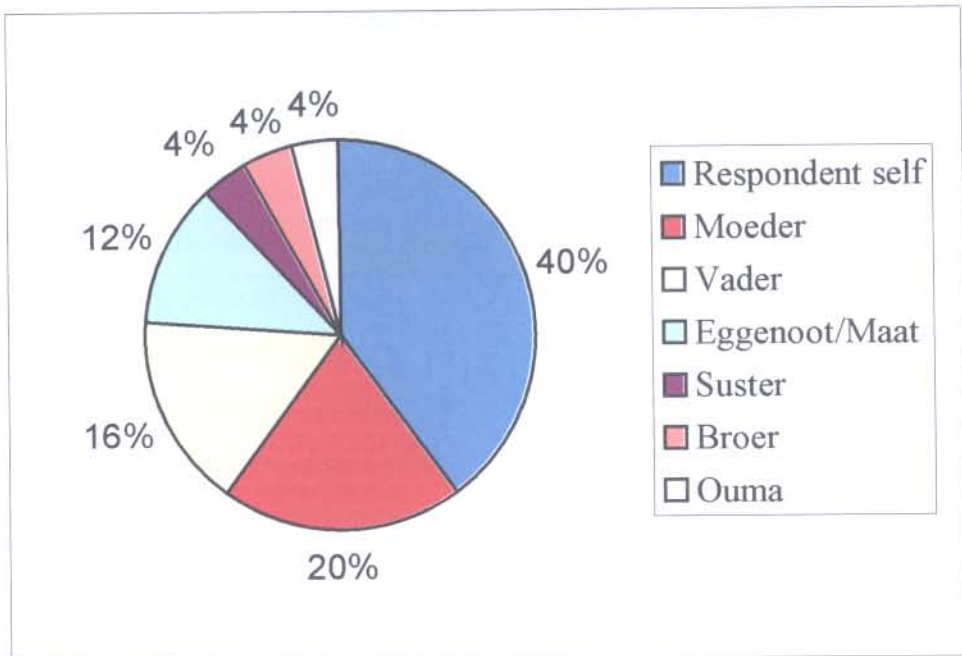
Figuur 15: Beroep (N=50)



5.4.1.6 Hoof van gesin

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

Figuur 16: Hoof van gesin(N=50)



