

RIGLYNE VIR DIE FAMILIE TER ONDERSTEUNING VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT

GEDINA EUREKA DE WET

Hons.B.Soc.Sc (Verpleegkunde) U.O.V.S Bloemfontein

B.Soc.Sc (Verpleegkunde) U.O.V.S Bloemfontein

B.A (Verpleegkunde) UNISA Pretoria

Gevorderde Diploma in Verpleegbestuur PU vir CHO Potchefstroom

Verhandeling voorgelê ter nakoming van die vereistes vir die graad Magister Curationis (Gemeenskapsverpleegkunde) by die Skool vir Verpleegkunde in die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus.

Studieleier: Dr E du Plessis

Medestudieleier: Prof HC Klopper

Mei 2007

Potchefstroom

“The ultimate meaning of man’s life is not a matter of his intellectual cognition, but rather of his existential commitment. Through his personal religion man takes a stand and makes a choice”.

Viktor Frankl

ERKENNING EN DANKBETUIGINGS

Al die eer en dank gaan aan my Hemelse Vader vir sy genade in my geestelike groeiproses en die pad wat ek in hierdie tyd moes volg.

My opregte dank aan:

- Dr Cornelia Wessels, kollega en projekteier vir jou aanmoediging, ondersteuning en geloof in my, asook die finansiële steun deur deel te wees van die Tswaragano-projek;
- Dr Corinne Strydom vir jou vriendskap, aanmoediging en geestelike voorbeeld. Dit was 'n voorreg om saam met jou in Heuningvlei te werk;
- Befondsing van die NRF -Thuthuka as deel van die Tswaragano-projek;
- My studieleier Dr Emmerentia du Plessis en medestudieleier Prof Hester Klopper vir hulle eindelose geduld en professionele leiding in my akademiese vorming;
- Al die deelnemers aan hierdie navorsing in Heuningvlei en Potchefstroom – sonder julle sou dit nie moontlik gewees het nie;
- Veldwerkers van Heuningvlei en Potchefstroom vir julle hulp;
- My ma vir haar ondersteuning en hulp met die huishouding;
- Maria vir haar hulp met die waarneming van my take tuis en versorging van my ma en die seuns;
- My vriendin Mariza vir al jou hulp, bemoediging, ondersteuning en geloof in my;
- Antoinette en Jeannette vriendinne en kollegas vir al julle liefde, hulp, raad, en geloof in my. Dankie ook vir die vinnige kuiertjies en ondersteuning;
- Kollegas en vriendinne Mada en Petra vir julle vriendskap, liefde, ondersteuning en geloof in my. Baie dankie ook vir julle hulp en leiding in my professionele vorming. Ek waardeer dit opreg;
- Kollegas Rene en Bernice vir die hulp met vertaling van die vraelys en response van deelnemers uit Setswana in Afrikaans;
- Kollegas Marieta en Lezyda vir al julle hulp met die tik en julle liefde;

- Me Wilma Breytenbach en Dr Suria Ellis vir statistiese versorging en Mnr Jaco-Philip Ellis vir hulp met grafieke;
- Dr Rigardt Pretorius vir vertaling van vraelys in Setswana;
- Me Cecilia van der Walt vir jou vriendelikheid, liefde en hulpvaardigheid met die vertaling en taalversorging;
- Me Louise Vos, Me Ria Adelaar en Mnr Abel Khause van die Ferdinand Postma Biblioteek vir julle vriendelike en professionele hulp en geduld;
- Prof C Lessing vir die bibliografiese versorging;
- Me Rinske Vreken vir jou vriendelikheid en sorgvuldige en professionele tegniese versorging;

Oppedra aan my drie seuns Kobus, Japie en Rudi

en

ter nagedagtenis aan my pa en my boetie.

OPSOMMING

In Suid Afrika, wat die grootste MIV-geïnfekteerde populasie ter wêreld het, leef meer as 5 miljoen individue tans met MIV en VIGS (Evian, 2002:20; UNAIDS, 2004:19). Hierdie MIV-geïnfekteerde pasiënte affekteer ook weer die familiestruktuur waarbinne hulle hulle in 'n bepaalde gemeenskap bevind. Volgens Saleeby (1992:54) en ook Barnett en Blaikie (1992:34) word verskeie families in Suid Afrika geraak deur die uitdagings wat deur VIGS gestel word.

Hierdie navorsing maak deel uit van die groeprnavorsingsprojek, Tswaragano, wat handel oor 'n ondersoek na die bevoeghede, vermoëns en sterktes van die families van die MIV-positiewe pasiënt tydens die ondersteuning van die pasiënt tuis (Wessels, 2003:54). Probleme soos werkloosheid, armoede, misdaad en veranderende eise in die gemeenskappe waar hierdie families lewe en uitdagings wat toeneem, plaas geweldige stres op die families (Saleeby, 1992:54; Barnett & Blaikie, 1999:34). 'n Bose kringloop van VIGS en armoede is duidelik bevestig en daar is bevind dat persone wat met MIV en VIGS leef meer ondersteuning benodig as slegs gesondheidsorg (Booyesen *et al.*, 2004:817-826).

Uit die literatuur blyk dit dat, alhoewel hierdie MIV en VIGS-verwante inligting oorgedra word tydens voor- en na-MIV- en -VIGS-toetsberading, die oordrag van inligting nie noodwendig geslaagd is nie (Parker *et al.*, 1998:18). 'n Vraag wat dus ontstaan, is of die MIV-positiewe pasiënt en sy familie wat hom tuis ondersteun die nodige inligting bekom, goed genoeg begryp. Greeff en Du Plessis (2001:2) bevestig dat gesondheidswerkers in die Noordwes Provinsie kennis aan die MIV-positiewe pasiënt nie doeltreffend oordra nie.

Verskeie faktore dra waarskynlik by tot gebrekkige inligtingoordrag tussen die gesondheidswerker en die pasiënt. Een faktor is dat as die omgewing waarbinne inligting oorgedra word nie gemaklik is nie en dat wedersydse respek en vertroue tussen die gesondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt beperk is. Die interpretasie van inligting oor MIV en VIGS word dus belemmer (Allender & Spratley, 2001:163). 'n Verdere aspek wat in aanmerking geneem moet word, is dat MIV- en VIGS-verwante inligting op verskeie wyses deur die MIV-positiewe pasiënt verstaan en

geïnternaliseer kan word, aangesien verskeie interpretasiemoontlikhede vir inligting wat oorgedra word, bestaan (Parker *et al.*, 1998:20). Gesondheidswerkers wat die inligting aan die pasiënt oordra, bepaal egter nie altyd of die MIV-positiewe pasiënt die inligting korrek verstaan en internaliseer nie (Parker *et al.*, 1998:21).

Bogenoemde feite beperk nie alleen die MIV-positiewe pasiënt se begrip nie, maar ook uiteindelik die familie wat die MIV-positiewe pasiënt tuis moet ondersteun se begrip ten opsigte MIV en VIGS. Die familie kan beskou word as 'n primêre kern ondersteunings-hulpbron vir die MIV-positiewe pasient (Uys, 1999:2) en beperkte begrip belemmer ondersteuning tuis (Hartman, 1981:10). Hiermee word bedoel dat die gesin die "social service agency in meeting the social, educational and health care needs" van sy lede is.

Die doel van hierdie navorsing was om die MIV-positiewe pasiënt en die familie se begrip van MIV- en VIGS-verwante inligting te verken en te beskryf. Riglyne is geformuleer om die begrip van die familie van die MIV-positiewe pasiënt ten opsigte van MIV en VIGS-verwante inligting te bevorder ten einde die MIV-positiewe pasiënt se familie te bemagtig om die pasiënt tuis te kan ondersteun.

Die navorsingsontwerp is kwantitatief verkennend en beskrywend van aard. Dit behels 'n loodsstudie in die Kagiso-distrik, Vryburg-streek (Bophirima) van die Noordwes-Provinsie. Die werklike navorsingstudie is in die Primêre Gesondheidsklinieke in die Potchefstroom-distrik van die suidelike streek in die Noordwes Provinsie uitgevoer.

Doelgerigte beskikbaarheidsteekproefneming is uitgevoer (Burns & Grove, 2001:376; Brink, 1996:141; Abramson & Abramson, 1999:70; Bainbridge, 1989:46). Geselekteerde gesondheidswerkers tree vrywillig as tussengangers op om MIV-positiewe pasiënte en hulle families wat bereid is om aan die navorsing deel te neem en aan gestelde kriteria voldoen, te identifiseer, en behulpsaam te wees met die invul van vraelyste.

Die vraelyste is deur die frekwensie-metode ontleed met hulp van die Statistiese Konsultasiediens van die Noordwes Universiteit, Potchefstroomkampus en aan die hand van tabelle en grafieke weergegee (Brink, 1996:499; Burns & Grove, 1997:430).

Uit die navorsing is bevind dat, alhoewel MIV en VIGS-verwante inligting oorgedra, daar steeds baie leemtes rakende die begrip van hierdie inligting voorkom. Dit het betrekking op sowel die MIV-positiewe pasiënt en die families van hierdie pasiënt.

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat die voorgestelde riglyne ter bemagtiging van families van die MIV-positiewe pasiënte om hierdie pasiënte tuis te ondersteun dus aangewese en belangrik is. Die navorser is ook van mening dat families te midde van moeilike omstandighede hulle eie sterktes as families sal beseft as hulle die nodige kennis en vaardighede kan aanleer.

Aanbevelings is vir verpleegonderwys, vir die praktyk van die gemeenskapsverpleegkundige asook vir verpleegnavorsing aan die hand gedoen.

Riglyne is geformuleer om die familie van die MIV-positiewe pasiënt te bemagtig om die pasiënt tuis te kan ondersteun.

Kernbegrippe

Begrip en oordrag van MIV en VIGS-verwante inligting, ondersteuning, MIV-positiewe pasiënt, Familie en Gesondheidswerkers.

SUMMARY

In South Africa, which has the largest HIV infected population world-wide, more than 5 million individuals presently live with HIV and AIDS (Evian, 2002:20; UNAIDS, 2004:19). These HIV-infected patients in turn affect the family structure within which they find themselves in a specific community. According to Saleeby (1992:54) and Barnett and Blaikie (1992:34), several families in South Africa are affected by the challenges posed by AIDS.

This research forms part of the group research project, Tswaragano, which deals with an investigation into the competencies, abilities and strengths of the family of the HIV-positive patient while supporting the patient at home (Wessels, 2003:54). Problems such as unemployment, poverty, crime and changed demands in the community where these families live and increased challenges place a tremendous amount of stress on the families (Saleeby, 1992:54; Barnett & Blaikie, 1992:34). A vicious circle of AIDS and poverty is clearly confirmed and it has been found that people who live with HIV and AIDS need more support than health care alone (Booyesen *et al.*, 2004:817-826).

It is evident from the literature that, although information regarding HIV and AIDS is conveyed during pre- and post-HIV and AIDS test counselling, the transmission of information is not necessarily successful (Parker *et al.*, 1998:18). A question which hence arises is whether the HIV positive patient and his family who support him at home fully grasp the necessary information. Greeff and Du Plessis (2001:2) confirm that health workers in the North-West Province do not convey the information effectively.

Several factors probably contribute to defective information transfer between the health worker and the patient. One factor is that if the environment within which information is conveyed is not comfortable and mutual respect and trust between the health worker and the HIV positive patient is limited, the interpretation of information on HIV and AIDS is impaired (Allender & Spratley, 2001:163). A further aspect that should be taken into consideration is that HIV and AIDS-related information can be understood and internalised by the HIV positive patient in different ways, since several interpretation possibilities exist for information that is conveyed (Parker *et al.*, 1998:20). Health workers who convey the information to the patient does however not always determine

whether the HIV positive patient understands and internalises the information correctly (Parker et al., 1998:21).

The facts mentioned above not only limit the HIV positive patient's understanding but also eventually the understanding of the family who have to support the HIV positive patient at home, regarding HIV and AIDS. The family can be seen as a primary core support resource for the HIV positive patient (Uys, 1999:2), and limited understanding impairs support at home (Hartman, 1981:10). With this is meant that the family is the "*social service agency in meeting the social, educational and health care needs*" of its members.

The aim of this research was to investigate and describe the understanding of the HIV positive patient and the family regarding HIV and AIDS-related information. Guidelines were formulated to promote the understanding of the family of the HIV positive patient regarding HIV and AIDS-related information with the view to empower the family of the HIV positive patient in order to be able to support the patient at home.

The research design was quantitative and descriptive by nature. It entails a pilot study in the Kagiso district, Vryburg area (Bophirima) of the North-West Province. The actual research study was performed in the Primary Health Clinics in the Potchefstroom district of the southern area of the North-West Province.

Purposive sampling was performed (Burns & Grove, 2001:376; Brink, 1996:141; Abramson & Abramson, 1999:70; Bainbridge, 1989:46). Selected health workers acted voluntarily as go-betweens to identify HIV positive patients and their families who are prepared to participate in the research and who answer to the criteria, and to assist in filling out the questionnaires.

The questionnaires were analysed by means of the frequency method with the assistance of the Statistical Consultation Services of the North-West University, Potchefstroom Campus and reported on by means of tables and graphs (Brink, 1996:499; Burns & Grove, 1997:430).

From the research it was found that, although information transfer regarding HIV and AIDS does take place, there still are many voids in respect of the understanding of this information and this pertains to HIV positive patient as well as the families.

The researcher has come to the conclusion that the proposed guidelines in order to empower families of the HIV-positive patients to support these patients at home

therefore is obvious and important. Furthermore, the researcher is of opinion that families amidst the difficult circumstances will realise their own strengths if they could acquire the necessary knowledge and skills.

Recommendations were made for nursing education, for the practice of the community nurse as well as for nursing research.

Guidelines were formulated to empower the family of the HIV positive patient to be able to support the patient at home.

Core concepts

Understanding and transferring of HIV and AIDS-related information, support, HIV-positive patient, Family, and Health workers.

INHOUDSOPGAWE

ERKENNING EN DANKBETUIGINGS	iii
OPSOMMING	vi
SUMMARY	ix
HOOFSTUK 1 ORIËNTERING TOT DIE STUDIE	1
1.1 Rasionaal vir studie	1
1.2 Navorsingsdoelstellings	4
1.3 Paradigmatiese perspektief	4
1.3.1 Metateoretiese-aannames	4
1.3.1.1 Die mens	5
1.3.1.2 Gesondheid	6
1.3.1.3 Die omgewing	6
1.3.1.4 Siekte	7
1.3.1.5 Verpleging	7
1.3.2 Teoretiese aannames	8
1.3.2.1 Sentraal teoretiese argument	8
1.3.2.2 Modelle	8
1.3.2.3 Begripsomskrywings	9
1.3.3 Metodologiese aannames	14
1.4 Oorsig van navorsingsontwerp en -metode	15
1.4.1 Navorsingsontwerp	15
1.4.2 Teoretiese raamwerk	15
1.4.3 Navorsingsmetode	16
1.4.3.1 Steekproef	16
1.4.3.2 Data-insameling	17
1.5 Etiese aspekte	19
1.6 Riglyne	19
1.7 Verloop van die studie	20
1.8 Samevatting	20
HOOFSTUK 2 'N TEORETIESE RAAMWERK VAN DIE STUDIE	21
2.1 Inleiding	21
2.2 Die individu as pasiënt met MIV en VIGS	23

2.2.1	Inleiding	23
2.2.2	MIV- en VIGS-verwante inligting.....	24
2.2.2.1	Oorsprong	24
2.2.2.2	Geskiedkundige verloop	25
2.2.3	MI-virus as retrovirus	27
2.2.3.1	Klassifikasie van die MI-retrovirus	27
2.2.3.2	Virale struktuur en funksies	28
2.2.3.3	Lewensiklus van die MI-virus.....	30
2.2.3.4	Uitwerking van die MI-virus op die immuunstelsel.....	31
2.2.3.5	Oordrag en verspreiding van die MI-virus.....	32
2.2.3.6	Verskillende fases van VIGS	39
2.2.4	Geletterdheid en oordrag van inligting rakende MIV en VIGS	44
2.2.5	Samevatting	46
2.3	Die invloed van miv en vigs op die familie van die miv-positiewe pasiënt.....	46
2.3.1	Die familie van die MIV-positiewe pasiënt	46
2.3.2	Sosio-ekonomiese toestande en armoede	50
2.3.3	Samevatting	53
2.4	Die funksionering van die gemeenskap waarbinne die MIV- positiewe pasiënt hom bevind	53
2.4.1	Erosie van die sosiale strukture in die gemeenskap.....	54
2.4.2	Verbrokkeling van gesinstrukture	54
2.4.3	Stigma	56
2.4.4	Gemeenskapsbetrokkenheid.....	57
2.4.5	Gesondheidsmodelle en teoretiese perspektiewe	58
2.4.6	Mites.....	61
2.4.7	Kultuur, MIV en VIGS	62
2.4.8	Opsomming	63
2.5	Die gesondheidswerker	64
2.5.1	Kategorieë van gesondheidswerkers in klinieke.....	64
2.5.2	Die rol en funksie van die gesondheidswerker	65
2.5.3	Kommunikasiestrategieë	67
2.5.4	Doeltreffende kommunikasie tydens berading.....	69
2.5.5	Kommunikasie struikelblokke	70

2.5.5.1	Gebrekkige kennis van die ander se kultuur asook houdings teenoor ander kulture	70
2.5.5.2	Stereotipering en vooroordele van die gesondheidswerker met betrekking tot die MIV-positiewe pasiënt	71
2.5.5.3	Empatie vir die MIV-positiewe pasiënt deur die gesondheidswerker	72
2.5.5.4	Te min selfvertroue	72
2.5.5.5	Te min vertroue	73
2.5.6	Kommunikasiekategorieë	73
2.5.7	Faktore wat kommunikasie beïnvloed	74
2.5.7.1	Persoonlikheid	74
2.5.7.2	Emosies	75
2.5.7.3	Verwysingsraamwerk	75
2.5.8	Kommunikasie met die oog op sosiale verandering	75
2.5.9	Opsomming	76
2.6	Die interaksie tussen die pasiënt en gesondheidswerker om voldoende begrip te bevorder	76
2.6.1	Inleiding	76
2.6.2	Oordrag van inligting rakende MIV en VIGS	77
2.6.2.1	Doeltreffende oordrag van inligting	78
2.6.2.2	Faktore wat die oordrag van inligting rakende MIV en VIGS kan beïnvloed	80
2.6.2.3	Wyses van inligtingoordrag	80
2.6.3	Voorligting	83
2.6.4	Berading	84
2.6.4.1	Doel en definisie van berading	84
2.6.4.2	Belangrikheid van berading	86
2.6.4.3	Vaardighede ten opsigte van berading	87
2.6.4.4	Beradingsproses	88
2.6.4.5	Fases van die beradingsproses	89
2.6.4.6	Die beradingsomgewing	90
2.6.4.7	Die nasionale regeringsbeleid	90
2.6.4.8	Die beginsels van MIV-berading en -toetsing	91
2.6.4.9	Die doelwitte	91