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

5.4.1.7 Huwelikstatus

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

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

Tabel 5: Huwelikstatus

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

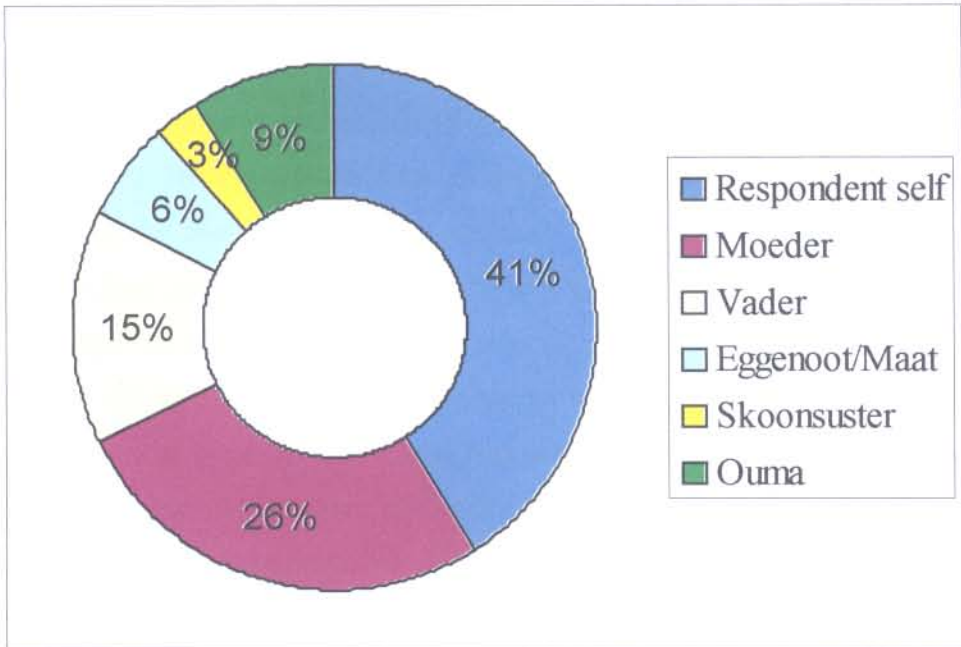
5.4.2 Huislike en Finansiële Gegewens

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

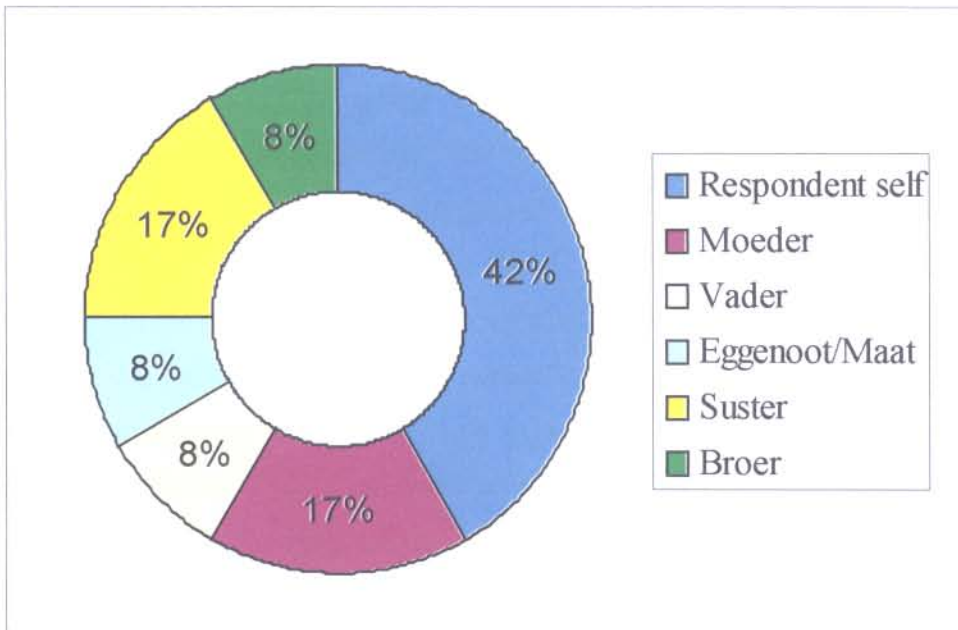
5.4.2.1 Behuisingsomstandighede

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

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



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



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

5.4.2.2 Kwaliteit van behuising

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

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

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

Tabel 6: Huislike omstandighede

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

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

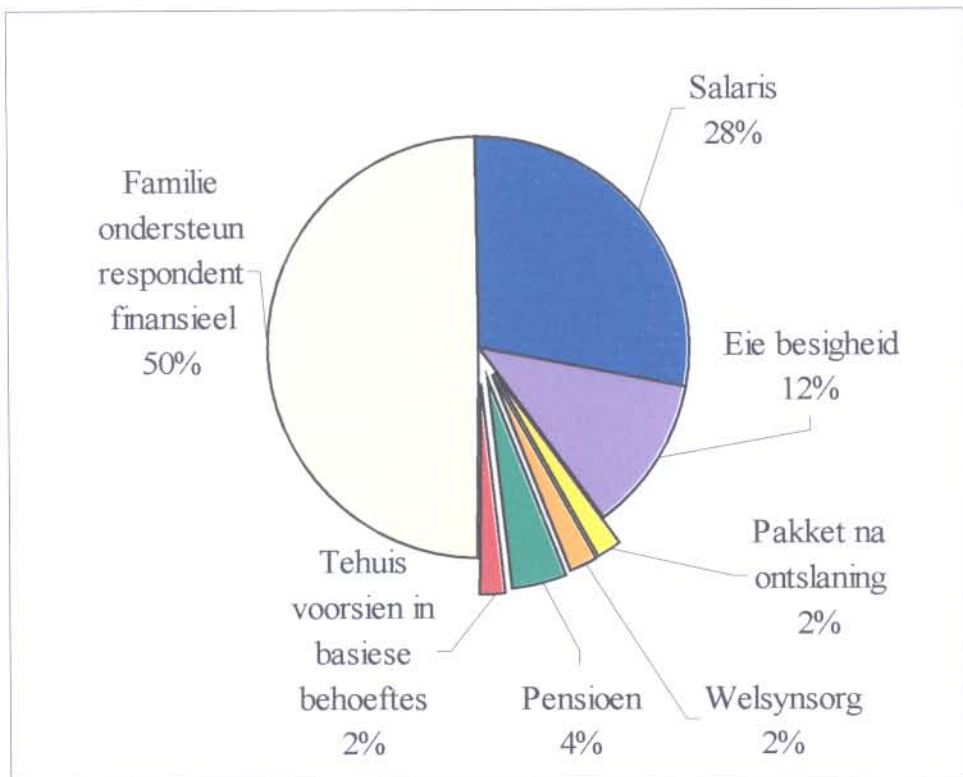
Bogenoemde aspekte is deur die navorser uitgelig aangesien hierdie aspekte dui op omstandighede wat nie geskik is vir 'n persoon met MIV nie. Sekere voedselgroepe wat byvoorbeeld nie in 'n yskas gestoor word nie kan skadelik wees vir die persoon met MIV. Laasgenoemde geld ook vir water wat nie gesuiwer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

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

5.4.2.3 Bron van inkomste

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

Figuur 18: Bron van inkomste(N=50)

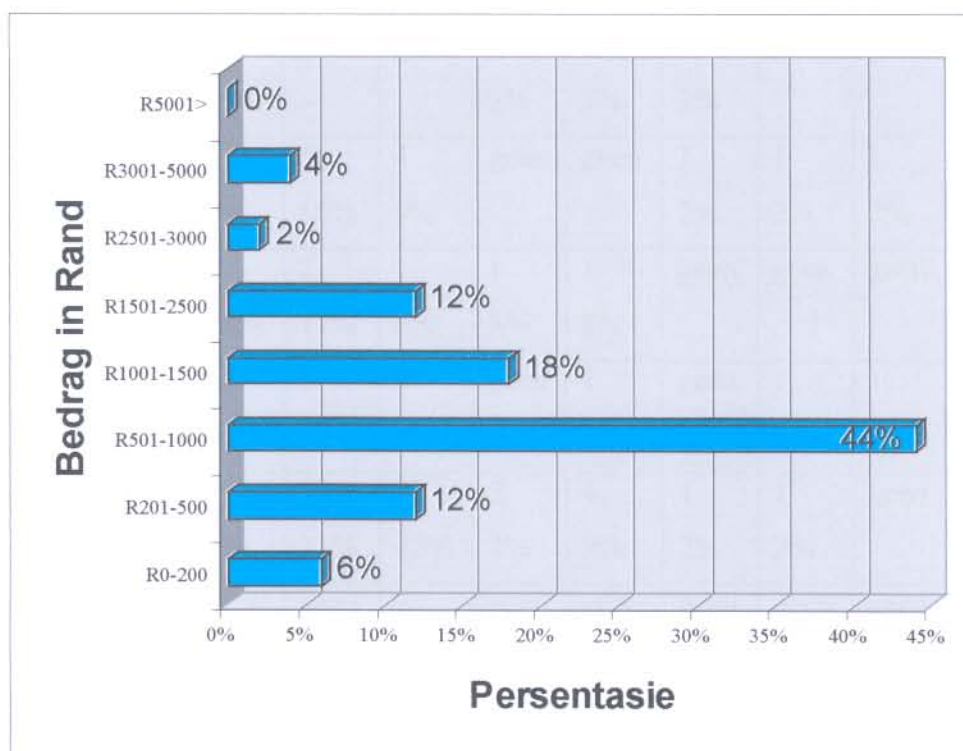


Respondente is gevra hoe lank hulle nog hierdie stalletjies sal kan bedryf voordat hulle te siek word. Van die respondente was 6%(3) onseker terwyl 2%(1) gesê het tussen 1-2 jaar, 2%(1) tussen 2-4 jaar en 2%(1) tussen 4-6 jaar. Indien hierdie respondente hul stalletjies moet opgee as gevolg van hul gesondheid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

5.4.2.4 Maandelikse inkomste

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

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



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

5.4.2.5 Finansiële uitgawes

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

Tabel 7: Maandelikse finansiële uitgawes in gesin

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

*Water en elektrisiteit

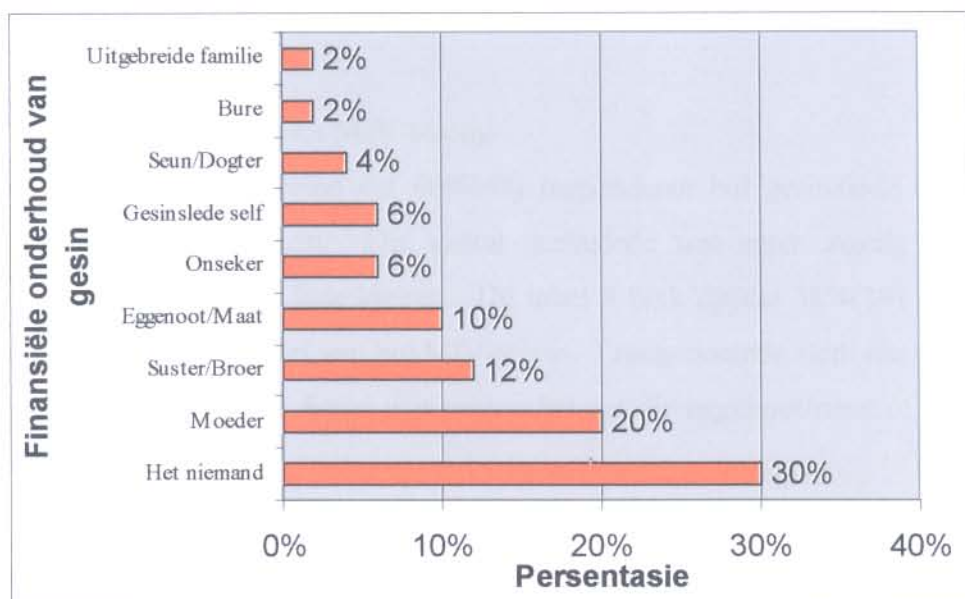
Vervoer wat hoofsaaklik publieke vervoer is, aangesien slegs 16%(8) respondente motors tot hul beskikking het, is 'n verdere uitgawe met inagname dat 24%(12) respondente domestiese werk doen en dus daagliks uit hul eie woongebiede na ander gebiede vervoer benodig. Die aankoop van klere en medikasie blyk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

5.4.2.6 Finansiële onderhoud van gesin na afsterwe van respondent

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

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

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



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

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

5.4.3 Psigososiale aspekte van Bekendmaking

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

5.4.3.1 Bekendmaking van MIV-status

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

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

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

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

5.4.3.2 Volgorde van bekendmaking

Tabel 9: Volgorde van bekendmaking

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

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

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

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

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

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

5.4.3.3 Reaksie op bekendmaking

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

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

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

Tabel 10: Gevoelens deur betekenisvolle ander beleef tydens bekendmaking

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

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

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

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

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

5.4.3.4 Invloed van MIV-status op verhoudings

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

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

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

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

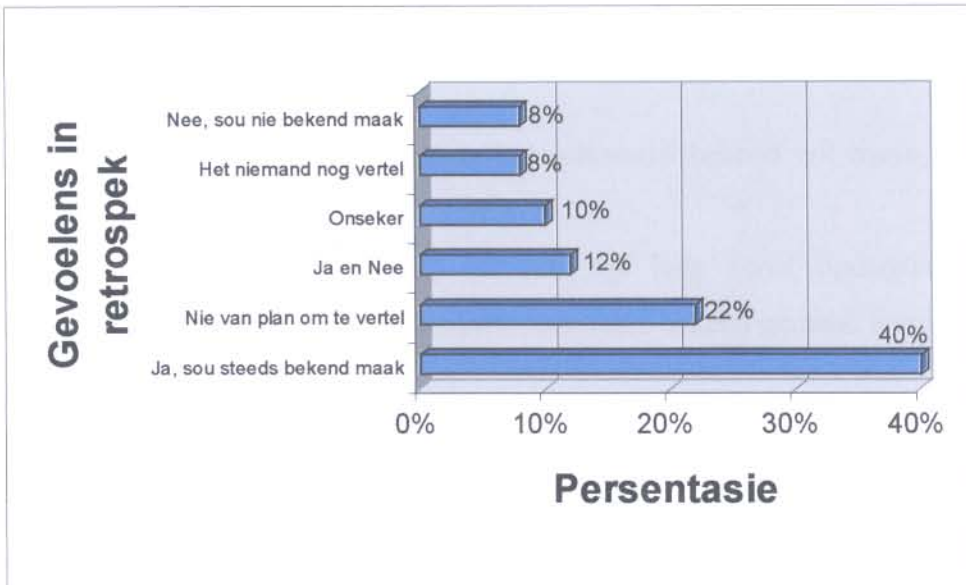
Slegs in 6 gevalle is lede van die uitgebreide familie ingelig van die respondent se status en 1 respondent het verwerping vanaf haar familie ervaar. Uitgebreide familie word dus nie so gereeld ingelig van repondente se MIV-status nie, moontlik omdat daar nie so

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

5.4.3.5 Gevoelens na aanleiding van bekendmaking

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4.4 Seksuele verhoudings en Swangerskap

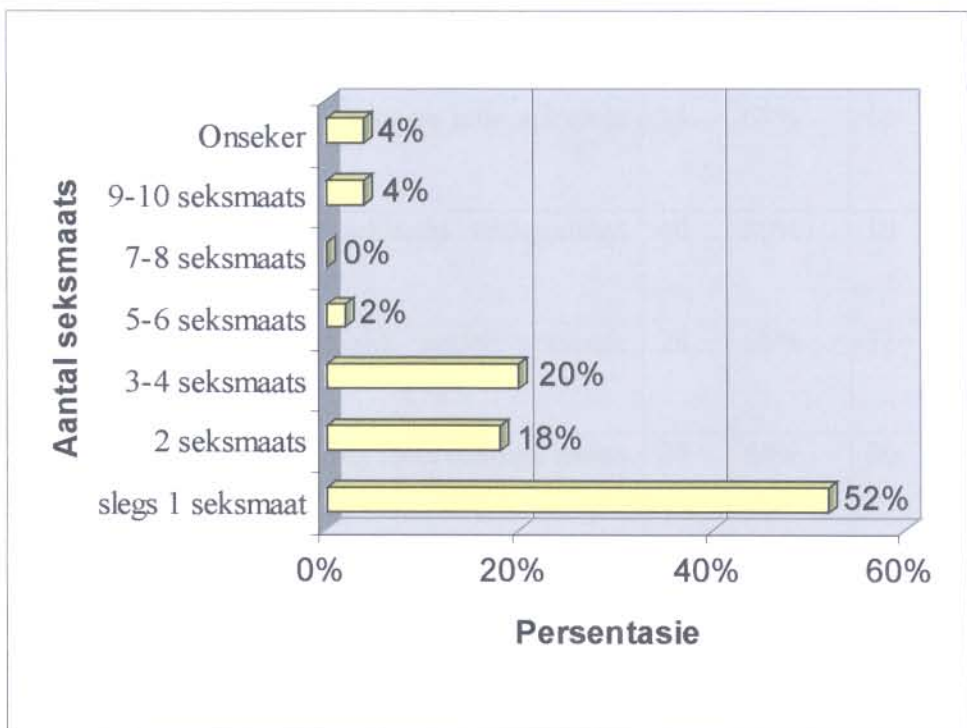
Hierdie afdeling fokus op seksuele tendense wat by respondente in hierdie studie voorkom, asook die houdings van eggenote/maats ten opsigte van die vrou en seksualiteit. Daar word ook gelet op die vrou met MIV en reproduksie of swangerskap. In hierdie afdeling het dit geblyk dat 70%(35) respondente steeds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