2.6.4.10	Die voordele van voortoetsberading	92
2.6.4.11	Aspekte wat tydens berading aandag moet geniet.....	93
2.6.4.12	Voortoets-beradingsproses	94
2.6.4.13	Natoetsberadingsproses.....	96
2.6.5	Beradingsmodelle.....	98
2.6.5.1	Sisteemmodel.....	98
2.6.5.2	Carcuff se ontwikkelingsmodel vir hulp.....	99
2.6.5.3	Die persoon-gesentreerde model	100
2.6.6	Verwysingsnetwerke vir ondersteuning van die MIV-positiewe pasiënt.....	105
2.6.6.1	Aard van ondersteuning	106
2.6.6.2	Funksies van 'n verwysingsnetwerk	107
2.6.7	Ondersteuning	108
2.6.8	Huidige mediese behandeling van MIV en VIGS.....	108
2.6.8.1	Agtergrond rakende antiretrovirale medikasie	109
2.6.8.2	Beginsels van antiretrovirale behandeling	110
2.6.8.3	Aanvangs van antiretrovirale behandeling "HAART"	111
2.6.8.4	Voordele van antiretrovirale medikasie.....	113
2.6.8.5	Nadele van antiretrovirale medikasie.....	113
2.6.8.6	Nuwe effekte van antiretrovirale behandeling.....	114
2.6.8.7	Monitering van antiretrovirale behandeling.....	116
2.6.8.8	Weerstandigheid teen antiretrovirale medikasie.....	116
2.6.8.9	Getrouheid aan die antiretroviralemedikasie-regimen	118
2.6.8.10	Faktore wat getrouheid van die neem van antiretrovireale medikasie kan beïnvloed	119
2.6.8.11	alternatiewe medikasie en komplimentêre behandeling	122
2.7	Opsomming	125
2.8	Samevatting	133
HOOFSTUK 3	NAVORSINGSONTWERP EN -METODE.....	135
3.1	Inleiding	135
3.2	Die navorsingsontwerp	135
3.2.1	Kwantitatiewe opname	135
3.2.2	Die navorsingskonteks	136
3.2.2.1	Loodsstudie – Heuningvlei	137

3.2.2.2	Werklike opname - Potchefstroom.....	139
3.3	Navorsingsmetode.....	143
3.3.1	Loodsstudie in Heuningvlei.....	143
3.3.1.1	Steekproef.....	143
3.3.2	Die werklike opname in Potchefstroom	146
3.3.3	Data-insameling.....	147
3.3.3.1	Ontwikkeling van die instrument.....	147
3.3.3.2	Geldigheid van die vraelys	150
3.3.3.3	Betroubaarheid.....	152
3.3.3.4	Opleidingsessies vir geïdentifiseerde gesondheidswerkers	152
3.3.4	Die rol van die tussenganger.....	153
3.3.5	Data-ontleding	154
3.4	Etiese aspekte.....	154
3.4.1	Fundamentele etiese beginsels ter beskerming van deelnemers..	155
3.4.2	Prosedures en meganismes ter beskerming van menseregte.....	155
3.4.3	Meganismes ter versekering van anonimiteit	156
3.4.3.1	Die risiko-voordeel-ratio.....	157
3.4.3.2	Verantwoordelikheid om die regte van die deelnemers te respekteer	158
3.4.3.3	Verantwoordelikheid om resultate mee te deel.....	159
3.4.3.4	Verantwoordelikheid om die korrekte prosedure te volg om toestemming vir die uitvoer van die navorsing te verkry	160
3.4.3.5	Die verantwoordelikheid om navorsing van hoë gehalte te doen ..	160
3.5	Samevatting	161
HOOFSTUK 4	NAVORSINGSRESULTATE	162
4.1	Inleiding	162
4.2	Realisering van die navorsing	162
4.2.1	Loodsstudie.....	163
4.2.2	Werklike opname.....	164
4.3	Bespreking van die navorsingsresultate.....	167
4.3.1	Die loodsstudie in Heuningvlei	167
4.3.2	Werklike opname in Potchefstroom	168
4.3.3	Opsommende afleidings gemaak uit resultate van Vraelys 1	198

4.3.4	Om die begrip van die miv-positiewe pasiënt se familie rakende MIV- en VIGS-verwante inligting te verken en te beskryf: Vraelys 2	200
4.3.5	Opsommende afleidings gemaak uit resultate tenopsigte van vraelys 2	221
4.4	Vergelyking tussen die resultate van die MIV-positiewe pasiënte en dié van die familielede	222
4.5	Finale gevolgtrekkings uit die navorsing van beide vraelyste	224
4.6	Samevatting	227
HOOFSTUK 5	GEVOLGTREKKINGS UIT NAVORSING EN RIGLYNE OM DIE FAMILIE VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT TE ONDERSTEUN, ASOOK TEKORTKOMINGE VAN DIE NAVORSING EN AANBEVELINGS VIR DIE PRAKTYK, ONDERRIG EN NAVORSING.....	228
5.1	Inleiding	228
5.2	Gevolgtrekkings.....	228
5.3	Voorgestelde riglyne om die familie van die MIV-positiewe pasiënt te bemagtig om die pasiënt tuis te ondersteun.....	240
5.3.1	Die bemagtiging van die familie van die MIV-positiewe pasiënt deur middel van oordrag van inligting rakende basiese versorging van dié pasiënt	241
5.3.1.1	Uitklaring van begrippe.....	241
5.3.1.2	Die basiese versorging van die siek persoon in 'n familie opset....	241
5.3.1.3	Bemagtiging van familielede ten opsigte van die behoeftes van die MIV-positiewe pasiënt.....	242
5.3.2	Die belang van die gesondheidswerker in die lewe van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie.....	243
5.3.2.1	Die belangrikheid van oordrag van MIV- en VIGS-verwante inligting	243
5.3.2.2	Die belangrikheid van verwysing en skakeling met die multiprofessionele span om die familie van die MIV- positiewe pasient te ondersteun	245
5.3.3	Die rol van die gemeenskap om die familie van die MIV-positiewe pasiënt te ondersteun	246

5.4	Aanbevelings	256
5.4.1	Aanbevelings vir verpleegonderwys	256
5.4.2	Aanbevelings vir verpleegnavorsing	257
5.4.3	Aanbevelings vir die verpleegpraktyk	258
5.5	Beperkinge van hierdie studie	258
5.6	Evaluering van die studie	259
BRONNELYS	262
BYLAES	276

LYS VAN TABELLE

Tabel 2.1	Die basiese behoeftes van die individu	23
Tabel 2.2:	Die verhouding tussen die immuunstelsel, die CD4-seltelling en die limfosietelling	32
Tabel 2.3	Modelle en teoretiese perspektiewe rakende gesondheids gedrag	59
Tabel 2.4	Beradingsmodelle.....	103
Tabel 2.5	Opsomming van hoofkonsepte, subkonsepte en gevolgtrekkings gebaseer op die teoretiese raamwerk rakende MIV en VIGS verwante inligting.....	126
Tabel 3.1	Heuningvlei – Biografiese data.....	138
Tabel 3.2	Heuningvlei – kliniekinligting.....	139
Tabel 3.3	Biografiese inligting – Potchefstroom-distrik.....	140
Tabel 3.4	Aantal gesondheidswerkers en pasiëntbesoeke in Potchefstroom klinieke	140
Tabel 4.1	Vraelyste aan MIV-positiewe pasiënte in primêre gesondheidsorgklinieke	166
Tabel 4.2	Vraelyste deur familieledede van die MIV-positiewe pasiënte ingevul	167
Tabel 4.3	Ondersteuning deur die MIV-positiewe pasiënt se familieledede	195
Tabel 4.4	Meedeel van die MIV-positiewe status aan ander familieledede of vriende.....	197
Tabel 4.5	Opsomming van verbalisering van belewenisse van die MIV- positiewe pasiënte ten opsigte van stigmatisering, soos blyk uit die oopantwoord-vrae	198
Tabel 4.6	Betroubaarheid van vrae deur Chronbach alpha	223
Tabel 4.7	Bepaling van effekgroottes deur middel van Cohen se d-waarde .	224
Tabel 5.1	Gevolgtrekkings uit teoretiese raamwerk en empiriese data uit navorsingsresultate	229
Tabel 5.2	Die operasionalisering van riglyne ter bemagtiging van die familie van die MIV-positiewe pasiënt.....	248

LYS VAN FIGURE

Figuur 2.1	Die pasiënt-gesondheidswerker-interaksie binne die konteks van die oordrag van MIV en VIGS verwante inligting 22
Figuur 2.2	Skematiese voorstelling van 'n MIV-virion (Wilson <i>et al.</i> , 2004:5)... 29
Figuur 2.3:	Sellulêre reseptore en lewensiklus van MIV (Evian, 2000:6)..... 31
Figuur 2.4:	Die verskillende fases van MIV en VIGS (Van Dyk, 2001:67) 40
Figuur 3.1:	Die Vryburg- en suidelike distrik in die Noordwes-Provinsie..... 137

LYS VAN DIAGRAMME

Diagram 4.1	Ouderdomsgroepe van MIV-positiewe deelnemers.....	169
Diagram 4.2	Die beroepstatus van die MIV-positiewe deelnemers.....	170
Diagram 4.3	Die inkomstebron van die MIV-positiewe deelnemers	171
Diagram 4.4	Die huwelikstatus van MIV-positiewe deelnemers.....	172
Diagram 4.5	Skoolopleiding van die MIV-positiewe pasiënte.....	174
Diagram 4.6	Die graad van skoolopleiding van die MIV-positiewe pasiënte	175
Diagram 4.7	Seksuele praktyke, seksueel oordraagbare siektes en kondoomgebruik	179
Diagram 4.8	Mites en seksuele oordrag van die MI-virus	180
Diagram 4.9.	Sosiale optredes en die oordrag van die MI-virus	182
Diagram 4.10	Begrip van die oordrag van die MI-virus deur bloed, naalde en skerp voorwerpe	183
Diagram 4.11	Die begrip van die oordrag van die MI-virus tydens swangerskap, geboorte en borsvoeding	185
Diagram 4.12	Inligting rakende MIV en VIGS deur die MIV-positiewe pasiënt bekom.....	186
Diagram 4.13	Begrip ten opsigte van vroeë simptome van MIV en VIGS.....	188
Diagram 4.14	Begrip van die MIV-positiewe pasiënt ten opsigte latere simptome van MIV en VIGS.....	190
Diagram 4.15	MIV-positiewe status van MIV-positiewe pasiënt bekend aan familie	192
Diagram 4.16	Familie-ondersteuning aan die MIV-positiewe pasiënt	193
Diagram 4.17	Die geslag van die familieledede as primêre versorgers van MIV- positiewe pasiënte	201
Diagram 4.18	Beroepstatus van die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt as versorgers.....	202
Diagram 4.19	Skoolopleiding van familieledede van die MIV-positiewe pasiënt as primêre versorgers	205
Diagram 4.20	Die graad van die skoolopleiding van die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt as primêre versorgers.....	205

Diagram 4.21	Begrip van die MIV-positiewe pasiënt se familieledes rakende MIV en VIGS	208
Diagram 4.22	Mites en opvattinge van die MIV-positiewe pasiënt se familieledes rakende MIV en VIGS.....	209
Diagram 4.23	Sosiale optredes en oordraagbaarheid van die MIV-virus	211
Diagram 4.24	Begrip van oordrag van die MIV-virus deur bloed, naalde en skerp voorwerpe.....	212
Diagram 4.25	Begrip van rakende inligting oor die oordrag van die MIV-virus tydens swangerskap, die baringsproses en borsvoeding	214
Diagram 4.26	Inligtingsbronne van familieledes rakende MIV en VIGS.....	215
Diagram 4.27	Begrip van Familieledes van die MIV-positiewe pasiënt rakende vroeë simptome van MIV en VIGS	217
Diagram 4.28	Begrip van familieledes van die MIV-positiewe pasiënt rakende latere simptome van MIV en VIGS	219

BYLAES

Bylaag A:	Request: research in clinics in Potchefstroom with the Tswaragano Project.....	277
Bylaag B:	Brief aan Departement gesondheid van die Noordwes-provinsie ..	278
Bylaag C:	Goedkeuring vir eksperimentering met mense (kwalitatiewe navorsing).....	279
Bylaag D:	Toestemming Gesondheidswerkers in Heuringvlei.....	280
Bylaag E:	Toestemming Gesondheidswerkers	284
Bylaag F:	Toestemming Gesondheidswerkers in Potchefstroom	285
Bylaag G:	Toestemming om as deelnemers op te tree	289
Bylaag H:	Werksskedule tydens data insameling	292
Bylaag I:	Vraelys aan die MIV-positiewe pasiënt.....	295
Bylaag J:	Vraelys aan die familie van die MIV-positiewe pasiënt	312
Bylaag K:	Analise van oop einde vrae aan die MIV-positiewe pasiënt: Vraelys 1	323

HOOFSTUK 1

ORIËNTERING TOT DIE STUDIE

1.1 RASIONAAL VIR STUDIE

Hierdie navorsing maak deel uit van die groeprnavorsingsprojek, Tswaragano, wat handel oor 'n ondersoek na die bevoegdheid, vermoëns en sterktes van die familie van die MIV-positiewe pasiënt tydens die ondersteuning van die pasiënt tuis (Wessels, 2003:54). Volgens Saleeby (1992:54), sowel as Barnett en Blaikie (1992:34), word verskeie families in Suid-Afrika geraak deur die uitdagings wat VIGS aan hulle stel. Hierdie outeurs meen dat probleme soos werkloosheid, armoede, misdaad en veranderende eise in die gemeenskappe waar hierdie families lewe die uitdagings laat toeneem, wat stres gevolglik kan meebring.

Uit 'n studie in die Vrystaat deur Booyesen *et al.*, (2004:817-826) is dié bese kringloop van VIGS en armoede bevestig deurdat aangedui is dat persone wat met MIV en VIGS leef meer ondersteuning as slegs basiese gesondheidsorg benodig. Die hoofokus van hierdie navorsingstudie is om die begrip van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie rakende MIV- en VIGS-verwante inligting te verken en te beskryf ten einde riglyne te formuleer om inligtingoordrag te bevorder en die familie van die MIV-positiewe pasiënt te bemagtig om die pasiënt tuis te kan ondersteun.

Volgens die *Aids Epidemic Update* van Desember 2004 (UNAIDS, 2004d:1-2) het die aantal persone wat MIV positief is, die afgelope paar jaar uitermate gestyg, en die wêreldwye impak van VIGS as 'n pandemie is onmiskenbaar. Die getal persone wat wêreldwyd met die MIV-virus geïnfekteer is, is in 2004 as 39,4 miljoen aangedui (UNAIDS, 2004d:1). Volgens hierdie statistiek het MIV en VIGS reeds sodanig versprei dat 'n totaal van ongeveer 4,9 miljoen nuwe gevalle in 2004 wêreldwyd aangemeld is. 'n Beraamde 25,4 miljoen MIV-geïnfekteerde pasiënte wêreldwyd kom in die sub-Saharastreek voor (UNAIDS, 2004d:3). Suid-Afrika is steeds die substreek in die wêreld wat die meeste geïnfekteer is met 'n beraamde 5,3 miljoen persone wat MIV positief is (UNAIDS, 2004d:2). Daar word geraam dat 2,3 miljoen sterftes in 2004 in Suid-Afrika aan MIV, VIGS en verwante opportunistiese toestande toe te skryf was (UNAIDS, 2004d:3).

Aangesien hierdie navorsing in die Noordwes-Provinsie plaasvind, word statistiek spesifiek ten opsigte van hierdie konteks weergegee. In 2003 is 'n voorkoms van 29,9% ten opsigte van MIV en VIGS in hierdie Provinsie gerapporteer, soos in 'n opname deur die "*National HIV and Syphilis Sero-Prevalence Survey of Women Attending Public Antenatal Clinics in South Africa*" bevind is (UNAIDS, 2004:1). 'n Publikasie van die Departement Gesondheid ná 'n opname in voorgeboorteklinieke oor die voorkoms van MIV en sifilis in die Noordwes-Provinsie in 2004 dui egter aan dat die voorkoms van MIV en VIGS 'n geringe afname na 26,7% getoon het (Departement Gesondheid, 2004:5). Greeff en Du Plessis (2001:2) beaam dat MIV en VIGS in die Noordwes-Provinsie 'n realiteit is wat dringende optrede verg. Wat uiters belangrike is, is dat die gesondheidswerker MIV- en VIGS-verwante inligting tydens voor- en na-MIV- en -VIGS-toetsberading moet oordra.

Oordrag van MIV- en VIGS-verwante inligting tydens voor- en na-MIV- en VIGS-toetsberading deur die gesondheidswerker is van kardinale belang. Hierdie inligting is bepalend om die MIV-positiewe pasiënt in staat te kan stel om toepaslike en voldoende inligting aan sy familie oor te dra om hulle in staat te stel om die MIV-positiewe pasiënt te ondersteun (Evian, 2000:50).

Uit die literatuur blyk dit dat, alhoewel hierdie inligting tydens voor- en na-MIV- en VIGS-toetsberading oorgedra word, dit nie noodwendig geslaagd is nie (Parker *et al.*, 1998:18). Greeff en Du Plessis (2001:2) wys op die probleem dat kennisoordrag aan die MIV-positiewe pasiënt deur gesondheidswerkers in die Noordwes-Provinsie gebrekkig is.

Verskeie faktore dra waarskynlik by tot die gebrekkige inligtingsoordrag. Een daarvan is dat, wanneer die omgewing waarbinne inligting oorgedra word nie vir die pasiënt gerusstellend is nie en wedersydse respek en vertroue tussen die gesondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt nie na wense is nie, die interpretasie van inligting oor MIV en VIGS belemmer word (Allender & Spratley, 2001:163). Die oordrag van 'n MIV-positiewe resultaat aan 'n pasiënt kan 'n interne krisis in hierdie pasiënt se lewe veroorsaak en kan ook die sinvolle begrip van MIV-verwante inligting belemmer (Evian, 2000:50).

'n Verdere aspek wat in aanmerking geneem moet word, is dat MIV- en VIGS-verwante inligting op verskeie wyses deur die MIV-positiewe pasiënt verstaan en geïnternaliseer kan word, aangesien verskeie interpretasiemoontlikhede vir inligting wat oorgedra word,

bestaan (Parker *et al.*, 1998:20). Gesondheidswerkers wat die inligting aan die pasiënt oordra, stel egter nie altyd vas of die MIV-positiewe pasiënt die inligting korrek verstaan en internaliseer nie (Parker *et al.*, 1998:21; Evian, 2000:50).

'n Faktor wat ten nouste hierby aansluit, is die feit dat hoofsaaklik Westerse kommunikasiebenaderings tydens die oordrag van inligting toegepas word (Parker *et al.*, 1998:16), terwyl die gebruik van meer tradisionele kommunikasiestelsels die begrip van MIV-positiewe pasiënte wat 'n Afrosentriese siening van die wêreld handhaaf, sou kon bevorder (Parker *et al.*, 1998:16; Boikanyo, 2001:24). Stigmatisering, selfs deur goed ingeligte en opgevoede professionele persone, kan ook as 'n faktor beskou word wat die oordrag van MIV- en VIGS-verwante inligting beïnvloed (Parker *et al.*, 1998:16).