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

5.4.4.1 Aantal seksmaats

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

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



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

5.4.4.2 Seksuele gedrag

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

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

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

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

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

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

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

5.4.4.3 Afrika-mans en die gebruik van kondome

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

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

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

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

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

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

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

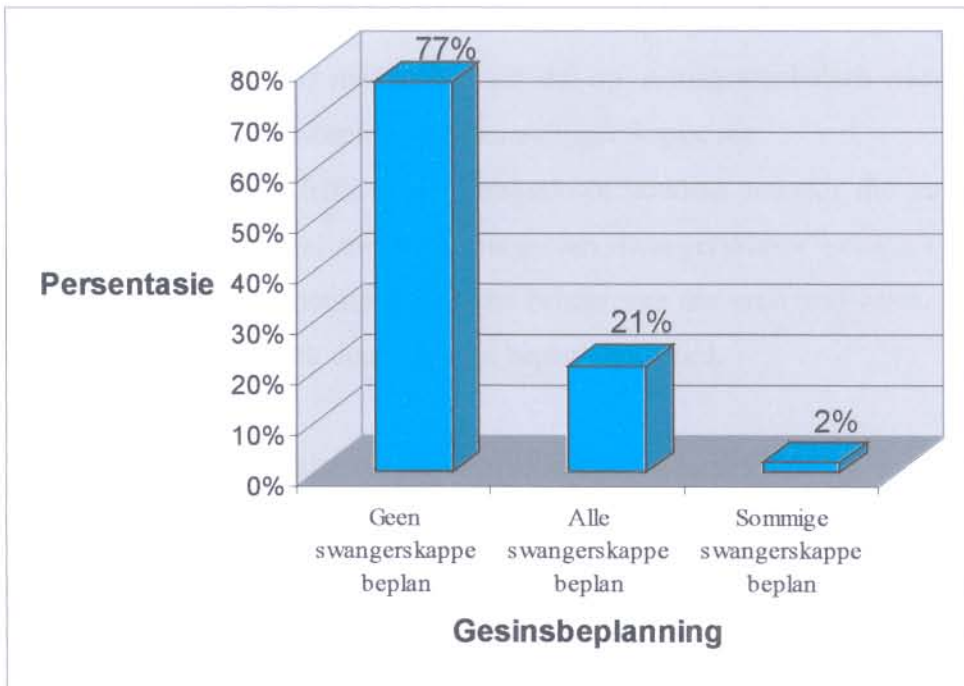
seksuele omgang te hê nie, maar eerder beter seksuele stimulering as uitsluitlike oogmerk het. Dit blyk dus dat wat ookal die man se rede mag wees om nie van kondome gebruik te maak nie, die vrou selde 'n keuse sou hê tot veilige seksuele omgang.

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

5.4.4.4 Beplanning van swangerskap

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

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



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

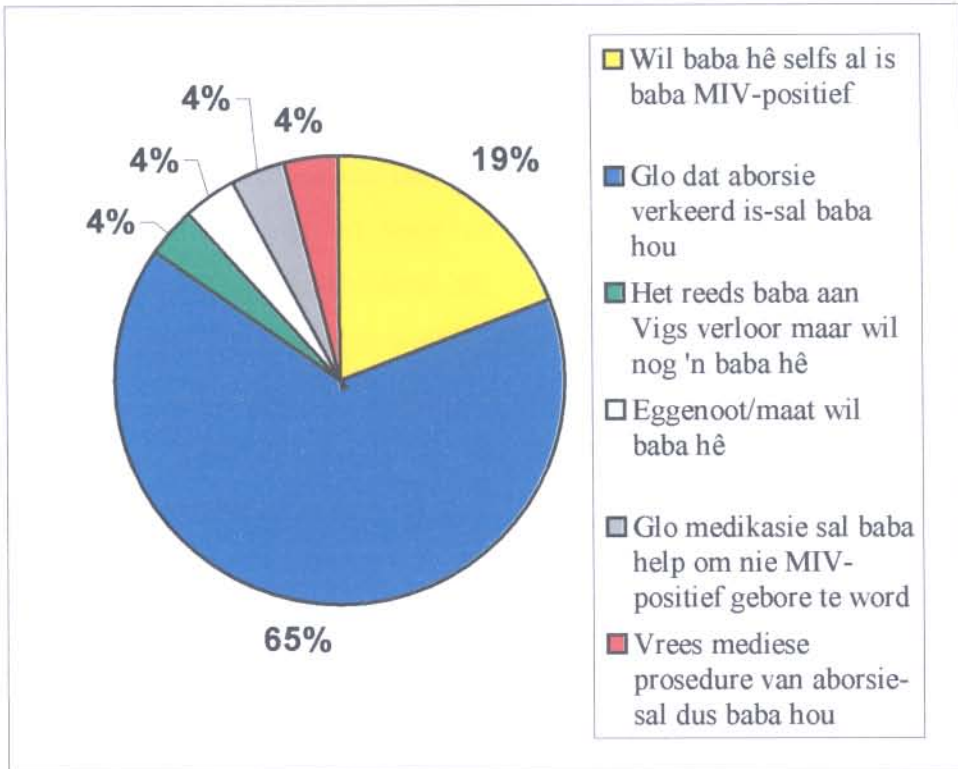
- Min Afrika-vroue ondergaan volledige sekondêre of enige tersiêre onderrig en het dus geen beperking waar 'n beroep sou vereis dat die vrou geen kinders het nie, of eers later kinders sal hê wanneer finansiële onafhanklikheid bekom is nie
- Afrika-vroue het kinders op 'n baie jong ouderdom en mag as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