Verder het dit die navorser as gemeenskapsverpleegkundige opgeval dat beperkte tyd, finansiële steun en beskikbare gesondheidspersoneel, fasiliteite wat te klein is vir die aanbied van voorligting in groepe, 'n gebrek aan beskikbare inligtingsmateriaal soos strooibiljette en inligtingsblaadjies in verskillende tale asook die hoë pasiëntlading in klinieke daartoe bydra dat inligting ten opsigte van MIV en VIGS nie altyd optimaal oorgedra word nie. Dit kan aanleiding gee daartoe dat MIV-positiewe pasiënte inligting óf nie ontvang nie óf dit nie werklik verstaan en internaliseer nie. Dit lei daartoe dat die MIV-positiewe pasiënt nie sy MIV-positiewe status aanvaar nie en as MIV-positiewe persoon nie aanpassings maak ten opsigte van sy lewenstyl nie.

Bogenoemde beperk nie alleen die MIV-positiewe pasiënt se begrip van MIV en VIGS nie, maar ook uiteindelik dié van die familie wat die MIV-positiewe pasiënt tuis moet ondersteun. Die familie kan beskou word as 'n primêre ondersteuningshulpbron vir die MIV-positiewe pasiënt (Uys, 1999:6) en beperkte begrip belemmer ondersteuning tuis (Hartman, 1981:10). Hartman (1981:10) meen ook dat die familie van die MIV-positiewe pasiënt die "social service agency in meeting the social, educational and health care needs" van sy lede is, wat daarop dui dat, indien die familie die MIV- en VIGS-verwante inligting begryp, die familie die pasiënt fisies, psigies en sosiaal beter kan ondersteun en onderrig. Uys (1999:6) noem ook dat die familie 'n groot rol speel in opvatting ten opsigte van gesondheidsgedrag, soos die getroue neem van medikasie soos deur die gesondheidswerkers voorgeskryf en die benutting van ondersteuningsnetwerke. Die probleem is egter dat die MIV-positiewe pasiënt nie sy MIV-positiewe status aan sy familie oordra nie as gevolg van verskeie faktore en die familie van hierdie pasiënt dus nie weet hoe om hom te ondersteun nie. Uit 'n ongepubliseerde verslag oor

'n voorondersoek in Potchefstroomdistrik gedoen deur Roux en Wessels (1999) is bevind dat daar 'n behoefte aan kennis rakende MIV- en VIGS-verwante inligting by families van MIV-positiewe pasiënte bestaan. Dit is ook die navorser se mening dat families van die MIV-positiewe pasiënt bemagtig behoort te word om die pasiënt sinvol te kan ondersteun.

Die volgende navorsingsvrae spruit voort uit die voorafgaande :

1. Wat is die MIV-positiewe pasiënt se begrip rakende MIV- en VIGS-verwante inligting?
2. Wat is die familie van die MIV-positiewe pasiënt se begrip rakende MIV- en VIGS-verwante inligting?
3. Wat kan gedoen word om die familie van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV- en VIGS-verwante inligting te bemagtig om die MIV-positiewe pasiënt tuis te kan ondersteun?

1.2 NAVORSINGSDOELSTELLINGS

Die doel van hierdie navorsing is:

1. Om die begrip van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV- en VIGS-verwante inligting te verken en te beskryf.
2. Om die begrip van die MIV-positiewe pasiënt se familie rakende MIV- en VIGS-verwante inligting te verken en te beskryf.
3. Om riglyne te formuleer ter bevordering van die begrip rakende MIV- en VIGS-verwante inligting van die MIV-positiewe pasiënt se familie ten einde hulle te bemagtig om die pasiënt tuis te kan ondersteun.

1.3 PARADIGMATIESE PERSPEKTIEF

Die paradigmatiese perspektief bestaan uit metateoretiese, teoretiese en metodologiese aannames en word as sodanig bespreek.

1.3.1 METATEORETIESE-AANNAMES

Die Verplegingsteorie vir Menssheelheid (Oral Roberts University, Anna Vaugh School of Nursing, soos aangepas die deur Randse Afrikaanse Universiteit, 1992) handhaaf

aannames ten opsigte van die mens, gesondheid, siekte en verpleging en word deur die navorser as vertrekpunt gebruik. Hierdie Verplegingsteorie vir Menssheelheid is gebaseer op 'n Judeo-Christelike wêreldbeskouing waarin die Bybel as bron van waarheid beskou word. Hierdie teorie beïnvloed telkens die navorsingsbesluite van die navorser. Dié teorie, die filosofie van die navorser en dié van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus, is kongruent, naamlik dat al drie gegrond is op 'n Christelike benadering. Verder stem die navorser met Wolters (1992:2-4) saam dat 'n lewensbeskouing van Christene deur die Bybel gevorm word en dat Christene voortdurend hulle lewensbeskouing aan die Skrif moet toets. Die navorser gebruik bogenoemde filosofiese sienings as gids om aannames te formuleer ten opsigte van die mens, gesondheid, omgewing en verpleging.

1.3.1.1 DIE MENS

Die navorser sien die mens as 'n unieke Godgeskape eenheidswese wat in sy strewe na heelheid op 'n biopsigososiale en geestelike wyse funksioneer. Hierdie mens beskik oor die vermoë om op 'n verantwoordelike wyse interaksie tussen sy interne en eksterne omgewing te laat plaasvind en kan besluite neem wat sy eie gesondheid kan beïnvloed. Die mens is ook aanpasbaar en aanspreeklik vir sy dae.

In hierdie navorsing verwys *mens* na die gesondheidswerker asook die MIV-positiewe pasiënt en sy familie wat voortdurend na persoonlike heelheid streef en poog om heelheid by homself asook by ander deur middel van interaksie te fasiliteer. Alhoewel die wyse waarop die MIV-positiewe pasiënt geïnfekteer geraak het, nie noodwendig met die waardes van die gesondheidswerker ooreenstem nie, word daar steeds van die gesondheidswerker verwag om die opdrag van die liefdesgebod uit te voer en die MIV-positiewe pasiënt nie te verwerp nie, maar by te staan. Die besluite van die MIV-positiewe pasiënt kan ander persone, byvoorbeeld sy familie, fasiliterend of belemmerend beïnvloed. Die MIV-positiewe pasiënt en sy familie as mens bestaan nie in isolasie nie, maar word deur ander mense beïnvloed, asook deur eksterne omstandighede soos stigmatisering van die MIV-positiewe pasiënt.

In hierdie navorsing sal die MIV-positiewe pasiënt enige persoon wees wat positief toets vir die menslike immuuniteitsgebreekvirus. Daar sal na die pasiënt as *hy* of *sy* in die besitlike vorm verwys word, maar is ook op *sy* of *haar* in die besitlike vorm van toepassing (Minnie, 2003:8).

1.3.1.2 GESONDHEID

Die navorser beskou *gesondheid* as 'n globale term wat verwys na 'n persoon se fisieke, psigososiale, emosionele en geestelike lewe en welstand (Daniels, 2005:848). Gesondheid kan kwalitatief op 'n kontinuum van minimum tot maksimum gesondheid beskryf word en die gesonde persoon beskik ook oor die potensiaal om siek te word. Die gesonde persoon funksioneer as 'n heel mens en sy liggaamstelsels funksioneer normaal, en harmonie en 'n begrip van 'n gesonde leefwyse kom voor, wat tot lewensgehalte lei.

Vir die doeleindes van hierdie navorsingstudie word daar nie na gesondheid verwys as bloot die afwesigheid van die MIV-virus of simptome van opportunistiese siekte-simptome nie. Gesondheid beteken hier eerder dat die MIV-positiewe persoon ná voor-en na-MIV- en VIGS-toetsberading begrip toon van MIV- en VIGS-verwante inligting om 'n gesonde lewenswyse wat tot lewensgehalte lei, te handhaaf. Dit behels ook dat die familie van die MIV-positiewe pasiënt begrip van MIV- en VIGS-verwante inligting moet toon om hom te kan ondersteun.

1.3.1.3 DIE OMGEWING

Die konsep *omgewing*, sluit 'n interne en eksterne omgewing in. Die interne omgewing bestaan uit liggaamlike, psigiese en geestelike dimensies, terwyl die eksterne omgewing op sy beurt bestaan uit fisiese, sosiale en geestelike dimensies. Kenmerkende wyses van interaksie tussen die interne en eksterne omgewing bepaal die gesondheidsstatus van die mens.

Vir die doeleindes van hierdie navorsing is belangrike faktore in die interne omgewing van die MIV-positiewe persoon sy intellek, emosies, wil, waardes en etiese beginsels. Die gesondheidsvoorligting en berading deur die gesondheidswerker tydens voor- en na-MIV- en VIGS-toetsberading sowel as die familie- en kulturele konteks as komponente van die sosiale dimensie, maak deel uit van die eksterne omgewing van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie waarin die MIV-positiewe pasiënt sekere ingeligte besluite oor sy lewenshandelinge en lewensgehalte moet neem.

1.3.1.4 SIEKTE

Siekte word as die teenoorgestelde van gesondheid en/of heelheid beskou. Dit is 'n dinamiese toestand wat die mens se reaksie op stresfaktore in sy interne en eksterne omgewing weerspieël. Siekte word veroorsaak deur stressors wat die interaksie tussen die eksterne en die interne omgewing belemmer. Siekte kan kwalitatief op 'n kontinuum van ernstige tot minimale siekte beskryf word.

Vir die doel van hierdie navorsing is die pasiënt nie noodwendig reeds fisies siek nie, maar kan wel al stres beleef as gevolg van sy MIV-positiewe status en dit kan kognitief sy gesondheid beïnvloed, so ook sy familie.

Die populasie wat in hierdie navorsing ondersoek word, is die MIV-positiewe pasiënt wat reeds bewus is van sy MIV-positiewe status deurdat 'n gesondheidswerker voor- en na-MIV- en VIGS-toetsberading gedoen het. Die feit dat 'n persoon MIV positief is, asook die bekommernis van die pasiënt oor sy eie lewensverwagting en die feit dat die MIV-positiewe pasiënt ook sy seksmaat met die MI-virus kon geïnfekteer het, kan as stressors in sy interne omgewing beskou word. In watter mate en op watter wyse die MIV-positiewe pasiënt op hierdie stressors in sy interne omgewing optree, sal afhang van die belewenis van sy MIV-positiewe status en die optrede van die gesondheidswerker tydens die voor- en na-MIV- en VIGS-toetsberading.

1.3.1.5 VERPLEGING

Verpleging is 'n omvattende diens wat daarop gerig is om die gesondheid van die individu binne die gemeenskap te bevorder, te handhaaf en te herstel en word as volg omskryf:

- Bevordering van gesondheid verwys na verplegingsaktiwiteite wat bydra tot 'n groter mate van heelheid van die MIV-positiewe pasiënt in die familie binne die gemeenskap. Die gesondheidswerker bevorder dus die gesondheid van die MIV-positiewe pasiënt, mits inligting oor die voorkoming van MIV en VIGS korrek aan die pasiënt oorgedra word. Sodoende kan die MIV-positiewe pasiënt ook inligting rakende sy status aan sy familie oordra om op hierdie wyse die familie te help bemagtig om hom te ondersteun.
- Handhawing van gesondheid verwys na verplegingsaktiwiteite wat gerig is op die voortsetting en instandhouding van die gesondheidstatus van die MIV-positiewe

pasiënt, families en/of gemeenskappe. Vir die doeleindes van hierdie navorsing word gesondheid bevorder, mits die gesondheidswerker inligting oordra met die oog daarop dat die pasiënt se gesondheid solank as moontlik gehandhaaf kan word. Dit is dus ook waarop die klem in hierdie navorsing val.

- Herstel van gesondheid verwys na die verplegingsaktiwiteite wat help om die gesondheidstatus van die MIV-positiewe pasiënt binne die familie en gemeenskap na die vlak te herstel waar die beste moontlike lewensgehalte ervaar word.

Vir die doel van hierdie navorsing is verpleging die diens wat deur die gesondheidswerker gelewer word met die oog daarop om die gesondheid van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie te bevorder en te handhaaf en families te bemagtig om die MIV-positiewe pasiënt te kan ondersteun.

1.3.2 TEORETIESE AANNAMES

Die sentraal teoretiese argument, modelle asook die konseptuele omskrywings wat op hierdie navorsing van toepassing is, word vervolgens bespreek.

1.3.2.1 SENTRAAL TEORETIESE ARGUMENT

Die verkenning en beskrywing van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie se begrip rakende MIV- en VIGS-verwante inligting bied 'n raamwerk vir die formulering van riglyne ter bevordering van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie se begrip. Die implementering van die riglyne kan daartoe lei dat die MIV-positiewe pasiënt se familie bemagtig word om die pasiënt tuis te kan ondersteun.

1.3.2.2 MODELLE

Verskillende modelle wat op hierdie navorsing van toepassing is, word kortliks genoem en sal tydens die beskrywing van die teoretiese raamwerk in hoofstuk 2 bespreek en toegepas word, (Daniels, 2005:850; Donigan & Malnati, 1997:2-3; Van Dyk, 2000:200; Rennie, 1998:1-6),naamlik:

- Die "Health- Belief "-model van Rosenstock;
- Die "High-Level Wellness"-model van Dunn;

- Die “Health Promotion”-model van Pender;
- Sisteem-model;
- Carkhuff se ontwikkelingsmodel vir hulp;
- Persoongesentreerde model (Karl Rogers).

1.3.2.3 BEGRIPSOMSKRYWINGS

Die volgende konsepte wat in hierdie navorsing voorop staan, word soos volg omskryf:

- **VERWORWE IMMUNITEITSGEBREKSINDROOM (VIGS)**

VIGS is 'n multisistemiese toestand van ernstige immuno-onderdrukking as gevolg van die Menslike immuniteitsgebreekvirus, in die laat-simptomaties stadium van die siekte, waarvan opportunistiese infeksies, neoplasmas, neurologiese disfunksie en 'n verskeidenheid ander simptome tipies is. Tydens hierdie stadium van die siekte is die virale lading hoog en die CD4 T-Limfosiëttelling baie verlaag (Merck Manual, 2001:1; AIDS Fact Sheet 2000:1; Pratt, 2003:430; Wilson *et al.*, 2004:54-55). Die akroniem *VIGS*, soos deur Van Dyk (2003:4) beskryf, staan vir verworwe immuniteitsgebreekindroom en word veroorsaak deur een van twee tipes retrovirusse wat immuunonderdrukking tot gevolg het.

Die volgende stadia kan tydens *VIGS* as siektetoestand waargeneem word, soos beskryf in Evian (1993:23), Pratt (2000:81-95), Wilson *et al.*, (2004:54-55 en 57), naamlik:

- * Die eerste stadium is dié waartydens dit goed gaan met 'n pasiënt en die MIV-positiewe pasiënt asimptomaties is.
- * Dan volg 'n toestand waarin die pasiënt met matige simptome manifesteer.
- * Daarna tree die simptomaties fase in, waartydens die pasiënt baie siek is;
- * Die finale fase tree in as die pasiënt sterwend is.

- **MENSLIKE IMMUNITEITSGEBREKSVIRUS (MIV)**

Die *MI-virus* veroorsaak *VIGS*. In reaksie hierop vorm die liggaam teenliggaampies om hierdie virus teen te staan. Die *MI-virus* is in bloed, semen en vaginale vloeistof gekonsentreer en word hoofsaaklik oorgedra deur seksuele omgang, deur moeder-tot-

kind-oordrag en deur gekontamineerde spuite wat deur dwelmgebruikers gedeel word. Sodra hierdie teenliggaampies in die mens se bloedstroom gevind word, is hy MIV positief (Merck Manuel 2001:1, AIDS Fact Sheet 1 2000:1, Wilson et al., 2004:15-16, Pratt, 2003:26-28).

- **GESONDHEIDSWERKERS**

Gesondheidswerkers sluit vir die doel van hierdie navorsing die volgende kategorieë werkers in:

- * Geregistreerde verpleegkundiges in klinieke wat by die Suid- Afrikaanse Raad op Verpleging as verpleegkundiges en wel ook as gemeenskaps-verpleegkundiges geregistreer is. Die geregistreerde verpleegkundiges wat aan hierdie navorsing deelneem, is ook opgelei om Vrywillige Berading en Toetsing (VBT) te doen. Hierdie beradingskursusse word deur nie-regerings-organisasies (NRO's), "Life-line" of "Seboka" vir verpleegkundiges aangebied. Die gesondheidswerker is 'n onafhanklike praktisyn wat persoonlik verantwoordelik is vir sy dade, besluite neem en 'n diens aan die gemeenskap lewer. Deur die kombinering van kennis, ondervinding en vaardighede fasiliteer die gemeenskapsverpleegkundige die handhawing, bevordering en ook herstel van gemeenskaps-gesondheid. Die gemeenskapsverpleegkundige het die bevordering van gesondheid van die totale gemeenskap ten doel en sy aktiwiteite is gemik op die hele populasie (Clark,1999:13). Gemeenskapswerkers is nie-professionele werkers wat onder die toesig van die geregistreerde verpleegkundige funksioneer. Gesondheidswerkers is deel van die Plaaslike Owerheid se werkerskorps en gee gesondheidsvoorligting en bied ook berading aan pasiënte in klinieke en ook tydens tuisbesoeke in die gemeenskap aan. 'n Sertifikaatkursus in Vrywillige Berading en Toetsing (VBT) deur nie-regeringsorganisasies (NRO's) soos "Life-line" of "Seboka" word vir gemeenskapswerkers aangebied. Hierdie kategorie gesondheidswerkers mag slegs berading aan 'n pasiënt bied en mag nie die bloedtoets doen nie.
- * Gesondheidsvoorligters is nie-professionele en werk onder die toesig van die geregistreerde verpleegkundige om hoofsaaklik gesondheidsifting te doen en ook om gesondheidsvoorligting en berading aan pasiënte te bied in veral

mobiele klinieke asook tydens huisbesoeke in die gemeenskap. Beradingskursusse word deur nie-regeringsorganisasies (NRO's), soos "Life-line" of "Seboka" vir gesondheidsvoorligters aangebied. Hierdie kategorie gesondheidswerkers mag slegs berading aan 'n pasiënt bied en mag nie die bloedtoets doen nie.

- * 'n Vrywillige werker verwys na 'n persoon wat uit vrye wil en ongedwonge, sonder enige vergoeding, 'n bepaalde lekediens aan die MIV-positiewe pasiënt onder die toesig van die geregistreerde verpleegkundige lewer. Hierdie diens is aanvullend tot die diens van die gesondheidswerker wat deur die gesondheidsorg-instansie aangestel is (soos aangepas uit Kritzinger & Labuschagne (1998:1107). 'n Sertifikaatkursus in Vrywillige Berading en Toetsing (VBT) deur nie-regerings organisasies (NRO's), "Life-line" of "Seboka", vir vrywillige werkers aangebied. Hierdie kategorie gesondheidswerkers mag slegs berading aan 'n pasiënt bied en mag geen bloedtoets doen nie.
- * Mediese dokters in klinieke en in die Potchefstroom Hospitaal wat hulle gemeenskapsjaar verrig en Primêre gesondheidsorg asook berading doen.
- * Privaat mediese praktisyns in Potchefstroom wat in 'n privaatpraktyk funksioneer en pasiënte in 'n privaat hoedanigheid behandel. Hierdie take van die praktisyn sluit dan ook berading in en toetsing vir die MI-virus van sy privaat pasiënt op aanvraag.
- * Ander gesondheidswerkers soos maatskaplike werkers, aptekers en dieetkundiges is ook in kliniek-opset werksaam.