5.4.4.5 Keuses by moontlike voorkoms van swangerskap

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

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

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

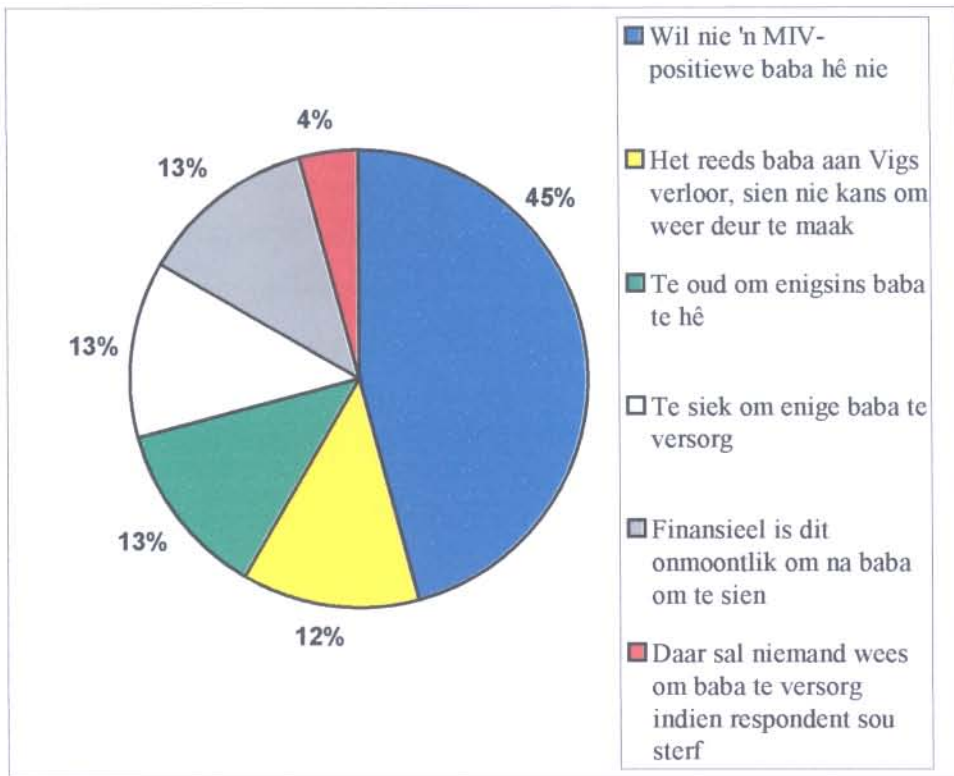


Figuur 24.1 toon dat 65%(17) vroue eerder die baba sou behou aangesien hul glo dat aborsie verkeerd is. Ook 19%(5) vroue sou 'n baba wou hê selfs al is die baba MIV-positief. Laasgenoemde mag dui op vroue wat nog geen kinders het nie, en dus die behoefte ervaar om wel kinders te hê. Enkele respondente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

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

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

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



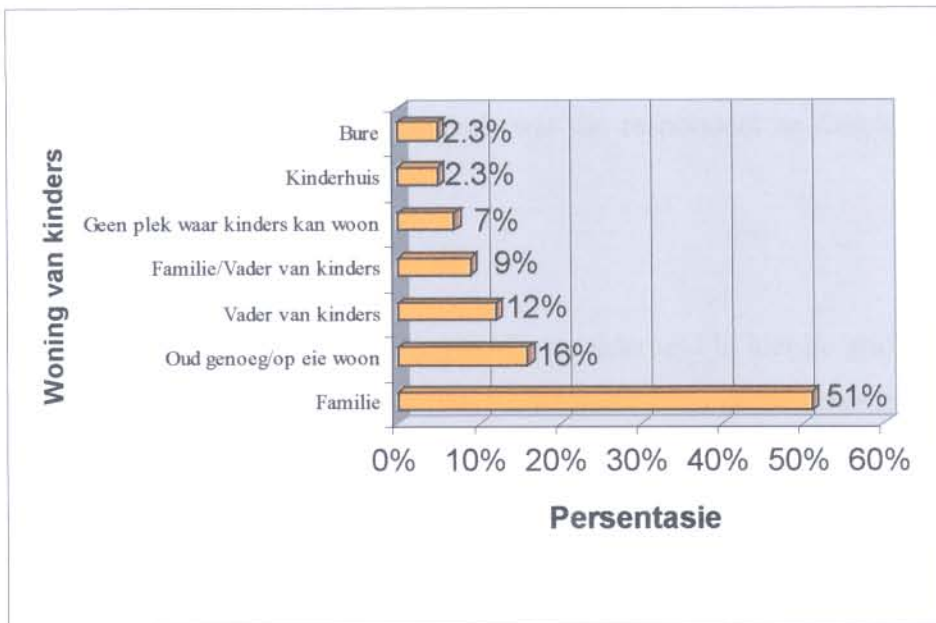
Onder hierdie afdeling is respondente laastens gevra waar kinders sal woon na afsterwe van die respondent. Figuur 25 wat laasgenoemde aandui kan ook vergelyk word met figuur 20 wat 'n aanduiding is van persone wat finasieel sal bydra tot versorging van kinders en oorblywende gesinslede na afsterwe van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

5.4.4.6 Versorging van kinders na afsterwe van respondent

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

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

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



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

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

5.4.5 Mediese aspekte

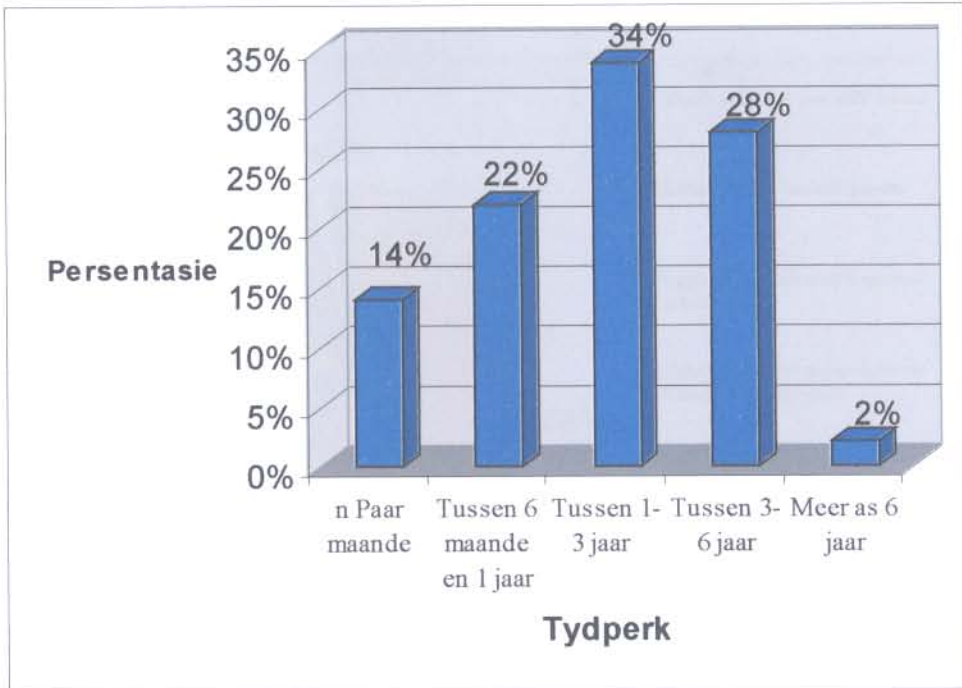
Hierdie afdeling fokus rondom die respondent se gesondheid wat MIV-diagnosering, simptome en mediese personeel aanbetref. Daar word op hierdie aspekte gelet ten einde die respondent se gesondheid in konteks te bring met haar huislike en finansiële omstandighede, asook die toeganklikheid en effektiwiteit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

5.4.5.1 Typerk vanaf diagnose

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

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

Figuur 26: Tydperk vanaf diagnose(N=50)

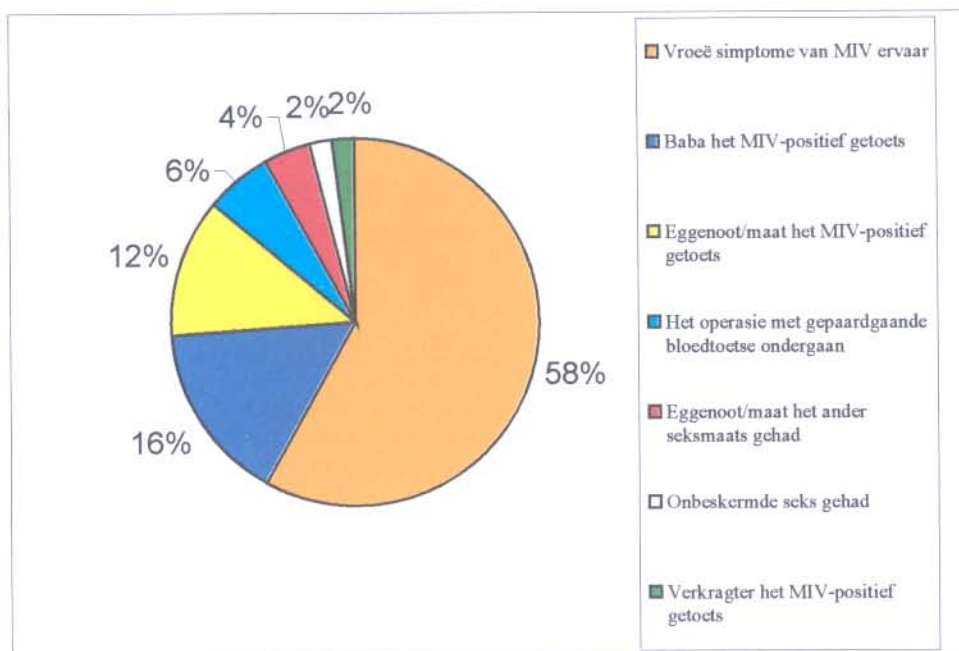


5.4.5.2 Aspekte wat aanleiding gegee het tot MIV-toetsing

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

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

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



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

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

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

5.4.5.3 Huidige mediese toestand

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

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

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



5.4.5.4 Mediese simptome

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

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

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

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

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

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

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

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

Daar kan dus gelet word op:

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

Tabel 14: Mediese simptome

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

5.4.5.5 CD4 seltellings

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

Tabel 15: CD4 seltellings

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

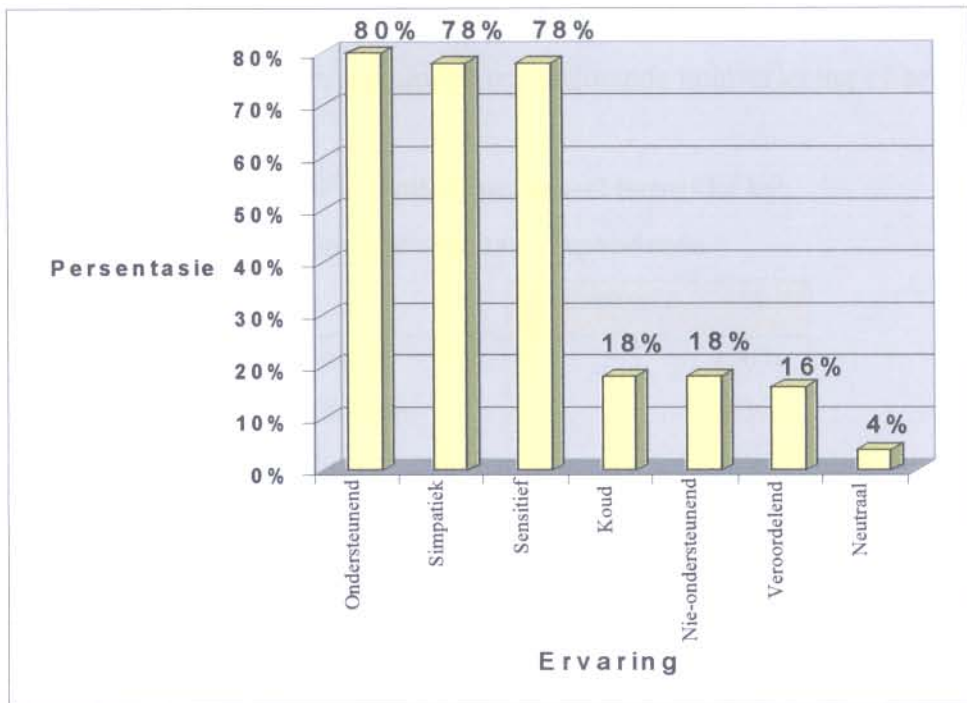
*Fases saamgestel uit inligting vanaf verskeie outeurs soos in hoofstuk 2 bespreek

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

5.4.5.7 Instansies vir mediese behandeling

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

Tabel 17: Instansies

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

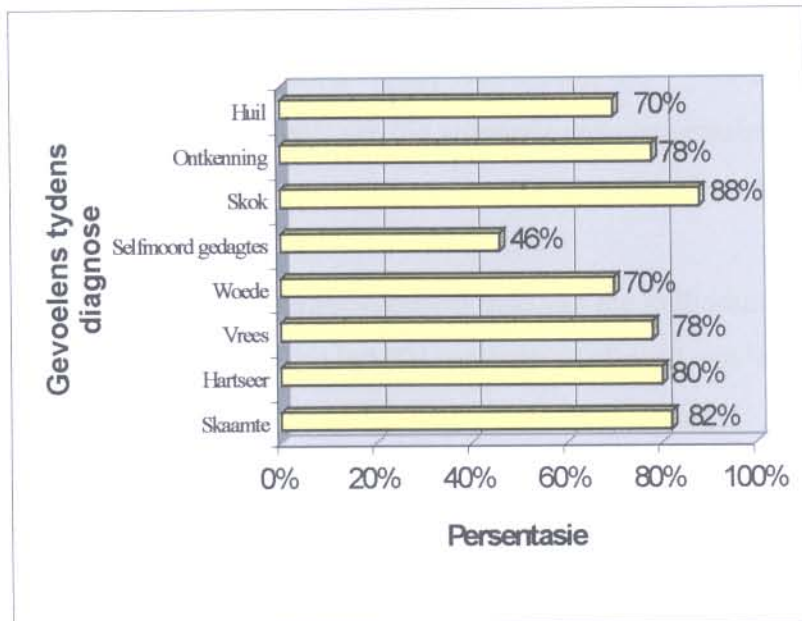
5.4.6 Emosionele en psigososiale aspekte van MIV/Vigs

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

5.4.6.1 Gevoelens tydens diagnose en huidige gevoelens

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

Figuur 30.1: Gevoelens tydens diagnose(n=296)