• OORDRAG VAN INLIGTING

Oordrag van inligting aan 'n persoon is 'n integrale deel van die praktyk van die verpleegkundige en moet toepaslik en kultuursensitief wees vir die behoeftes van die persoon aan wie inligting oorgedra word sodat internalisering en begrip van inligting kan plaasvind. Daniels (2005:107-108) haal Lester (1998:29) aan, naamlik: "You need to present the information in a way that the patient grabs onto what is important to him/her. We need to learn how to present teaching so that people can hear it. If people can't hear it, then we will not succeed in what we are trying to teach".

Inligtingoordrag moet aan sekere vereistes voldoen en kultuursensitief wees (Daniels, 2005:108), naamlik:

- * Stel die vlak van opvoeding van pasiënt vas en hou dit in gedagte.
- * Bepaal watter taal die pasiënt magtig is.
- * Evalueer die kennis waaroor die pasiënt ten opsigte van die onderwerp beskik.
- * Stel die persepsie en behoeftes vas.
- * Klaar verbale en nie-verbale boodskappe uit.
- * Laat die pasiënt die inligting wat oorgedra is, reflekteer.
- * Som inligting wat oorgedra is, op.

• **ONDERSTEUNING**

Ondersteuning beteken dat die gesondheidswerker vir die MIV-positiewe pasiënt beskikbaar moet wees. Daar is bewys dat ondersteuning 'n afname in hierdie pasiënt se gevoel van hopeloosheid en depressie teweeg bring (O'Connor & Yalom, 1997:141). Dit is in hierdie navorsing veral belangrik waar MIV en VIGS die pasiënt sowel as sy familie raak. Ondersteuning kan fisies, psigologies of sosiaal van aard wees (Daniels, 2005:864). Rinken (2000:113) meen dat veral ondersteunende sosiale verhoudings die mees tersaaklike aspek is vir bemagtiging, daarom is dit op hierdie navorsing van toepassing, aangesien riglyne ter bemagtiging van die familie van die MIV-positiewe pasiënt hierin aanbeveel word.

• **BERADING**

Die navorser ondersteun omskrywings wat Evian (2000:167) en Tschudin (1987:1) met betrekking tot berading gee. Berading is hiervolgens die proses wat die gesondheidswerker kan aanbied om 'n persoon wat 'n probleem ondervind, te help om die probleem te verwerk, deur aan die pasiënt die geleentheid te bied om sy probleem te verken en te ontdek en oplossings te vind. Berading is dus nie net die gee van inligting nie en neem ook nie die pasiënt se probleem oor nie, maar behels by uitstek om na 'n pasiënt te luister, nie alleen na wat die pasiënt sê nie, maar ook wat hy nié sê nie, om sodoende die pasiënt te fasiliteer om die probleem op te los. Hierdie berading is te alle tye 'n vertroulike proses tussen die MIV-positiewe pasiënt en die gesondheidswerker. Na

aanleiding van Johnson se beskrywing (soos aangehaal deur Van Dyk, 2001b:200) is berading 'n gestruktureerde gesprek wat ten doel het om 'n persoon se terugslag ten opsigte van sy lewensgehalte te fasiliteer.

Die navorser ondersteun ook die siening van Allender en Spratley (2001: 173), naamlik dat berading nie net die gee van advies is nie maar dat dit ook behels dat die pasiënt aangemoedig word om self sy besluite te neem.

- **VOOR- EN NA-MIV- EN VIGS-TOETSBERADING**

Voor- en na-MIV- en VIGS-toetsberading behels berading voordat MIV- en VIGS-toetsing plaasvind sowel as berading wanneer die uitslag van die bloedmonster wat vir toetsing geneem is, aan die persoon bekendgemaak word. Voor- en na-MIV- en -VIGS-toetsberading behels ook begeleiding van die MIV-positiewe pasiënt om met sy MIV-positiewe status saam te leef. Berading behels begeleiding deur die gesondheidswerker in die klinieke, van die MIV-positiewe pasiënt rakende die betekenis van die siekte, die vordering van die siekte en hoe die pasiënt in hierdie omstandighede kan optree om so lank as moontlik gesond te bly deur 'n gesonde lewenstyl en veilige seksuele praktyke daarop na te hou (Hamilton & Dinat, 2006:37-51).

- **FAMILIE**

Die *familie* is die basiese sosiale eenheid van die gemeenskap en is saamgestel uit twee of meer individue wat saamwoon en deur bloed, die huwelik, aanneming of saamwoon wat deur 'n gesamentlike ooreenkoms besluit is, verwant is (Uys,1999:11; Clark,1999:392; Daniels, 2005:1396; O' Connor et al.,1997:141). Familielede speel 'n belangrike rol in die versorging van die siek persoon asook in die gesondheids-oortuigings en –gedrag. Daniels (2005:1397) noem ook dat die familie sekere funksies het, naamlik affektiewe, sosialiserings-, ekonomiese, hanterings-, en gesondheids-bevorderingsfunksies. Tipes families wat op hierdie navorsing van toepassing is, is hoofsaaklik die uitgebreide gesin wat kan bestaan uit ouers, broers, susters, kinders, grootouers, tantes, ooms, neefs en niggies (Clark, 1999:392; Daniels, 2005:1393).

- **BEMAGTIGING**

Om 'n individu te *bemagtig* is om hom toe te rus vir 'n taak wat hy nog nie kan verrig nie. Skidmore (1995:1) meen dat as 'n individu bemagtig word om gesondheidsorg toe te pas, hy ook die verantwoordelikheid dra wat daarmee gepaard gaan.

Om die familie van die MIV-positiewe pasiënt in hierdie navorsing te bemagtig beteken om riglyne rakende MIV en VIGS te formuleer om die siek familielid te kan ondersteun. Sodoende kan families wat geaffekteer is hulle sterktes en vermoëns identifiseer en ontwikkel. Dit lei tot verantwoordelikheid en die uitbreiding van kundigheid en dit maak die familie van die MIV-positiewe pasiënt asook die res van die gemeenskap meer bewus van MIV en VIGS.

1.3.3 METODOLOGIESE AANNAMES

Die toepassing van die Botes-model in die uitvoering van die navorsingsproses verhoog geldigheid en betroubaarheid van navorsing, aangesien hierdie model spesifiek ontwikkel is vir verpleegnavorsing en dit onderskeid tref tussen drie interafhanklike vlakke van verplegingsaktiwiteite waarbinne hierdie navorsing plaasvind (Botes, 1992:36-42).

Die **eerste orde** volgens die Botes-model (Botes,1992:38) verteenwoordig die verplegingspraktyk waarbinne verpleegaktiwiteite uitgevoer word. Die verplegingspraktyk waarna in hierdie navorsing gekyk word, is die bevordering van begrip van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie rakende MIV- en VIGS-verwante inligting.

Die **tweede orde** ontwikkel vanuit die eerste orde, waarin navorsing en teorie-ontwikkeling plaasvind. Die navorser fokus in hierdie navorsing op die verkenning en beskrywing van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie rakende MIV- en VIGS-verwante inligting. Riglyne om die familie van die MIV-positiewe pasiënt te bemagtig word uit die kennis wat uit hierdie navorsing bekom is, weergegee (Botes, 1992:39).

Die **derde orde** verteenwoordig die paradigmatische perspektief waarbinne hierdie navorsing plaasvind. Die metateoretiese aannames word binne die raamwerk van die Verplegingsteorie vir Mensheelheid geselekteer (Oral Roberts University, 1990:136-142).

1.4 OORSIG VAN NAVORSINGSONTWERP EN -METODE

Die navorsingsontwerp en navorsingsmetode word vervolgens kortliks uiteengesit.

1.4.1 NAVORSINGSONTWERP

Die navorsingsontwerp is kwantitatief, verkennend en beskrywend van aard (Burns & Grove, 2005:26, 44). Dit behels 'n kontekstuele opname wat in klinieke in Heuningvlei in die Kagiso-distrik van die Vryburg-streek (Bophirima) in die Noordwes-Provinsie asook in die Potchefstroom-klinieke in die suidelike streek van die Noordwes-Provinsie uitgevoer word.

Aangesien die navorsing deel uitmaak van die Tswaragano-projek wat op die area Heuningvlei fokus, is daar besluit om die loodsstudie in hierdie area wat in die Kagiso-distrik in die Vryburg-streek (Bophirima) in die Noordwes-Provinsie voorkom, uit te voer. Die werklike opname is in die Potchefstroom-distrik in die Noordwes-Provinsie uitgevoer.

1.4.2 TEORETIESE RAAMWERK

'n Literatuurstudie word uitgevoer om die teoretiese raamwerk van die navorsing te beskryf. Die oorhoofse temas wat op die navorsing van toepassing is, word bespreek, naamlik die individu as pasiënt met MIV en VIGS, die invloed van MIV en VIGS op die familie van die MIV-positiewe pasiënt, die funksionering van die gemeenskap waarbinne die MIV-positiewe pasiënt hom bevind, die gesondheidswerker, die interaksie tussen die pasiënt en gesondheidswerker om voldoende begrip te bevorder.

Die literatuurstudie verskaf ook inhoudsgeldigheid aan die data-insamelingsinstrument, soos in 1.5.3 bespreek,

Die volgende databasisse word tydens die literatuurstudie gebruik: Medline en Ebsco-med, EBSCO Host en Nexus (huidige en voltooid navorsing) asook interbiblioteeklenings deur die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus.

1.4.3 NAVORSINGSMETODE

Die steekproef, data-insameling, loodsstudie, rol van die navorser, data-ontleding asook geldigheid en betroubaarheid word vervolgens kortliks bespreek ten einde 'n oorsig te gee. Die volledige bespreking volg in Hoofstuk 3.

1.4.3.1 STEEKPROEF

Die populasie, steekproefneming en steekproefgrootte kom vervolgens aan die beurt.

- **POPULASIE**

Die populasie vir die loodsstudie word saamgestel uit MIV-positiewe pasiënte en hulle families wat die dienste van die gesondheidsorg-klinieke in Heuningvlei, in die Kagiso-distrik, benut. Die populasie vir die werklike opname word saamgestel uit MIV-positiewe pasiënte en hulle families wat die dienste van die gesondheidsorg-klinieke in Potchefstroom in die Noordwes-Provinsie benut. Die pasiënte het reeds voor- en na-MIV- en VIGS-toetsberading ontvang en is ingelig oor hul MIV-positiewe status.

- **STEEKPROEFNEMING**

'n Doelgerigte steekproefneming word uitgevoer (Burns & Grove, 2005:40; Brink, 1996:141; **Abrahamson & Abrahamson, 1999:70**; Bainbridge, 1989:46). Geselekteerde gesondheidswerkers tree vrywillig as tussengangers op om MIV-positiewe pasiënte en hulle families wat hulle tuis ondersteun aan die hand van bepaalde kriteria te identifiseer.

Kriteria vir seleksie vir die MIV-positiewe pasiënt sowel as vir die familie van hierdie pasiënt word breedvoering in Hoofstuk 3 bespreek.

- **STEEKPROEFGROOTTE**

Die grootte van die steekproef met die invul van beide vraelyste word in samewerking met die Statistiese Konsultasiediens van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus, bepaal en ook aan die hand van die beskrywing deur Burns en Grove (2001:377) om te verseker dat dit verteenwoordigend is van die beoogde populasie in die navorsing.

Daar word dus van 'n doelgerigte steekproef gebruik gemaak, en alle pasiënte wat die agt klinieke in die bepaalde tydperk waarin die navorsing plaasvind, besoek, en wat aan die gestelde kriteria voldoen, sal versoek word om aan die navorsing deel te neem.

Indien MIV-positiewe pasiënte toestem dat hulle MIV-positiewe status aan hulle families bekend gemaak word, word die MIV-positiewe pasiënte se families vrywillig betrek.

1.4.3.2 DATA-INSAMELING

Data-insameling word kortliks hier weergegee, maar die ontwikkeling van die vraelys as instrument en die geldigheid en betroubaarheid van die instrument word indringend in Hoofstuk 3 bespreek.

- **DIE VRAELYS**

Die navorser ontwikkel twee vraelyste (Bylae I en J) uit die literatuur as data-insamelingsinstrument om MIV- en VIGS-verwante inligting en die begrip van hierdie inligting te verken. Die eerste vraelys verken die begrip van die MIV-positiewe pasiënt, en die tweede die begrip van die MIV-positiewe pasiënt se familie rakende MIV- en VIGS-verwante inligting.

- **DIE ROL VAN DIE NAVORSER**

Toestemming om hierdie navorsing uit te voer is van die volgende persone en instansies verkry, naamlik:

- * Die Etiekkomitee van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus (Bylaag C),
- * Die Hoofman van Heuningvlei, in die Kagiso-distrik, Vryburg-streek (Bophirima) in die Noordwes-Provinsie. Hierdie toestemming is mondelings tydens November 2005 verkry deurdat besoek afgelê is by die Hoofman en sy raadgewers terwyl die Tswaragano-projek bekend gestel is.
- * Die bestuurder van Primêre Gesondheidsorg, Potchefstroom subdistrik, Noordwes-Provinsie (Bylaag B).

Gesondheidswerkers by klinieke wat die navorser behulpsaam sal wees, word gewerf deurdat afsprake met hulle gereël word. Tydens hierdie afsprake word die doel van die

navorsing bespreek asook die spesifieke rol wat die gesondheidswerker as veldwerker sal vervul.

Opleidingsessies word by elk van die twee klinieke in Heuningvlei en die agt Primêre gesondheidsorgklinieke vir gewillige gesondheidswerkers as tussengangers aangebied. Tydens hierdie opleidingsessies word toestemming verkry om aan die navorsing deel te neem. 'n Volledige werkskedule van die verloop van die navorsing word ook voorsien (Bylaag H). Die vraelyste word indringend met elke groep veldwerkers deurgegaan en bespreek.

- **DIE LOODSSTUDIE**

Na die ontwikkeling van die vraelyste word 'n loodsstudie in Heuningvlei uitgevoer om inligting te verkry ten opsigte van enige probleme rakende die navorsingsontwerp en -instrument om die navorser die geleentheid te gun om dit reg te stel alvorens die data-insameling 'n aanvang neem (Cluett & Bluff, 2000:61).

Dit is belangrik om 'n loodsstudie uit te voer om sodoende naastenby te bepaal hoe lank dit die deelnemers sal neem om die vraelys in te vul sodat deeglike beplanning gedoen kan word en aanpassings daaraan aangebring kan word, waar nodig, en ook om vas te stel of vrae reg verstaan word sodat dit moontlik geherformuleer kan word (Burns & Grove, 2005:400).

- **DATA-ONTLEDING**

Die vraelyste word deur middel van die frekwensiemetode met die hulp van die Statistiese Konsultasiediens van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus ontleed, en aan die hand van tabelle en grafieke weergegee. Hierdie ontledings word in Hoofstuk 4 breedvoerig bespreek en grafies voorgestel.

- **GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID**

Aangesien dit die strewe van die navorser is om navorsing van 'n hoë gehalte te doen, word gepoog om die navorsing so akkuraat moontlik te doen. Hierdie navorsing moet aan die vereistes van geldigheid en betroubaarheid beantwoord, soos onder andere in Burns en Grove (2005:214-215) uiteengesit. Geldigheid en betroubaarheid is volgens Brink (1996:172) ten nouste verwant. Geldigheid is die vernaamste kenmerk van 'n

vraelys, aangesien dit weerspieël of dit meet wat dit veronderstel is om te meet (Uys & Basson, 1991:87; LoBiondo Wood & Haber, 2002:314).

Hierdie vraelys word vir kommentaar oor die sig- en konstruktiewe geldigheid daarvan aan kundiges voorgelê. Aanpassings word gemaak en 'n loodsstudie word uitgevoer met die oog op die verdere verfyning van die vraelys (Brink, 1996:154-157).

Die inhoudsgeldigheid van die vraelys hou verband daarmee dat vasgestel moet word of die items wat in die vraelys vervat is, verteenwoordigend begrond word in die literatuur wat die navorser wil meet (LoBiondo Wood & Haber, 2002:314, Burns & Grove, 2005:214).

Betroubaarheid dui op die mate van herhaalbaarheid en stabiliteit van die data wat verkry is (Cluett & Buff, 2000:75). Volgens Burns en Grove (2005:215) word betroubaarheid in navorsing verseker deurdat dit stabiel is ten opsigte van herhaalbaarheid. Die vernaamste voorvereiste vir die data-insamelingsinstrument en ook die gehalte daarvan is die betroubaarheid daarvan (Uys & Basson, 1991:87; Polit *et al.*, 2001:305). Volgens Burns en Grove (2001:518) moet navorsing ook billik wees, wat impliseer dat verskillende navorsers die resultate dieselfde sal evalueer.

1.5 ETIESE ASPEKTE

Die projekteier, dr CC Wessels van die Skool vir Psigososiale en Maatskaplike Studies, het etiese toestemming vir die Tswaragano-projek van die Etiekkomitee van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus, verkry (Sertifikaat-verwysingsnommer 06K07) (Bylaag C).

Die etiese aspekte wat vir hierdie navorsing in aanmerking kom, beantwoord aan die riglyne soos deur DENOSA (1998:1-7) asook Burns en Grove (2005:181) neergelê. Die volgende fundamentele etiese beginsels word deurlopend in hierdie navorsing toegepas: die beskerming van menseregte; die verantwoordelikheid om die regte van deelnemers te respekteer; en terugvoer aan die deelnemers ten opsigte van die bevindinge van die navorsing te gee. Hierdie aspekte word volledig in Hoofstuk 3 bespreek.

1.6 RIGLYNE

Die teoretiese raamwerk, sowel as die resultate wat verkry word, sal as raamwerk dien om riglyne te formuleer om die bevordering van die begrip van MIV- en VIGS-verwante inligting van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie te bevorder om sodoende die MIV-

positiewe pasiënt tuis beter te ondersteun, en wel fisies, psigies, emosioneel, geestelik en sosiaal.

Deur deduktiewe logika sal die resultate gebruik word om die riglyne te formuleer vir die familie ter ondersteuning van die MIV-positiewe pasiënt. Die voorstelle vir implementering van die riglyne word deur induktiewe logika aan die hand gedoen.

1.7 VERLOOP VAN DIE STUDIE

Die navorsing word soos volg in verdere hoofstukke ingedeel.

Hoofstuk 2: Teoretiese raamwerk van die studie

Hoofstuk 3: Navorsingsontwerp en -metode

Hoofstuk 4: Navorsingsresultate

Hoofstuk 5: Gevolgtrekkings en riglyne om die familie van die MIV-positiewe pasiënt te bemagtig ter ondersteuning van die pasiënt tuis, die tekortkominge van die navorsing en aanbevelings vir die praktyk, onderrig en navorsing.

1.8 SAMEVATTING

MIV en VIGS is 'n groot probleem met verskeie implikasies vir die MIV-positiewe pasiënt sowel as vir sy familie en ook die samelewing. Die oordrag van inligting deur die gesondheidswerker rakende MIV en VIGS aan die MIV-positiewe pasiënt op so 'n wyse dat hierdie inligting tot begrip lei, is van kardinale belang. Sodra hierdie inligting begryp en geïnternaliseer is, kan die MIV-positiewe pasiënt 'n ingeligte besluit rakende 'n gesonde lewenstyl en veilige seksuele praktyke neem. 'n Verdere probleem is dat die MIV-positiewe pasiënt nie noodwendig sy MIV-positiewe status aan sy familie bekend maak nie en die familie dus nie ingelig is rakende die MIV-positiewe pasiënt se toestand nie. Familielede is ook nie bemagtig om hulp aan die MIV-positiewe pasiënt te verleen nie. Hierdie navorsing het ten doel om riglyne ter bemagtiging van die familie van die MIV-positiewe pasiënt te formuleer om sodoende hierdie pasiënt te kan ondersteun.

HOOFSTUK 2

‘N TEORETIESE RAAMWERK VAN DIE STUDIE

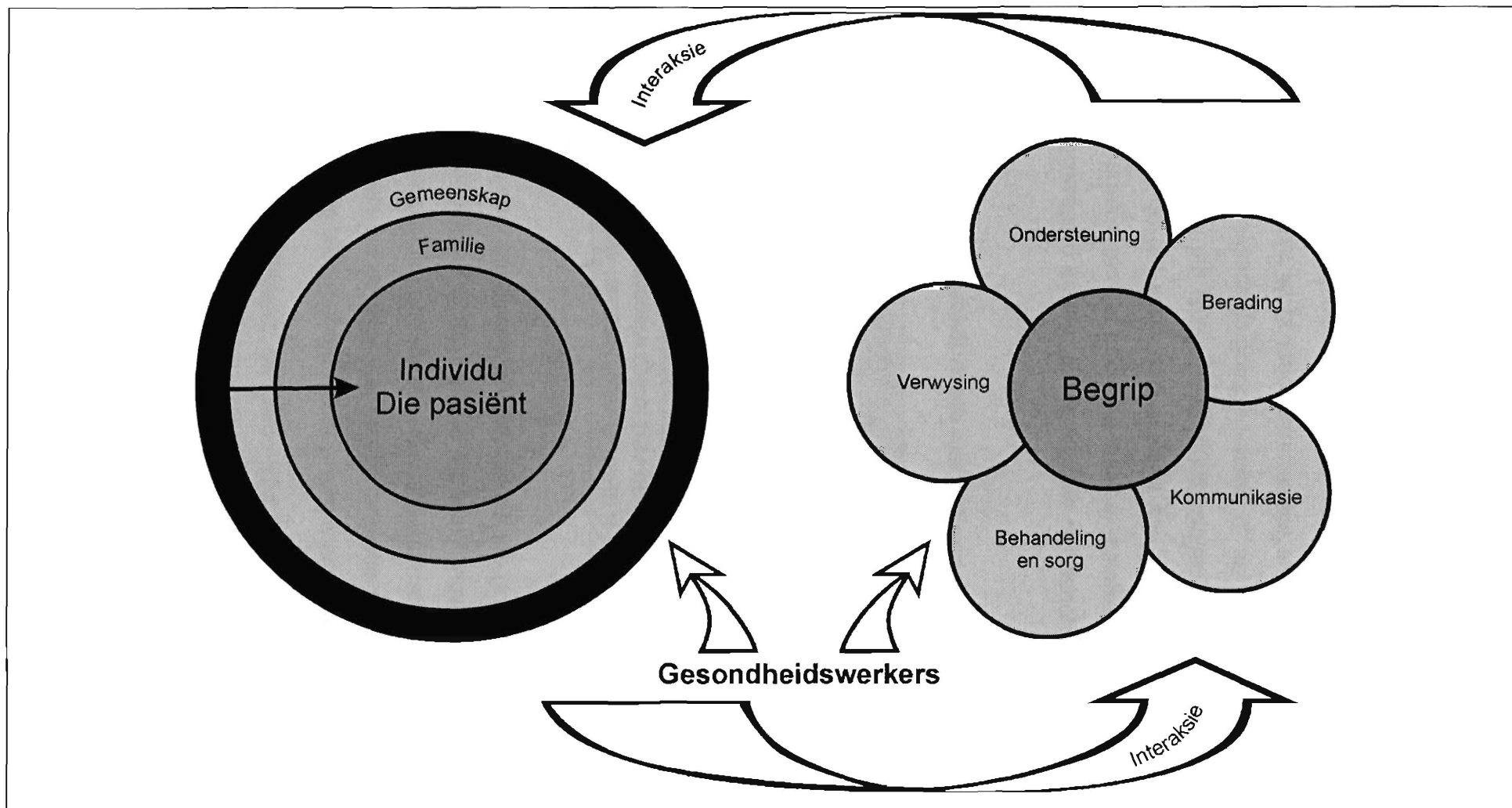
2.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk is 'n oriëntasie tot die studie gegee. Die probleemstelling, doelstelling, paradigmatiese perspektief sowel as 'n oorsig van die navorsingsontwerp en -metode wat in die navorsing toegepas is, is bespreek. In hierdie hoofstuk word 'n sintese van die literatuur weergegee wat dien as begroning vir die vraelys wat as data-insamelings instrument ontwikkel is.

Die oorhoofse temas wat op die navorsing van toepassing is, word bespreek, naamlik die individu as pasiënt met MIV en VIGS (2.2), die invloed van MIV en VIGS op die familie van die MIV-positiewe pasiënt (2.3), die funksionering van die gemeenskap waarbinne die MIV-positiewe pasiënt hom bevind (2.4), die gesondheidswerker (2.5), die interaksie tussen die pasiënt en die gesondheidswerker om voldoende begrip te bevorder (2.6), opsomming van besprekings in hoofstuk 2 (2.7) en 'n samevatting (2).

Alhoewel die besprekings in hierdie hoofstuk onder verskillende hoofde bespreek word, is dit belangrik dat die navorser uitwys dat die inligting oorvleuel. Kultuur is byvoorbeeld van toepassing op die MIV-positiewe pasiënt, maar ook die familie en die gemeenskap.

'n Diagrammatiese voorstelling is gemaak waarin die teoretiese raamwerk grafies geïllustreer is en word in Figuur 2.1 weergegee.



Figuur 2.1 Die pasiënt-gesondheidswerker-interaksie binne die konteks van die oordrag van MIV en VIGS verwante inligting

2.2 DIE INDIVIDU AS PASIËNT MET MIV EN VIGS

2.2.1 INLEIDING

Die navorser sien die mens as 'n individu en 'n unieke Godgeskape eenheidswese wat op 'n bio-psigososiale en geestelike wyse funksioneer in sy strewe na heelheid. Uys (1999:2) definieer die individu as 'n fisies-psigologies-sosiale entiteit waarin elke komponent op mekaar inwerk. Daniels (2005:864) beskryf die individu as nie alleen 'n fisiologiese wese nie, maar dat hy ook basiese behoeftes het op emosionele, sosio-kulturele, intellektuele en geestelike terreine en word as volg in tabel 2.1 weergegee. Hierdie individu verkeer deurlopend in wisselwerking met sy omgewing, familie en die gemeenskap.

Tabel 2.1 Die basiese behoeftes van die individu

Behoefte	Voorbeeld
Fisiologiese	Suurstof, water, kos klere, 'n tuiste, eliminasië, slaapaktiwiteit en geslagsomgang
Psigologiese	Eiewaarde, gevoelens wat sekuriteit, geluk en droefheid insluit
Sosio-kulturele	Gevoelens van "behoort aan" en verhoudings met andere
Intellektuele	Dink en leer
Geestelike	Om 'n doel te hê en verbind te wees aan belangrike ander persone soos 'n lewensmaat, kinders, vriende en familie

(Daniels, 2005:864)

Daniels (2005:852) is van mening dat die individu betekenis gee aan die familie-eenheid en dat aanpassings gemaak word wanneer siekte hierdie familie-eenheid binnedring. Die familie se aanpasbaarheid ten opsigte van verandering in die gezondheidstatus van 'n familielid word beïnvloed deur elke individuele familielid se eie sterkte, vermoë, hulpbronne en sosiale ondersteuningsnetwerke waaroor die familielid en familie beskik.

In hierdie navorsing is die *mens* die MIV-positiewe pasiënt, die gezondheidswerker asook die MIV-positiewe pasiënt se familie. Minnie (2003:8) voer aan dat die besluite van die MIV-positiewe pasiënt ander individue, byvoorbeeld sy familie fasiliterend of belemmerend beïnvloed. Die MIV-positiewe pasiënt en sy familie as mens bestaan nie in isolasie nie, maar word beïnvloed deur ander mense, asook eksterne omstandighede soos stigmatisering en isolasie van die MIV-positiewe pasiënt.

Die gesondheidstatus van die individu, meen Daniels (2005:850), word beïnvloed deur opvattinge, oortuigings, houdings, kulturele faktore, omgewingsfaktore, politieke stelsels, sosio-ekonomiese status, geestelike faktore, lewenstyl en gedrag van die individu. Dit is steeds belangrik dat in ag geneem moet word dat die individu ook deel uitmaak van 'n familiestruktuur wat binne 'n samelewing funksioneer soos in Figuur 2.1 illustreer word. Bogenoemde het dan ook betrekking op die familie en die gemeenskap.

Om insig te ontwikkel rakende die pasiënt met MIV en VIGS, asook om aan te dui wat MIV- en VIGS-verwante inligting behels, word die volgende bespreek: soos die oorsprong van MIV en VIGS, die geskiedkundige verloop, MIV as retrovirus en die klassifikasie hiervan, virale struktuur en funksies, lewensiklus van die MI-virus en die uitwerking hiervan op die immuunstelsel, oordrag en verspreiding, asook verskillende fases van MIV en VIGS.

2.2.2 MIV- EN VIGS-VERWANTE INLIGTING

MIV en VIGS, as een van die wêreld se grootste pandemies, word voorts bespreek. Die individu as MIV-positiewe pasiënt, en sy familie wat hom tuis ondersteun, is die primêre fokus van hierdie navorsing; dus is dit nodig om hierdie inligting indringend te bespreek.

Hierdie MIV-VIGS-verwante inligting is ook van toepassing op die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt en op die gemeenskap waarbinne die MIV-positiewe pasiënt en sy familie hulle bevind. Daar vind ook voortdurend wisselwerking tussen die MIV-positiewe pasiënt, sy familie, die gesondheidswerker en die gemeenskap plaas. Hierdie wisselwerking kan uit Figuur 2.1 afgelei word en tree fasiliterend tot die ondersteuning van die MIV-positiewe pasiënt op.

2.2.2.1 OORSPRONG

Verskeie teorieë bestaan oor die oorsprong van MIV en VIGS en word vervolgens kortliks toegelig (Evian, 2000:5; Pratt, 2003:10; Van Dyk, 2001a:5-6; Lachman, 1999:9; Barnes, 2003:07-08; Alcamo, 1997:15).

Volgens Evian (2000:5) kon die MI-virus lank reeds bestaan het voordat dit wetenskaplik beskryf is. Pratt (2003:10) noem dat MIV en VIGS nog altyd deel van die mens se lewe en aktiwiteite uitgemaak het, maar dat die spesifieke oorsprong nooit volkome aan die lig sal kom nie. Volgens Van Dyk (2001a:5-6) is 'n alternatiewe teorie, naamlik

dat die MI-virus deur wesens uit die buitenste ruimte gebruik word om mense op die planeet aarde uit te wis, beskryf, alhoewel dit nie bewysbaar is nie. 'n Suiwerder teorie wat wêreldwyd deur wetenskaplikes aanvaar word, is dat die MI-virus die "spesieskans" van primate na mense oorgesteek het toe gekontamineerde dierebloed in oop wonde van mense beland het, moontlik deur bytwonde van hierdie primate. Gedurende die twintigste eeu is hierdie dier/primate deur jagters vir voedsel geslag en geëet (Lachman, 1999:9; Barnes, 2003:7-8).

Pratt (2003:26), Barnes (2003:8) en Alcamo (1997:15) is dit almal eens dat die MI-virus moontlik verwant is aan die "Simian-immuno-onderdrukkende virus" wat in primate soos die Sjimpanse, Macaque en die Groen Afrika-aap aangetref word. Hierdie outeurs noem dat daar talle bewyse voorkom dat sogenaamde "ouwêreldse" primate in sub-Sahara Afrika, soos reeds genoem, maar ook die Manrills en die Sooty Mangabeys, met dieselfde retrovirusse as die MI-virus duisende jare lank reeds besmet is. Die "Simian-immuno-onderdrukkende virus" (SIM) is nie patogenies nie en veroorsaak nie siektes in hierdie diere nie. Die MI-virus is dieselfde as die "Simian-immuno-onderdrukkende virus" (SIM) en stem biochemies daarmee ooreen.

Aanvullend hiertoe noem Pratt (2003:26) dat daar geen bewyse bestaan vir die teorie dat orale poliovaksien gedurende die 1960's en 1970's in Afrika per abuis tydens die vervaardiging daarvan met die sjimpansee dierestam ("strain"), naamlik 'SIV', besmet is nie. Alcamo (1997:16), Barnes (2003:08) en Lachman (1999:9) bevestig dat dié polio-vaksien uit die selle van die Groen-aap gekweek word.

Die geskiedkundige verloop van MIV en VIGS word vervolgens bespreek.

2.2.2.2 GESKIEDKUNDIGE VERLOOP

Alhoewel daar vaagheid met betrekking tot die oorsprong bestaan, blyk dit dat outeurs saamstem dat hierdie sindroom die eerste keer in 1981 in die Verenigde State van Amerika beskryf is nadat 'n aantal mans 'n uiters seldsame tipe pneumonie, veroorsaak deur 'n parasiet genaamd "Pneumocystis carinii" en ook Karposi Sarkoom, 'n besonder seldsame tipe velkanker, ontwikkel het (Van Dyk, 2001a:4-5). Hierdie mans was vroeër baie gesond, tussen die ouderdomme 20 en 45 jaar en homoseksueel georiënteerd. Evian (2002:5) noem dat die mans almal ernstige immuniteitsgebreke ontwikkel het wat later aanleiding gegee het tot die ontwikkeling van die seldsame pneumonie. Pratt (2003:3) noem dat 'n verslag van die "Centre for Disease Control" in Atlanta, Georgia,

genoem het dat 26 pasiënte, almal homoseksuele mans, simptome gehad het van 'n immuun-onderdrukkende toestand wat nie aan 'n spesifieke oorsaak verwant is nie.

'n Tyd later het gesondheidswerkers in Sentraal-Afrika ook 'n nuwe siekte onder die gemeenskap beskryf. Hierdie gemeenskap was hoofsaaklik heteroseksueel georiënteerd (Evian, 2002:3). Die simptome van ernstige gewigsverlies en diarree is beskryf en die siekte is "The Slim's disease" "gedoop". Wetenskaplikes en dokters was verbyster, aangesien die oorsake en wyse van oordrag van hierdie siekte nie dadelik geïdentifiseer kon word nie.

In 1983 is ontdek dat die siekte deur 'n virus, toe genaamd "LAV" die (Limfadenopatiesgeassosieerde virus) en HTLV-11 (Human T Cell lymphotropic virus Type 111) veroorsaak is. Pratt (2003:3) asook Winiarski (1991:11) noem verder dat persone met die limfadenopatiesgeassosieerde virussiekte oor koors, nagsweet, moegheid en gewigsverlies kla. Al hierdie pasiënte het abnormale immuniteitsprofiële en hul toestand vorder tot VIGS. In Mei 1986 is hierdie virus herdoop tot die MI-virus, en die sindroom is "VIGS" genoem (Van Dyk, 2001a:4-5). Twintig jaar later is miljoene mense wêreldwyd geïnfekteer en het "VIGS" die wêreld se ernstigste openbare gesondheidsprobleem geword (Evian, 2002:3).

Pratt (2003:15) noem dat, sedert die aanvang van die epidemie, "VIGS" reeds die klassieke tekens van 'n infektiewe siekte getoon het en dat die enigste oortuigende verduideliking vir die oorsaak 'n nuwe infektiewe agens was, naamlik dat

- 'n infektiewe etiologie konstant was met geografiese groepering van vroeë gevalle;
- epidemiologiese bewyse beskikbaar is van geval-tot-geval-kontak;
- die siekte uniek is;
- 'n patroon voorgekom het wat risikogroepe raak;
- diverse groepe binne 'n spesifieke tydskaal deur die virale effekte van die virus beïnvloed word; en
- die siekte eksponensieel versprei is.

Dit is dus duidelik dat die pandemie "VIGS" 'n globale effek het en dat klassieke tekens van 'n infektiewe siekte duidelik is. Die veroorsakende agens, naamlik die MI-virus as retrovirus word vervolgens breedvoerig bespreek.

2.2.3 MI-VIRUS AS RETROVIRUS

Die MI-virus behoort tot die RNS-virusfamilie of Retroviridae. Die meeste retrovirusse word met siekte in visse, reptiele, voëls en sommige soogdiere geassosieer. 'n Retrovirus kan ongelooflike biologiese prosesse ondergaan, naamlik dat die genetiese materiaal van die virus verander deurdat 'n enkel-band-RNS 'n dubbelband-DNS word (Pratt, 2003:22; Winiarski, 1991:13). Wilson *et al.* (2004:6) beaam genoemde feit en wys daarop dat die geslaagdheid van die MI-virus op intrinsieke molekulêre biologiese eienskappe gebaseer is, asook op die patogenese van die infeksie.

Vervolgens word die klassifikasie, virale struktuur, funksie en lewensiklus van die MI-retrovirus bespreek.

2.2.3.1 KLASSIFIKASIE VAN DIE MI-RETROVIRUS

Die MI-retrovirus behoort tot die genus "Lenti-virus" van die familie "Retroviridae" en word in sewe groepe onderverdeel, waarvan twee groepe belangrik is, aangesien dit siekte in die mens veroorsaak (Pratt, 2003:22; Wilson *et al.*, 2004:15; Barnes, 2003:25; Winiarski, 1991:13). Hierdie twee virusse stem morfologies ooreen.

- MIV Tipe 1 (MIV-1) is verantwoordelik vir die globale pandemie en word met infeksies in Sentraal-, Oos- en Suid-Afrika, Noord- en Suid-Amerika en Europa geassosieer.
- MIV Tipe 2 (MIV-2) is minder patogenies en kom hoofsaaklik in Wes-Afrika voor met beperkte verspreiding na ander lande soos die Kaap Verdiese Eilande, Guinea-Bissau en Senegal. Alhoewel die MIV-2 net so gevaarlik is soos die MIV-1, neem dit langer om simptome van infeksie in die mens te ontwikkel (Van Dyk, 2001a:4-5).

Die navorser sal hoofsaaklik op MIV-1 fokus, aangesien dit 'n hoogs veranderlike tipe retrovirus is wat in Suid Afrika voorkom. MIV-1 word verder in drie groepe geklassifiseer, gebaseer op die volgende analise van die verskillende genotipes:

- **Groep M (major)-virusse:** Hierdie groep word in subtypes verdeel en daar word alfabeties daarna verwys. Hierdie subtypes is oneweredig oor die wêreld versprei, maar die sub-tipes A, C en D kom meer gereedelik in Afrika voor en die sub tipe B

meer in Europa en Amerika. Daar word beraam dat subtipe C verantwoordelik is vir meer as 90% MIV-infeksies in Suider-Afrika.