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

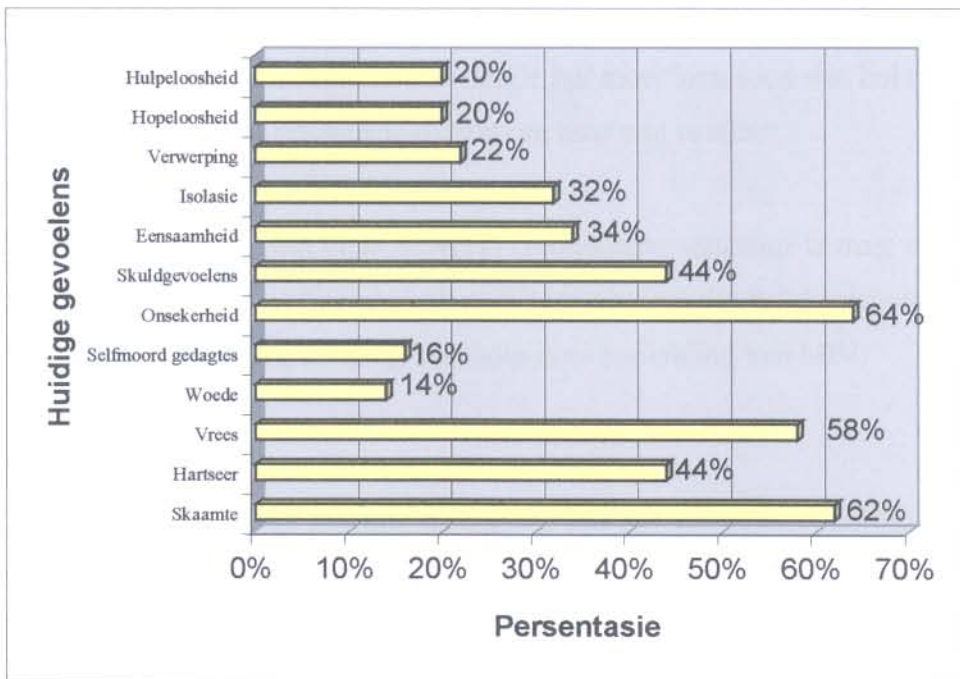
- Woede teenoor die persoon wat die virus aan hul oorgedra het
- Woede teenoor die mediese professie, polisie, media en gemeenskap wat uit onkunde die siekte gestigmatiseer het.

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

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

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

Figuur 30.2: Huidige gevoelens(n=207)



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

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

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

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

5.4.6.2 Gevoelens rondom die toekoms en die dood

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

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

5.4.6.3 Hanteringsmeganismes

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

Tabel 19: Wyses waarop MIV hanteer word

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

Daar kan verder in tabel 19 gelet word op selfblamering wat by 46%(23) respondente voorkom. Selfblamering hou volgens Commerford *et al.* (1994:225-229) verband met vermeerderde angs en depressie soos ook gevind in tabel 14 in hierdie studie. Selfblamering hou verder volgens laasgenoemde outeurs verband met met ontkenning van die siekte en die vermyding daarvan, wat lei tot verdere spanning. Selfblamering dui daarop dat die individu haarself blameer vir die siekte in 'n poging om die situasie te vertroebel ten einde die aanvaarding daarvan vry te spring.

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

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

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

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

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

5.4.7 Beradingsbehoefte van respondente

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

5.4.7.1 Beradingsdienste in gemeenskappe

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

Tabel 20: Beradingsdienste in gemeenskappe

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

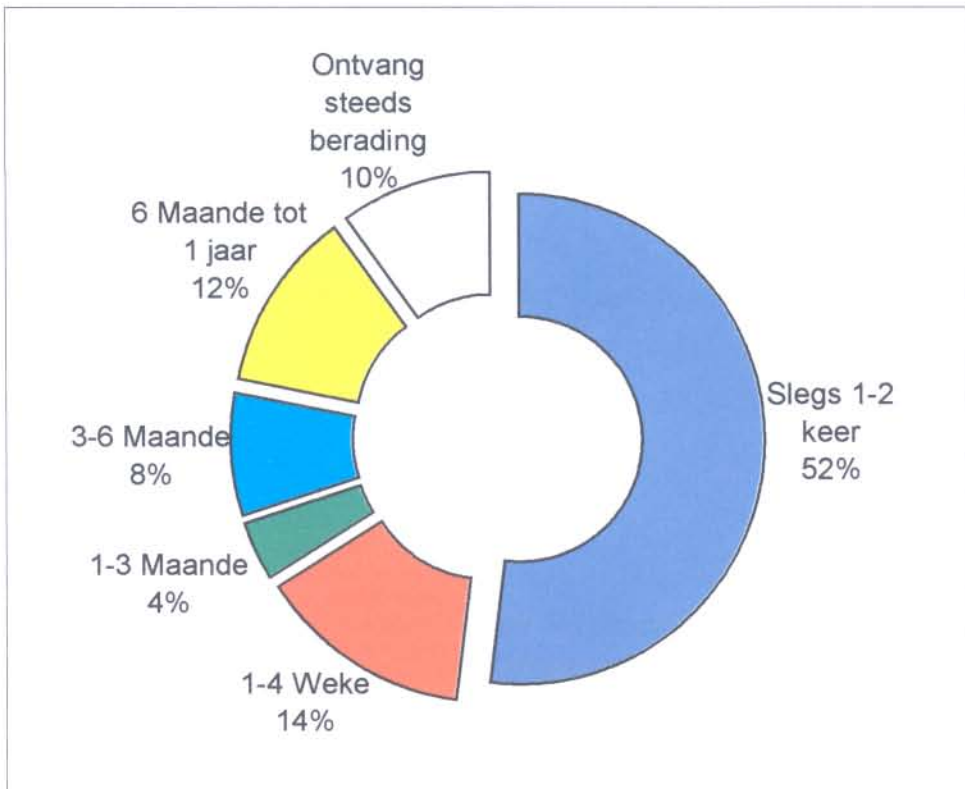
Tabel 20 toon ook dat 18%(9) respondente bewus is van beradingsdienste by kerke en 12%(6) bewus is van beradingsdienste wat deur tradisionele genesers gelewer word. Dit blyk egter dat slegs 8%(4) respondente bewus is van welsynsorganisasies wat beradingsdienste lewer in hul gemeenskappe. Laasgenoemde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