- **Groep O-virusse:** Hierdie groep is hoofsaaklik beperk tot die sentraal-Afrika-streek.
- **Groep N-virusse:** Hierdie groep is uiters seldsaam en daar is slegs 'n paar individue in Kameroen met hierdie tipe geïdentifiseer (Wilson *et al.*, 2004:16).

MIV-1 is 'n vinnig veranderlike en aanpasbare virus. As gevolg van die aard en geneigdheid daarvan tot foute van omgekeerde transkriptase en 'n hoë virale omkeer, beskik die MIV-virus oor die vermoë om vinnig aan te pas en te diversifiseer en hierdie proses hou ernstige implikasies in, naamlik (Wilson *et al.*, 2004:16).

- dat dit medikasieweerstandigheid tot gevolg het;
- dat dit nie deur die immuunstelsel opgespoor word nie;
- dat dit moontlik die effektiwiteit van 'n vaksien kan beïnvloed en;
- dat dit akkurate diagnose van die MIV-virus kan vertraag, aangesien dit nie vroegtydig opgespoor word nie – veral die virale lading in die bloed.

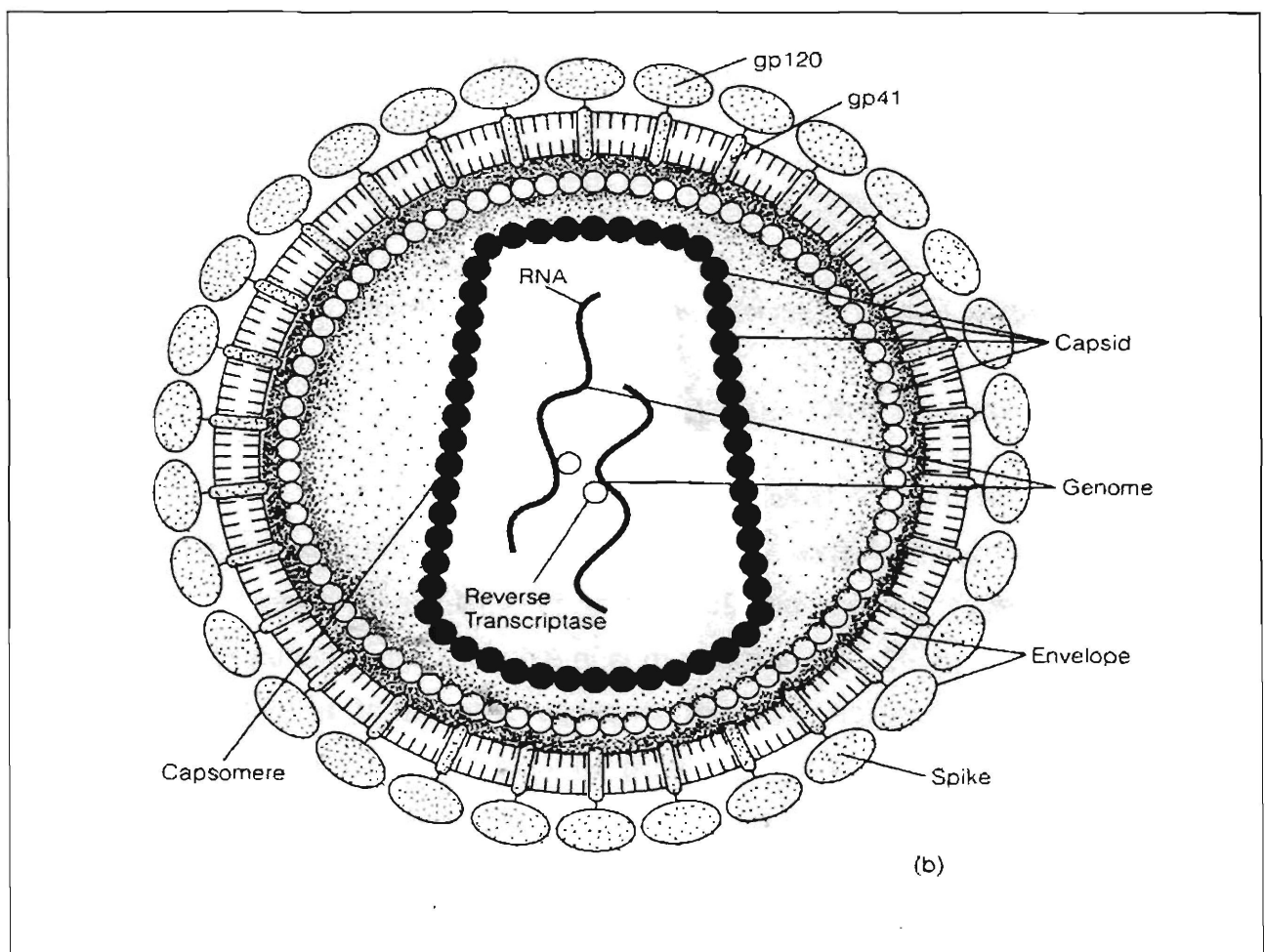
Die virale struktuur en funksies kom vervolgens aan die beurt.

2.2.3.2 VIRALE STRUKTUUR EN FUNKSIES

Die MIV-virus is rond of bolvormig met 'n deursnit van 80 nm—100 nm. Hierdie bespreking verwys na Figuur 2.2 van die navorsing. Die buitelaag van die virus bevat lipiede en word aangedui as gp 120. Aan die binnelaag is die glikoproteïene in die lipiedlaag ingebed as gp 41. Die virale kern is in die vorm van 'n konus en bevat proteïen-uitsteeksels of -projeksies, waar die genetiese materiaal of die virale RNS gehuisves word (Alcamo, 1997:3). Pratt (2003:23) en Wilson *et al.* (2004:19-20) noem dat die genetiese materiaal van die MIV-virus uit twee identiese enkelband-RNS'e bestaan. Beide hierdie enkelband-RNS'e besit positiewe polariteit en die virale ensieme kom binne die "virion" voor. Die prosesse omgekeerde transkriptase, protease en integrasie vind hierbinne plaas. Die matriksproteïene is tussen die kern en die buitenste lipiedlaag geleë (Wilson *et al.*, 2004:19-20).

Pratt (2003:17) voer verder aan dat virusse nukleiënsuur bevat, naamlik deoksiribonukleiënsuur (DNS) en ribonukleiënsuur (RNS), wat die wesenseienskap van lewe is en dus daartoe in staat is om te dupliseer. Retrovirusse is nie lewend nie maar is deeltjies genetiese materiaal wat slegs in lewende gasheerselle kan bestaan en die selle kan infekteer (Winiarski, 1991:13). Wat die MIV-virus as retrovirus egter so gevaarlik maak, is dat hierdie MIV-virus die T-helperselle wat die immuunstelsel beskerm, aanval. Hierdie T-helperselle kan hulle nie teen die virus verweer nie, en die MIV-virus versprei in die geïnfecteerde persoon se liggaam (Van Dyk, 2001a:4-5; Barnes, 2003:28).

Die proteïenuitsteeksel of -projeksies aan die buitenste lipiedlaag, soos in Figuur 2.2 aangedui, trek sekere teikenselle aan, naamlik CD4-reseptorselle (Evian, 2000:5-6). Hierdie CD4-reseptorselle is in verskeie tipes bloedselle teenwoordig, naamlik die limfosiete (CD4-helper-T-limfosiete), makrofage, monosiete, dendrietselle in die genitale kanaal en die ano-rektale streek en sekere breinselle of gliale selle (Evian, 2000:5-6).



Figuur 2.2 Skematiese voorstelling van 'n MIV-virion (Wilson et al., 2004:5).

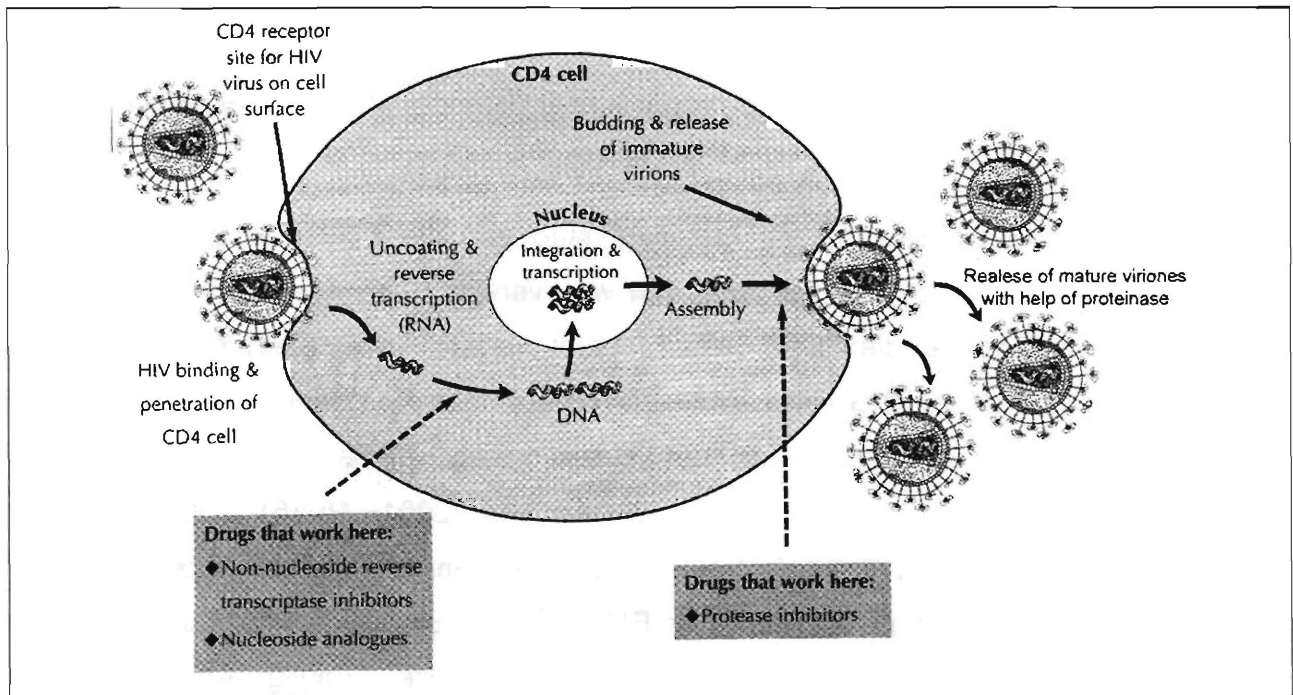
2.2.3.3 LEWENSIKLUS VAN DIE MI-VIRUS

Soos alle ander virusse kan die MI-virus ook net in 'n lewende sel as gasheer reproduseer. Virusse beskik nie oor die kritieke ensieme om onafhanklike metaboliese prosesse uit te voer nie en kan dus ook nie onafhanklik reproduseer nie. Die MI-virus kan slegs in menslike selle lewe en reproduseer (Barnes, 2003:25; Winiarski, 1991:13; Pratt, 2003:16-17).

Die glikogeen-projeksies op die buitenste laag van die MI-virus heg ferm aan die buitenste laag van die CD4-selmembraan vas (verwys in hierdie opsig na Figuur 2.2). Die MI-virus dring dan die CD4-T-helper sel met die MI-virus se eie genetiese materiaal binne, naamlik virale RNS. Die virale DNS smelt met die gasheersel se eie DNS of genetiese materiaal in die kern van die sel saam waar verskeie replikas van die virale RNS en virale proteïene vervaardig word (Van Dyk, 2001a:15-16). Op hierdie wyse word die MI-virus na die weefselselle en organe van die liggaam versprei waar dit simptome vermeerder. Uit die virale RNS en virale proteïene word nuwe MI-virusse vervaardig. Gedurende hierdie proses word die CD4-selle vernietig. Alcamo (1997:40) noem dat 'n moontlikheid bestaan dat die virus die selmembraan skeur en sitoplasma dan uit die sel kan lek wat tot die vernietiging van die sel lei. Die CD4-T-helper selle is baie belangrik vir die regulering en beheer van die immuunrespons van die liggaam deur direk of indirek die liggaam teen die indringing van sekere bakterieë, virusse, fungi en parasiete te beskerm.

Die MI-virus dring die lewende sel binne deurdat interaksie ontstaan tussen MIV-glikoproteïene en sellulêre reseptore, soos in Figuur 2.3 aangedui. Nadat binding met CD4-reseptorselle plaasgevind het, beweeg die virale genetiese materiaal in die gasheer of CD4-sel in en verbind met die DNS van die gasheersel, soos in Figuur 2.3 gedemonstreer. Twee molekules van 'n enkelband-RNS heg aan die molekules van die ensiem-omgekeerde transkriptase, wat virale RNS in pro-virale DNS verander sodra die virus die gasheersel binnedring (Pratt, 2003:25). Alcamo (1997:30) noem dat die funksie van omgekeerde transkriptase naamlik is om DNS te sintetiseer en die RNS-templaar te gebruik om die gasheersel binne te dring. Nuwe MI-virusse vorm binne die gasheersel, vermenigvuldig en vernietig dan die gasheersel. Hierdie nuwe MI-virusse word in die bloedstroom vrygestel waar verdere CD4-selle aangeval en vernietig word (Evian, 2000:5-6). Die immuunstelsel van die geïnfecteerde persoon verswak stelselmatig totdat die persoon VIGS ontwikkel. Hierdie nuwe MI-virusse raak volwasse en

word nou infektief as gevolg van die virale protease-ensieme. Die volwasse virus beweeg deur die selmembraan en neem dele van die sellulêre lipiedlaag saam om volwasse virusdeeltjies te vorm (sien Figuur 2.3) (Wilson *et al.*, 2004:21).



Figuur 2.3: Sellulêre reseptore en lewensiklus van MIV (Evian, 2000:6).

2.2.3.4 UITWERKING VAN DIE MI-VIRUS OP DIE IMMUUNSTELSEL

Sodra die MI-virus die liggaam binnedring, val dit die CD4- of T-helperselle direk aan, en dit is ook die unieke respons wat die MI-virus so gevaarlik en fataal maak. Alcamo (1997:34) noem dat die primêre teiken van die MI-virus die immuunstelsel en meer spesifiek die T-limfosiete is. Die unieke en dodelikste eienskap van die MI-virus is dus dat hierdie spesifieke virus die belangrikste verdedigende selle van die immuunstelsel van die liggaam aanval, naamlik die T-helperselle of die CD4-selle en stelselmatig die aantal gesonde T-helperselle laat krimp en ook die vermoë van die immuunstelsel so ondermyn dat dit die liggaam nie meer teen uitwendige patogene kan verdedig nie (Van Dyk, 2001a:6-7).

Tabel 2.2 gee 'n aanduiding van die verhouding tussen die immuunstelsel, die CD4-seltelling en die limfosietelling (Evian, 2000:26).

Tabel 2.2: Die verhouding tussen die immuunstelsel, die CD4-seltelling en die limfosieltelling

Immuunstelsel	CD4-seltelling	Limfosieltelling
Gesond — geen simptome	> 500 – 600 selle/mm	> 2599 selle/mm
Geringe simptome	350-500 selle/mm	1000-2500 selle/mm
Ernstige simptome en opportunistiese siektes	200-350 selle/mm	500-1000 selle/mm
VIGS	<200 selle/mm	500-1000 selle/mm

Bron: Evian (2000:26).

2.2.3.5 OORDRAG EN VERSPREIDING VAN DIE MI-VIRUS

Hierdie inligting is belangrik vir die MIV-positiewe pasiënt, sy familie, die gemeenskap asook die gesondheidswerker (verwys na Figuur 2.1). Hierdie inligting behoort veral in ag geneem te word tydens die oordrag van MIV- en VIGS-verwante inligting. Met die formulering van riglyne word gepoog om die familie van die MIV-positiewe pasiënt te bemagtig om die pasiënt te kan ondersteun. Die begrip rakende die verspreiding van die MI-virus is nie net van belang vir die familie van die MIV-positiewe pasiënt nie, maar ook vir die breë gemeenskap waarvan die MIV-positiewe pasiënt en sy familie deel uitmaak. Die navorser hoop dus om van die onkunde wat onder gemeenskappe rakende MIV en VIGS bestaan, die nek in te slaan.

Die oordrag en verspreiding van MIV weens onkunde, onbeskermdse seksuele omgang, gekontamineerde bloed, moeder-tot-kind-oordrag en sosio-ekonomiese faktore word vervolgens bespreek.

Evian (2002:5) en Pratt (2003:26) stem saam dat faktore soos die migrasie van mense oor lang afstande op verbeterde pad-, trein- en lugroetes asook internasionale reise, sosio-ekonomiese onstabiliteit, die gebruik van binnearse verdoewingsmiddels en die deel van toestelle tydens die gebruik van binnearse verdoewingsmiddels asook die feit dat persone menigvuldige seksuele maats het en onveilige seksuele praktyke beoefen, kon veroorsaak het dat hierdie virus wêreldwyd vinnig versprei het.

Roberts *et al.* (2003:129) meen dat daar 'n geweldige taak op gesondheidswerkers rus, veral op psigoloë en sosioloë, om intervensies te ontwikkel om die afname van die MI-infeksie, gebaseer op die verstandhouding van die proses wat die risikogedrag onderlê,

te bewerkstellig. Verskeie modelle verken die bepaalde kognitiewe veranderlikes van seksuele gedrag in die konteks van MIV en VIGS.

Die "AIDS Risk Reduction"-model gee positiewer verwagtinge van voorspelde gedrag deur, maar Roberts *et al.* (2003:129) meen dat gevestigde gedrag steeds 'n struikelblok is en wys daarop dat dit steeds 'n sterk voorspeller van huidige gedrag bly. Bogenoemde skrywer meen voorts dat 'n beroep op huidige leiers en invloedryke individue gemaak moet word om in sosiale kringe prominent hul afkeer van hierdie gevestigde gedrag uit te spreek om sodoende normverandering in kultuurverband onder groepe teweeg te bring.

Die MI-virus kan ook oorgedra word deurdat 'n moeder wat MIV-positief is haar baba tydens swangerskap, die geboorteproses of borsvoeding infekteer. Oordrag van die MI-virus kan ook plaasvind deur bloedbesmette naalde tydens die misbruik van verdowingsmiddels en in mindere mate ook deur bloedoortapping. Dit is belangrik om te noem dat die MI-virus nie buite die liggaamsvloeistowwe kan oorleef nie en vinnig daarbuite tot niet gaan (Spier & Edwards, 1990:30).

Daar bestaan sosio-ekonomiese toestande wat die oordrag van MIV bevorder asook mites ten opsigte van die oordrag van die MI-virus.

Vervolgens word die volgende aspekte breedvoerig bespreek, naamlik onkunde, onbeskermdede seksuele omgang, oordrag van die MI-virus deur gekontamineerde bloed en moeder-tot-kind-oordrag:

- **WYDVERSPREIDE ONKUNDE**

UNAIDS (2004:9) berig dat sekere sosiale norme 'n gevaarlike en oningeligte indruk laat by dogters en jongvroue wat weinig kennis dra van seks en seksualiteit. Die gebrek aan kennis vergroot die risiko vir hierdie vroue om MIV-positief te raak, omdat hulle nie weet hoe om hulle teen hierdie infeksie te beskerm nie. In 'n studie wat in Lesotho onderneem is, kon meer as twee derdes van die vroue in die ouderdomsgroep 15 tot 24 jaar nie drie basiese metodes noem waarvolgens hulle hulleself teen die MIV-infeksie kon beskerm nie. 'n Gebrek aan kennis ten opsigte van seks, hoe seks plaasvind wanneer hulle as man en vrou begin saamleef en hoe swangerskap tot stand kom, is hoog onder hierdie groep vroue.

Dit is dus juis hierdie gebrek aan kennis en onkunde onder die breë gemeenskap wat die navorser onder die loep wil neem.

- **ONBESKERMDE SEKSUELE ONGANG**

Van Dyk (2001a:19), Winiarski (1991:14), Pratt (2003:33) asook Ten Brummelhuis en Herdt (1996:29) noem dat die MI-virus primêr tydens onbeskermdde seksuele omgang oorgedra word. Onbeskermdde seksuele omgang verwys dus na seksuele omgang sonder die gebruik van 'n kondoom of die foutiewe gebruik van die kondoom, waardeur liggaamsvloeistowwe en semen gevolglik in die vagina of anale kanaal oorgedra word, waarvan die membrane besonder delikaat is en maklik tydens seksuele omgang as gevolg van wrywing kan skeur (Evian, 2000:13). Die MI-virus kom so 'n persoon se bloedstroom binne deur openinge in die slymvliese soos seertjies, mikroskopiese klein skeurtjies, beserings en infeksies. Ten Brummelhuis en Herdt (1996:31) stel voor dat mans en vroue 'n seksuele beraming van hulleself en hulle seksmaats moet doen om sodoende tot die besef te kom dat onbeskermdde seks uiters riskant is.

Van Dyk (2001a:19-23), Winiarski (1991:14) en Pratt (2003:33) noem ook dat die MI-virus tydens orale seksuele kontak oorgedra kan word. As die slymvlieslaag in die mond van die persoon met semen van 'n MIV-positiewe persoon in aanraking kom, veral waar daar seertjies, bloeding en inflammasie van die tandvleis is, vind die oordrag van die MI-virus moontlik plaas. Evian (2000:14), daarenteen, noem dat daar nie sekerheid daaroor bestaan of persone na slegs orale seks met die MI-virus geïnfekteer geraak het nie, alhoewel die risiko groot is.

Volgens Van Dyk (2001a:23) is dit moontlik om in enige stadium van VIGS met die MI-virus geïnfekteer te raak. Aangesien 'n MIV-positiewe persoon se virale lading in die bloed vier tot agt weke na besmetting met die MI-virus geweldig verhoog, word aanvaar dat 'n persoon wat MIV-positief is ander persone gedurende dié VIGS-fase kan infekteer. Pratt (2003:36) noem ook dat die virale lading gedurende die primêre infeksie en ook weer tydens die VIGS-fase hoog is. Verskeie faktore kan daartoe bydra dat 'n persoon na 'n enkele seksuele kontak met die MI-virus geïnfekteer kan raak. Enkele van hierdie faktore is veelvuldige seksmaats, die aanwesigheid van seksueel oordraagbare siektes, die virale lading of konsentrasie in die semen of vaginale vloeistof van die geïnfekteerde individu, trauma of bloeding gedurende seksuele omgang en menstruasie (Van Dyk, 2001a:23).

Pratt (2003:36) noem dat veral die persoon met ulseratiewe seksueel oordraagbare siektes 'n groter risiko loop dat MIV-oordrag kan plaasvind. Individue met genitale herpes of genitale ulkuse is by uitstek vatbaar vir die MIV-infeksie, aangesien hierdie toestande openinge en inflammasie van die genitale slymvliese veroorsaak waardeur die MI-virus kan beweeg.

Vroue is ook veel meer kwesbaar om ander seksueel oordraagbare siektes op te doen, aangesien die slymvliesoppervlak van die vagina en die serviks tydens seksuele omgang veel meer vir die man se sekresies ontbloot is. Semen wat met die MI-virus besmet is, bevat ook 'n baie hoër konsentrasie van die MI-virus as die vroulike sekresies (Winiarski, 1991:14). Jong vroue loop ook 'n groter risiko vir infeksie as gevolg van die onvolwasse serviks en dun vaginale sekresies wat 'n veel kleiner skans vorm teen die MI-virus (UNAIDS, 2000: Fact Sheet 10, 10-1 en 10-2; Ten Brummelhuis & Herdt, 1996:30).

Verskeie studies het verder aangetoon dat mans wat 'n besnydenis ondergaan het en onveilige seks beoefen, minder deur die MI-virus geïnfekteer is as mans wat dit nie ondergaan nie (Pratt, 2003:37). Uit 'n studie wat in Kenia onderneem is, is bevind dat een van die moontlike redes hiervoor kan wees dat die vel van die glans penis na 'n besnydenis verdik en daar dus minder ulkuse op die orgaan vorm. Dit wil egter voorkom of die besnydenis 'n mate van beskerming teen die MI-virus bied indien dit gedoen word voordat 'n seun seksueel aktief raak, maar dit moet egter geensins aanbeveel word as 'n waarborg ter beskerming teen die MI-virus nie. Besnydenis in Afrika maak deel uit van verskeie etniese, religieuse en volwasse inisiëringstradisies. Indien die instrumente vir hierdie rituele nie deeglik gereinig en gesteriliseer word nie, kan die MI-virus ook so van een seun na die volgende oorgedra word (UNAIDS, 2000:70-71).

Die oordrag van die MI-virus deur gekontameneerde bloed, bloedoortappings en bloedprodukte word vervolgens bespreek.

- **OORDRAG VAN DIE MI-VIRUS DEUR GEKONTAMINEERDE BLOED**

Die MI-virus kan deur gekontameneerde bloed en bloedprodukte oorgedra word (Van Dyk, 2001:24-25) en word vervolgens breedvoerig bespreek.

- Bloedoortappings en bloedprodukte

Evian (2000:15) noem dat die MI-virus wel deur bloedoortappings en bloedprodukte aan 'n volgende persoon oorgedra kan word. Hierdie oordrag kan slegs plaasvind as die geïnfekteerde MIV-bloed deur die vel van die ander persoon kan dring. Gevalle waar die MI-virus wel deur die vel dring, sluit in 'n oop wond of 'n seer waardeur die MI-virus toegang verkry (Evian, 2000:15; Winiarski, 1991:15). Pratt (2003:39) en Roberts *et al.*, (2001:124), noem dat die MI-virus tydens 'n bloedoortapping met heelbloed of bloedprodukte, soos vir die behandeling van hemofilie, deur middel van die bloedoortappingsinfuus deur die vel dring. Gekontamineerde naalde en spuite, skeermeslemme en skerp voorwerpe is ook wyses van MIV-oordrag deur die vel, aangesien die vel nie oor spesifieke teikenselle en CD4-reseptore beskik nie.

Volgens die Wêreld Gesondheidsorganisasie (WGO) (WHO, 2000a) is daar 'n 90%-95% kans dat 'n persoon wat bloed van 'n MIV-geïnfekteerde skenker ontvang, ook MIV-positief kan word. Die WGO het algemene riglyne neergelê asook 'n beleid voorgestel waarvolgens alle bloedoortappingsdienste moet optree (Evian, 2000:15). Alhoewel bloedprodukte baie veiliger is as in die verlede, skeep die "vensterperiode" steeds vir bloedoortappingsdienste 'n probleem, aangesien geïnfekteerde bloed wat deur 'n persoon geskenk is, nie die MIV-positiewe status van so 'n persoon gedurende die "vensterperiode" aandui nie (Evian, 2000:15). Dit is 'n morele en etiese verantwoordelikheid van die persoon wat by hoërisiko-seksuele gedrag betrokke is en ook van persone wat aan verdowingsmiddels verslaaf is, om nie bloed te skenk nie (Van Dyk, 2001:24-25).

Bykomend loop persone wat spuite en naalde tydens die misbruik van verdowingsmiddels 'n groot risiko om met die MI-virus geïnfekteer te raak (Evian, 2000:15). In verskeie lande buite Suid-Afrika word verdowingsmiddelmisbruik as die sogenaamde "tweede epidemie" beskou wat die MI-virus kan oordra. In sommige lande soos Georgia in die VSA, Italië, Portugal, Spanje en die Czech Republiek het meer as die helfte persone wat met die MI-virus besmet geraak het, weens die gebruik van ander se geïnfekteerde spuite en naalde tydens die misbruik van verdowingsmiddels besmet geraak (UNAIDS, 2000c:75). Ten Brummelhuis en Herdt (1996:31) noem dat die MIV-infeksie in Haïti ook verhoog het deurdat spuite en naalde tydens dwelmmisbruik gedeel is.

Die MI-virus kan ook oorgedra word deur besmette naalde en skerp voorwerpe in hospitale en in klinieke waar higiëniese standaarde swak is, of per abuis, as 'n gesondheidswerker hom met 'n besmette instrument beseer (Pratt, 2003:40). Gesondheidswerkers moet daarop let dat enige sereuse vloeistof, amnionvog, serebrospinale vog, vog uit die holtes van die liggaam soos die maag, hart en gewrigte van 'n MIV-positiewe persoon ook die MI-virus kan bevat. Spesiale voor-sorgmaatreëls moet getref word indien sulke situasies ontstaan, (Evian, 2000:318-323). Pratt (2003:257) beveel onmiddellike noodbehandeling, volgens die protokol van die spesifieke instansie, vir die gesondheidswerker aan.

Die MI-virus kan ook deur tatoeëring en die inplasing van skerp besmette voorwerpe in ore en neuse oorgedra word. As sekere rituele deur sekere stamme uitgevoer word, byvoorbeeld besnydenisse of insnydings in die vel, kan hierdie prosedures met skeermeslemmetjies of ander skerp voorwerpe, wat met die MI-virus besmet is, uitgevoer word. Dit is 'n voor die hand liggende wyse om die MI-virus oor te dra. Daarom is dit uiters noodsaaklik dat tradisionele genesers en hulle kliënte hieroor onderrig moet word asook ten opsigte van die risiko's wat aan sommige praktyke verbonde is (Van Dyk, 2000:25-26). Ten Brummelhuis en Herdt (1996:31) meen dat die MIV-infeksie in Haïti ook verhoog het deurdat aseptiese tegnieke nie tydens tradisionele inisiëringsprosedures toegepas is nie. Hierdie outeurs meen ook dat Voodoo-praktyke in Haïti die MIV- en VIGS-epidemie aanhelp (Ten Brummelhuis & Herdt, 1996:19).

'n Onrusbarende tradisie, naamlik "FGM" (Female Genital Mutilation) of vroulike besnydenis word steeds wêreldwyd onder verskillende kulture toegepas. In 'n artikel in die Africa Regional Sexual Resource Centre (ARSRC), "*When culture harms the girls – the Globalization of female Genital Mutilation*" word hierdie praktyk bespreek en word berig dat die tipe instrument wat vir hierdie tipe besnydenis gebruik word, nie aangepas mag word nie en dat meer moderne apparaat wat beskikbaar is, nie gebruik word nie (Anon, 2005). Besnydenisse vind een maal per jaar plaas en al die geskikte meisies in die gemeenskap word op dieselfde dag besny deur dieselfde apparaat te gebruik sonder dat die apparaat tussen elke prosedure gesteriliseer word. Dit verhoog die kans op infeksie en die risiko van blootstelling aan die MI-virus, maar is nog nie wetenskaplik bewys nie (Anon, 2005).

Pratt (2003:37) noem bykomend dat nie-inspuitbare verdowingsmiddels soos alkohol, LSD en Ecstasy inhibisies kan onderdruk, wat daartoe kan lei dat persone tydens seksuele kontak geen voorsiening maak vir beskerming teen die MI-virusoordrag nie en dus so geïnfekteer raak.

Die oordrag van moeder tot kind van die MI-virus word vervolgens bespreek.

- Moeder-tot-kind-oordrag;

Gedurende die afgelope aantal jare het 'n groot bewuswording ontstaan ten opsigte van moeder-tot-kind-oordrag van die MI-virus. Hierdie aspek word vervolgens breedvoerig bespreek.

Moeder-tot-kind-oordrag (vertikale oordrag) is tans een van die grootste oorsake van MIV-infeksie by kinders. Die MI-virus kan van 'n moeder wat gedurende swangerskap MIV-positief is via die plasenta aan haar baba oorgedra word. Navorsing wys daarop dat 'n 20%-40% kans bestaan dat die baba van 'n moeder wat MIV-positief is, ook MIV-positief sal wees (Van Dyk, 2001:28-29; Evian, 2000:16; Winiarski, 1999:15). Navorsing het ook volgens Evian (2000:16) en Pratt (2003:38) bewys dat 'n moeder wat MIV-positief is, die MI-virus aan haar ongebore baba kan oordra as;

- * die moeder net voor sy swanger word, of gedurende die swangerskap, MIV-positief raak (Bobat *et al.*, 1996:13; Pratt, 2003:38);
- * die moeder MIV-positief is met 'n hoë virale lading (Bobat *et al.*, 1996:13; Pratt, 2003:38);
- * die moeder reeds simptome van die MIV-positiewe siekte toon (Bobat *et al.*, 1996:13; Pratt, 2003:38);
- * die moeder se CD4-limfosiëttelling laag is, met ander woorde laer as 200 selle/ml (Evian, 2000:16; Bobat *et al.*, 1996:16; Du Preez, 2004:54) soos aangehaal uit Cervia *et al.* (2003:47).

Die MI-virus kan ook deur kontaminasie met bloed gedurende die geboorteproses aan die pasgebore baba oorgedra word (Van Dyk, 2000:28; Evian, 2000:16). Daar is ook verskeie maniere om die oordrag-risiko te probeer bekamp, naamlik;

- * deur die geboortekanaal met 'n ontsmettingsmiddel te behandel. Du Preez (2004:54) noem dat die vaginale kanaal 4-uurliks met Chlorhexidine gedep

moet word en dat gesondheidswerkers die proses maklik uitvoerbaar vind en dat geen newe-effekte beskryf is nie;

- * deur die ruptuur van vliese te probeer verhoed deur die baba met 'n keisersnee te verlos. Scarlatt (soos aangehaal deur Du Preez, 2004:54) meen dat, indien keisersnitte selektief gedoen word, dit die oordrag van die MI-virus met ongeveer 8%-16% verlaag. Pratt (2003:219) noem dat die MIV-oordragtempo laer is met 'n keisersnit;
- * deur antiretrovirale middels gedurende die kraamproses in te neem hou, volgens Evian (2000:16), ook voordele in.

Die MI-virus kan ook deur borsvoeding aan die baba oorgedra word (Van Dyk, 2001:28). Pratt (2003:219) noem dat, as die moeder se virale lading hoog is, die MIV-besmetting in die borsmelk ook hoër sal wees, wat dan die moontlikheid dat die baba met die MI-virus besmet sal raak, vergroot. Evian (2000:17) meen dat gesondheidswerkers hierdie onderwerp baie nugter moet benader, aangesien babavoeding in laer sosio-ekonomiese gemeenskappe baie kompleks is. Minnie (2003:20) noem dat eksklusiewe borsvoeding doeltreffend is en dus ook beskermend kan wees om sodoende die baba deur middel van borsvoeding teen die MI-virus te beskerm.

Vervolgens word die verskillende fases van VIGS bespreek.

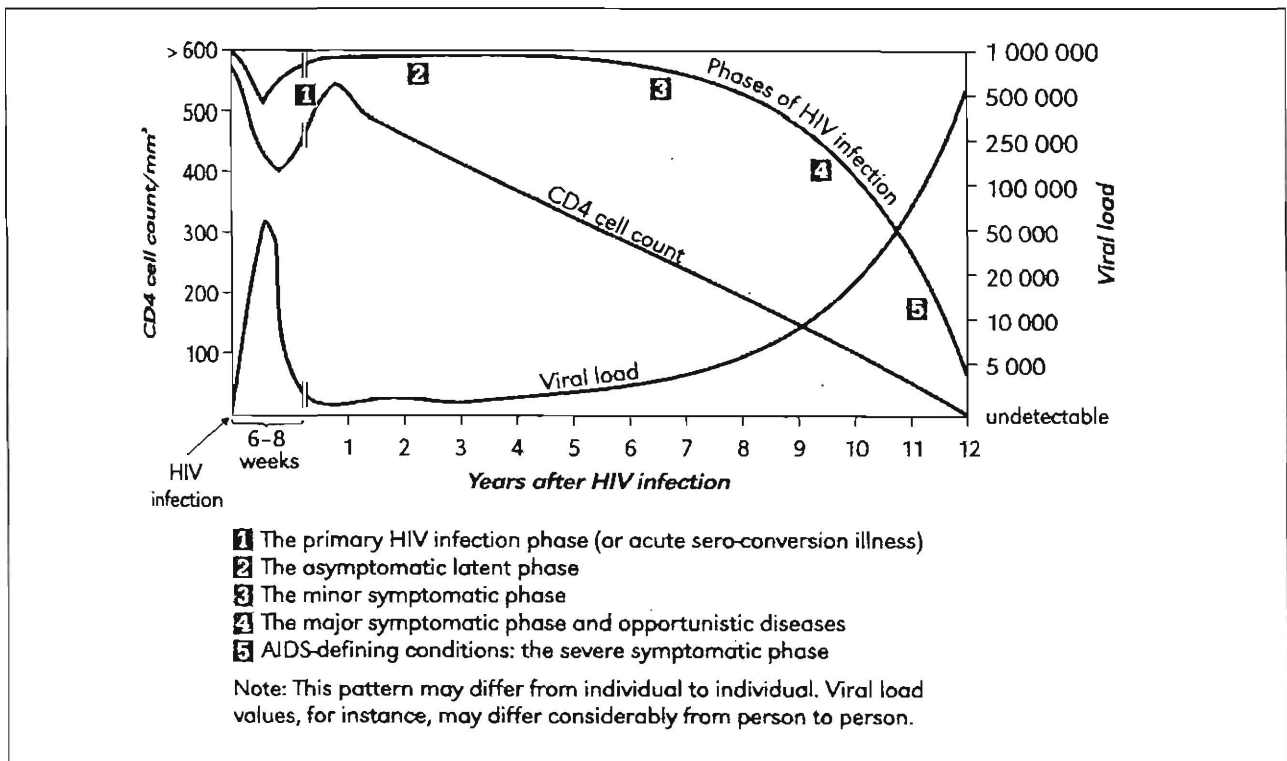
2.2.3.6 VERSKILLENDE FASES VAN VIGS

Dit is belangrik dat hierdie inligting aan die MIV-positiewe pasiënt oorgedra moet word, sodat die MIV-positiewe pasiënt sy eie siekteproses kan monitor, asook eienaarskap hiervan en verantwoordelikheid hiervoor aanvaar. Alhoewel die MIV-infeksie in die kliniese praktyk nie definitief in spesifieke fases afgebaken kan word nie, kan dit teoreties in die volgende vier fases verdeel word om 'n redelik voorspelbare verloop te beskryf (Van Dyk, 2001a:36-37). Figuur 2.4 stel hierdie verloop voor.