5.4.7.2 Tydperk van berading

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

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

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



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

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

5.4.7.3 Die aanspreek van risiko gedrag

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

Tabel 21: Risiko gedrag deur beraders aangespreek

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

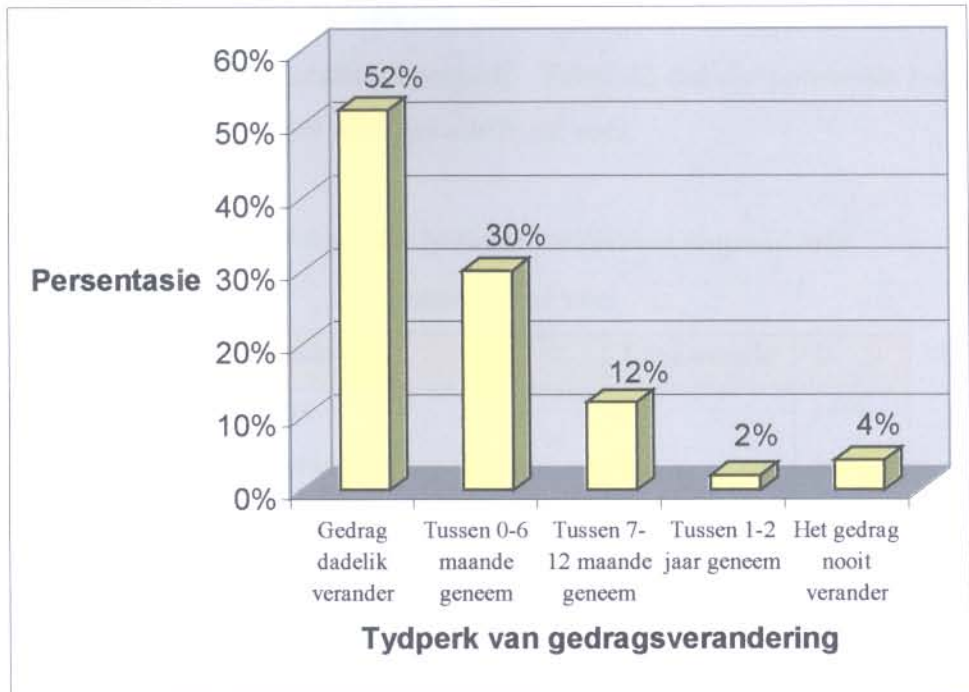
Die sukses van berading ten opsigte van kondoomgebruik in hierdie studie kan dan ook gemeet word aan die aantal vroue wat huidiglik seksueel aktief is en van kondome gebruik maak tydens seksuele omgang. Soos reeds bespreek blyk dit dat 58%(29) uit die 70%(35) seksueel aktiewe respondente huidiglik van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

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

5.4.7.4 Tydperk van verandering van risiko gedrag

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

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



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

5.4.7.5 Potensiële MIV-beraders

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

Tabel 22: Potensiële beraders waarmee respondente gemaklik sal voel

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

Die meerderheid respondente(86%/43) toon dat hul meer gemaklik sal voel met 'n maatskaplike werker as MIV-berader, tog dui hierdie studie deurentyd op die tekort aan maatskaplike werkers. Mapatane en Molosankwe (1997:16) is van mening dat 'n maatskaplikewerk benadering effektiewe reaksies aanmoedig waar MIV/Vigs struikelblokke veroorsaak in die geaffekteerde persoon se lewe. Die maatskaplikewerk benadering help ook met die identifisering van sosiale strukture wat gebruik kan word ten einde geleentheid optimaal te benut ten spyte van die voorkoms van MIV/Vigs. Maatskaplike werkers word dus gesien as pioniers in die ontwikkeling van psigososiale dienste vir persone wat geaffekteer word deur MIV/Vigs, of MIV-geïnfekteer is.

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

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

5.4.7.6 Kulturele voorkeure tydens berading

Tabel 23: Spesifieke kulturele voorkeure tydens berading

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

Tabel 23 toon dat slegs 6%(3) respondente verwag dat die berader die respondent se taal magtig moet wees, wat in hierdie geval 'n Afrika-taal is aangesien alle respondente getoon het dat hul moedertaal 'n Afrika-taal is. Die meerderheid respondente verkies egter dat die berader engels magtig is. Wat kultuur aanbetref blyk dit dat 84%(42) respondente dit as belangrik beskou dat die berader insig het van die respondent se kultuur, wat in hierdie studie aanduidend is van die Afrika-kultuur. In die Afrika-kultuur word daar sekere oortuigings, houdings en waardes gevind wat uniek is aan Afrikane. Daar kan byvoorbeeld gekyk word na die belang van vrugbaarheid en groot gesinne, asook gevaarlike seksuele gebruike soos “droë seks” en die Afrika-man wat die vrou as sy mindere beskou. Die berader behoort dus die Afrika-vrou met MIV te benader met insig van haar kultuur asook die situasie waarin die vrou haarself bevind as gevolg van haar minderheidstatus in die Afrika-kultuur. Whiteside en Sunter (2000:59) is van mening dat die vinnige verspreiding van MIV onder Afrikane veral verband hou met die vlak van seksuele aktiwiteit, die tipe geslagsomgang en die verskeidenheid van seksmaats. Die navorser is van mening dat laasgenoemde drie faktore sterk geïntegreer kan word met die Afrika-kultuur aangesien al hierdie faktore direk terug gevoer kan word na die oortuigings, houdings en waardes wat huidiglik onder Afrikane gevind word. Dit is dan nie vir die navorser verbasend dat die meerderheid respondente in hierdie studie van mening is dat die berader oor insig van die respondent se kultuur behoort te beskik nie. Tabel 23 toon laastens dat respondente nie probleme sou ondervind indien die berader vanuit 'n ander gemeenskap of etniese groep as die van die respondent afkomstig is nie.

5.4.7.7 Verwagtinge gestel aan MIV-berader

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

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

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

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

5.4.7.8 Sterwensbegeleiding

Tabel 24: Wanneer sterwensbegeleiding benodig word

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

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

oor bogenoemde wil gesels terwyl hul nog gesond genoeg is om belangrike sake met gesinslede te bespreek. Aangesien respondente meer as een antwoord kon gee by hierdie vraag blyk dit dat die respondent se gesin ook van belang was en 18%(9) respondente het verder genoem dat hul oor die dood en sterfte wil praat wanneer hul kan sien dat gesinslede rou ervaar. Die navorser is oortuig dat die MIV-berader sterwensbegeleiding behoort te inisieer wanneer die kliënt nog gesond genoeg is om belangrike sake af te handel. Daar moet byvoorbeeld gekyk word na verliese wat deur die kliënt, maar ook betekenisvolle ander ervaar sal word. Sterwensbegeleiding is dus tweeledig van aard wanneer dit kom by emosionele maar ook praktiese sake, en nie net die kliënt bystaan word nie, maar ook betekenisvolle ander bygestaan word. Hoffman (1996:143) het in haar navorsing gevind dat baie MIV-beraders wegstroom van sterwensbegeleiding, terwyl dit in hierdie fase van die beradingsproses juis nodig is dat die berader die kliënt help om op 'n konkrete en emosionele vlak voor te berei vir die dood. Die dood behoort dus gekonfronteer te word op 'n wyse wat betekenisvol sal wees vir die kliënt. Die kliënt behoort gehelp te word om spanning, onsekerheid, eensaamheid en ander gevoelens wat mag voorkom, te verbaliseer ten einde berusting en aanvaarding te vind, en dus gehelp word om met waardigheid te sterf.

5.4.7.9 Aspekte van bespreking tydens sterwensbegeleiding

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

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

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

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

Tabel 25: Bespreking van sekere aspekte tydens sterwensbegeleiding

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5 Samevatting

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

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

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

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