- **PRIMÊRE MIV-INFESIEFASE**

Hierdie fase staan ook bekend as die akute fase en neem 'n aanvang sodra die virus omskakeling ondergaan en die negatiewe MIV-status MIV-positief word. Hierdie fase begin dus wanneer 'n persoon MIV-negatief was en nou MIV-positief is. Tydens hierdie fase sal die MIV-antiliggaamtoets positief of reaktief wees. Dit vind gewoonlik 6-8 weke

nadat die individu met die MI-virus geïnfekteer geraak het, plaas, soos in Figuur 2.4 (1) aangedui.



Figuur 2.4: Die verskillende fases van MIV en VIGS

Bron: (Van Dyk, 2001a:67).

Ongeveer 30% tot 60% persone wat met die MI-virus geïnfekteer is, sal ten tye van hierdie fase 'n tipe klierkoors ontwikkel, en simptome sal ongeveer een tot twee weke duur en kan gewoonlik met 'n verkoue of ligte virusinfeksie vergelyk word. Die volgende simptome, naamlik 'n keelseer, matige koors, moegheid, spier- en gewrigspyne, ver-grote limfnodusse, veluitslag en mond-ulkusse kom voor (Van Dyk, 2001:36-37; Pratt, 2003:82; Wilson *et al.*, 2004:50). Volgens UNAIDS (2000a: Fact Sheet 1:1-2) kom akute infeksies van die senuweestelsel ook met tye voor, soos aseptiese meningitis, perifere neuropatie, enkefalitis en miëlitis.

As gevolg van die snelle vermeerdering van die virus sal die virale lading ook tydens hierdie akute fase baie hoog wees, soos in Figuur 2.4 (2) aangedui. Aggressiewe behandeling met antiretrovirale medikasie moet dadelik met die aanvang van hierdie fase toegedien word om die virale lading te verlaag tot nie-noemenswaardige waardes of om die MI-virus geheel en al te vernietig (Evian, 2000:60)

- **ASIMPTOMATIESE LATENTE FASE**

Die asimptomatiese fase word gewoonlik geassosieer met 'n CD4-seltelling van tussen 500 en 800 selle per kubieke millimeter, soos in Figuur 2.4 (2) aangedui. Die normale CD4-seltelling in gesonde nie-MIV-geïnfekteerde persone is gewoonlik tussen 800 tot 1200 selle per kubieke millimeter (Van Dyk, 2001:37). Dit is die tweede fase van die MIV-infeksie en staan bekend as die asimptomatiese of latente fase omdat 'n persoon wat MIV-positief is geen fisiese simptome van die MIV-infeksie gedurende hierdie fase toon nie (Van Dyk, 2001:37; Pratt, 2003:82-83; Evian, 2000:61). Soms is persone wat MIV-positief is nie eens bewus daarvan dat hulle wel met die MI-virus geïnfekteer is nie. Tydens hierdie fase kan hierdie MIV-positiewe persone moontlik onwetend hul seksmaats of nuwe seksmaats met die MI-virus infekteer. Al is die MIV-positiewe persoon nie bewus van sy MIV-positiewe status nie, is die MI-virus aktief binne sy liggaam besig om sy immuunstelsel af te takel.

'n Positiewe MIV-antiliggaamtoets is dikwels gedurende hierdie latente fase die enigste aanduiding van die MIV-infeksie en die MIV-positiewe persoon kan 'n geruime tyd lank steeds sonder enige simptome gesond bly en werk (Van Dyk, 2001:37). In sommige gevalle is die enigste simptome wat blywend kan wees, algemene limfadenopatie.

- **Geringe simptomatiese fase**

Tydens hierdie derde fase van die siekte manifesteer geringe en vroeë simptome van die MIV-siekte (soos in Figuur 2.4 aangedui).

Die immuunstelsel is gewoonlik baie goed gevestig en dit duur tussen drie en sewe jaar voordat tekens van aftakeling sigbaar word, soos in Figuur 2.4 (3) aangedui. Dit is moontlik om die ontwikkeling en die graad van immuunonderdrukking deur middel van bloedtoetse te monitor, naamlik deur middel van die CD4-seltelling en die limfosiet-telling. Volgens Evian (2000:5) reageer nie alle persone dieselfde op hierdie MI-virus-infeksie nie. Sommige persone ontwikkel immuunonderdrukking binne drie tot sewe jaar, maar ander bly nog 10 tot 15 jaar lank gesond. In 'n baie klein persentasie MIV-positiewe pasiënte ontwikkel geen immuunonderdrukking nie, ten spyte van die MIV-positiewe status van die pasiënt. Van Dyk (2001:37) voer aan dat sommige MIV-positiewe pasiënte baie vinniger VIGS (major simptomatiese fase) ontwikkel, soms binne enkele maande. Evian (2000:5) voer aan dat die volgende aspekte moontlike redes hiervoor kan wees

- die verskillende MIV-groepe;
- die virale lading in die bloed;
- die reaksie van die liggaam op die MIV-virus;
- die algemene gesondheidstoestand van die pasiënt.

Die staat van 'n persoon se immuunstelsel is die beste voorspeller of 'n pasiënt die simptomefase van die siekte ontwikkel (Evian, 2000:26).

Tydens hierdie geringe simptomefase is die CD4-seltelling tussen 350 en 500 selle per kubieke millimeter en kan die MIV-positiewe persoon steeds sy normale aktiwiteite en werk verrig (Van Dyk, 2001:37; Evian, 2000:100; Pratt, 2003:84-85). Gedurende hierdie fase presenteer pasiënte met die volgende simptome: matige limfadenopatie in die nek, onder die oksels en die liesstreek, koorsaanvalle van tyd tot tyd, Herpes zoster-infeksies, veluitslae soos dermatitis en kroniese jeuk van die vel, fungale naelinfeksies, mond-ulkusse wat van tyd tot tyd voorkom, boonstelugweg-infeksies, wat van tyd tot tyd voorkom, algemene moegheid en letargie, gewigsverlies van nagenoeg 10% van 'n persoon se normale liggaamsgewig (Van Dyk, 2000:37; Evian, 2000:100; Pratt, 2003:84-85).

- **MAJOR SIMPTOMATIESE FASE**

Hierdie fase tree in wanneer die immuunsistemsels van die pasiënt verswak is. Tydens hierdie fase is die CD4-seltelling baie laag en geassosieer met waardes tussen 150 en 350 selle per kubieke millimeter, soos in Figuur 2.4 (4) aangedui. Die virale lading in die bloed is tydens hierdie fase baie hoog, en die volgende simptome is gewoonlik 'n aanduiding van gevorderde immuunonderdrukking volgens (Van Dyk, 2000:38-3; Pratt, 2003:83; Evian, 2000:100; Wilson *et al.*, 2004:57), naamlik

- voortdurende mond-ulkusse en harige leukoplakia;
- vaginale kandida-infeksies;
- herhalende herpes zoster-infeksies of shingles;
- bakteriële velinfeksies en veluitslae;
- onderbroke of konstante koors wat langer as 'n maand kan duur;
- nagsweet;

- aanhoudende en weerstandige kroniese diarree wat langer as een maand duur, asook abdominale ongemak;
- opvallende en onverklaarbare gewigsverlies, meer as 10% van die persoon se normale liggaamsmassa;
- algemene limfadenopatie;
- hoofpyne;
- aanhoudende hoes en reaktivering van pulmonale tuberkulose; en
- verskeie ander opportunistiese siektes.

Hierdie pasiënte is gewoonlik gedeeltelik bedgebonde vir tot 50% van die dag vir die laaste maand en kan dus voortaan geensins in 'n werksituasie funksioneer nie (Van Dyk, 2000:38-39).

- VIGS

Dit neem die siekte nagenoeg drie tot sewe jaar, soos in Figuur 2.4 aangedui, om tot VIGS te ontwikkel (Van Dyk, 2000:38-39; Pratt, 2003:93; Evian, 2000:283; Wilson *et al.*, 2004:57).

Tydens die laaste fase is die pasiënt se virale lading baie hoog en die CD4-seltelling is laer as 200 selle per kubieke millimeter, soos in Figuur 2.4 (5) aangedui. Gedurende hierdie finale fase word die simptome meer akute en val enige organisme die liggaam aan en reageer dit nie op antibiotika nie. Tydens hierdie fase kan kankers en ander ongeneeslike opportunistiese siektes ontwikkel. Hierdie pasiënte is dan bedgebonde en afhanklik van hulp in nagenoeg die laaste maand van die fase. Die volgende simptome, toestande en opportunistiese infeksies kan by die VIGS-pasiënt ontwikkel: (Van Dyk, 2000:41-42; Pratt, 2003:93; Evian, 2000:283; Wilson *et al.*, 2004:57).

- die pasiënte is gewoonlik baie maer en uitgeteer;
- manifestasies van kandidiase van die mond en harige leukoplakia;
- varicella zoster, bakteriële peridontale toestande en mondsproei;
- voortdurende en weerstandige vaginale kandidiase, servikale kankers en ernstige pelviële infeksies;
- voortdurende en algemene limfadenopatie;

- ernstige en herhaalde velinfeksies soos vratte, ringwurm en follikulitus wat blasies en ulserasies vorm;
- respiratoriese infeksie met aanhoudende hoes, borskaspyn en koors;
- pneumonie, veral pneumocystis carinii;
- ernstige herpes zoster;
- ernstige moegheid;
- perifere neuropatie;
- kriptokokale meningitis;
- sitomegaalvirus retinitis;
- karposi sarkoom;
- limfoom;
- pulmonale tuberkulose.

Die bespreking van MIV en VIGS dui daarop dat die MIV-positiewe persoon oor inligting ten opsigte van MIV en VIGS moet beskik, omdat dit die lewens van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie beïnvloed en hierdie individue ingeligte keuses moet kan maak. Dit blyk egter dat die oordrag van inligting ten opsigte van MIV en VIGS problematies kan wees, veral as die individu aan wie inligting oorgedra word, ongeletterd is.

2.2.4 GELETTERDHEID EN OORDRAG VAN INLIGTING RAKENDE MIV EN VIGS

Alhoewel geletterdheid in hierdie afdeling wat die MIV-positiewe pasiënt bespreek, beskryf word, is dit ook so dat die familie van die MIV-positiewe pasiënt en die gemeenskap waarin die pasiënt voortdurend beweeg en in wisselwerking verkeer ook nie almal oor dieselfde geletterdheidsvlak beskik nie. Dit kan die gevolg wees van faktore soos armoede, stigmatisering, diskriminasie en ongelykheid van geslagte (Abdool & Abdool, 2005:283).

Allender en Spradley (2001:730) definieer geletterdheid as die vermoë van 'n persoon om te lees en te skryf om hom sodoende in staat te stel om daaglik te kan funksioneer. Hierdie outeurs noem ook dat swak lesers swak ingelig is en dat talle wanopvattinge en

wanindrukke ten opsigte van hulle liggame, siekte en gesondheidsorg onder hulle voorkom.

Evian (2000:22) noem voorts dat armoede bydra tot die verspreiding van MIV en VIGS omdat behoefte aanleiding gee tot swak toegang tot onderwys wat weer lei tot ongeletterdheid. Lachman (1999:305) sluit hierby aan as hy noem dat armoede 'n besonder groot rol in die VIGS-epidemie speel en voer aan dat sosiale, kulturele en ekonomiese faktore bydra tot die oordrag van MIV en VIGS. Evian (2000:21) beaam ook dat swak opvoeding en ongeletterdheid daartoe bydra dat persone onkundig is oor hoe MIV en VIGS versprei; dus skep die vertaling van die voorligting aan die persoon wat nie Afrikaans of Engels magtig is nie probleme, aangesien hierdie individue net hulle moedertaal magtig is.

Parker *et al.* (1998:36) voer aan dat ongeletterdheid 'n baie ernstige probleem skep, veral visuele ongeletterdheid, wat impliseer dat die pasiënt nie altyd visuele gegewens kan verstaan nie, of dit wan-interpreteer. Hierdie inligting kan dus nie geïnternaliseer en begryp word nie. Hy meen ook dat belangrike nuanses in vertaalde weergawes van inligting dikwels verlore gaan. Evian (2000:21) meen ook dat vertaling van die voorligting aan die persoon wat nie Afrikaans of Engels magtig is nie, probleme skep, veral ten opsigte van wanopvattinge en wanpersepsies. Lachman (1999:36) meen verder dat laer opvoedkundige vlakke een van die redes is waarom pasiënte nie na die kliniek terugkeer om die bloeduitslag ná voortoetsberading te kom vasstel nie.

Volgens Evian (2000:229) is die kennisoordrag rakende MIV en VIGS uiters kompleks, aangesien, ongeag die inligting waarvoor pasiënte beskik, dit nie noodwendig verandering in die gedrag van 'n persoon teweeg bring nie. Navorsing deur Karim *et al.* (1991:340) het bevind dat stedelike swart moeders in Lamontville, KwaZulu-Natal, ten volle ingelig was ten opsigte van MIV en VIGS, maar dat hulle steeds nie met hulle tienerkinders veilige seks, MIV en VIGS bespreek het nie. Volgens Karim *et al.* (1991:340) het hierdie vroue ook nie kondome vir hulle eie veiligheid gebruik nie. Uit 'n studie in Lebowa het Webb (1997:121) ook bevind dat, as gevolg van die generasiegaping, daar 'n groot leemte bestaan ten opsigte van kommunikasie tussen ouers en kinders rakende MIV en VIGS.

Ongeletterdheid en swak opleiding in sommige gemeenskappe wat verafgeleë is, is ook 'n bydraende faktor. Alkoholmisbruik onder beide mans en vroue wat die inhibisies

onderdruk en ook verstandige besluitneming beïnvloed, dra ook by tot hierdie probleme (Van Dyk, 2000:33; Motelle, 2003:104).

2.2.5 SAMEVATTING

Dit is duidelik dat, as die MIV- en VIGS-verwante inligting wat deur die gesondheidswerker aan die MIV-positiewe pasiënt oorgedra word, geslaagd kan wees, dat hierdie inligting tot selfkennis en begrip by die MIV-positiewe pasiënt sal lei. Die siekteproses word beter begryp en dit word ook aan die familie oorgedra, wat die begrip van die familie ook kan verbeter en die gebruikmaking van verwysingsnetwerke in die gemeenskap kan mobiliseer. Hierdie proses word ook duidelik uit Figuur 2.1. Alhoewel armoede steeds 'n werklikheid is, kan die mag van kennis en begrip van MIV- en VIGS-verwante inligting meebring dat families fasiliterend kan toetree en op hulle bestaande sterktes en vermoëns staatmaak, binne familieverband.

2.3 DIE INVLOED VAN MIV EN VIGS OP DIE FAMILIE VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT

2.3.1 DIE FAMILIE VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT

Mense is sosiale wesens en vergader in klein en gewoonlik biologies gekoppelde wederkerige groepe. In hierdie groepe bied die lede aan mekaar sosiale ondersteuning. Die mees algemene en langtermynbron van sosiale ondersteuning is die familie, en dit is die sleutel tot sosiale ordening wat sosiale gedrag, kennis en vaardighede aan kinders oordra. Hoe sosiale ondersteuning waargeneem en verstaan word, wissel na gelang van verskillende kulturele groepe en individuele persepsies (Daniels, 2005:1395).

Die familie het volgens Daniels (2005:1396) twee funksies, naamlik om kinders te leer om te sosialiseer en om in die behoeftes van individuele lede van die familie te voorsien. As 'n koöperatiewe stelsel, deel die familie kos, skooling, besittings, waardes, sosiale ondersteuning en aktiwiteite met die langtermyn doelwit om gesondheid te handhaaf en die oorlewing van die groep te verseker. In die geval waar daar 'n MIV-positiewe pasiënt in die familie is, word die familie op veral die sosiale en finansiële vlakke bedreig.

Volgens Daniels (2005:1396) vorm lidmaatskap van 'n gesonde familie die grondslag van die stabilisering van volwasse persoonlikheid en die instandhouding van gesondheid in individuele familieledede. 'n Gesonde familie toon dus sekere kenmerke, naamlik goeie kommunikasievaardighede, respek vir individualiteit onderling, vertroue tussen familieledede onderling en wedersydse ondersteuning.

Die familie het ook sekere funksies, en die optimale funksionering van familie hang grootliks af van die strukturele organisasie van die familie. Hierdie funksies sluit die volgende in (Daniels, 2005:1397)

- affektiewe funksie;
- sosialisering;
- hanteringsfunksies binne die familie;
- ekonomiese funksie;
- die voorsiening van basiese behoeftes; en
- gesondheidsbevorderingsfunksie.

Sodra 'n lid van die familie MIV-positief raak of VIGS ontwikkel, ontken hierdie familie moontlik dat hierdie toestand voorkom uit vrees dat hulle gestigmatiseer sal word. Die effek hiervan is dat die familie nie optimaal as ondersteuningsbron kan optree nie, wat moontlik belemmerend kan inwerk op die oordrag van inligting (Raath, 2001:158).

Wessels (2003:14) meen dat, wanneer na families verwys word wat deur MIV en VIGS geaffekteer is, die familie in 'n breër konteks gedefinieer word. Brennan (1998:23) noem dat die familie in die breër konteks gesien kan word as die familie van oorsprong, wat die biologiese familie is, en die familie van keuse, soos diegene wat die MIV-positiewe pasiënt naby hom wil toelaat, soos 'n lewensmaat, 'n eggenoot/eggenote, bure, vriende en ander familie.

Vir die doeleindes van hierdie navorsing kan die familie wat ter sprake is ook gesien word vanuit die breër konteks, omdat baie families van MIV-positiewe pasiënte reeds erg uitgedun is as gevolg van sterftes aan MIV- en VIGS- verwante siektes.

Wessels (2003:98) noem voorts dat, sodra 'n MIV-positiewe diagnose deur 'n pasiënt ontvang word, die pasiënt verskeie emosionele en psigo-sosiale behoeftes ervaar.

Hays *et al.* (1998:92-96) meen ook dat MIV-positiewe pasiënte die volgende emosionele behoeftes ervaar waarin die familie in die breër konteks kan voorsien, naamlik

- dat liefde teenoor die MIV-positiewe pasiënt uitgespreek word,
- dat daar bereidwilligheid moet wees om die MIV-positiewe persoon te help om emosies te hanteer;
- dat empaties teenoor die MIV-positiewe pasiënt op getree moet word;
- dat bemoedigend opgetree moet word om die MIV-positiewe pasiënt te motiveer om steeds positief te leef,
- dat geleentheid gegun moet word om binne familieverband oor die dood te praat;
- sat tyd saam met die MIV-positiewe pasiënt deurgebring moet word.

Wessels (2003:99) meen voorts dat die MIV-positiewe pasiënt nie oorbeskerm of geïsoleer wil word nie en dat hy graag oor sy behoeftes met sy familie wil praat. Die MIV-positiewe pasiënt het ook 'n behoefte daaraan dat die familie hulle behoeftes teenoor hom sal uitspreek. Om in die pasiënt sowel as die familie se behoeftes te voorsien, moet ook kommunikasie- en luistervaardighede aan die familie geleer word.

Mc Donnell *et al.* (2001:44) se siening sluit hierby aan meen dat families die volgende ondersteuning aan die MIV-positiewe pasiënt kan bied, naamlik

- Emosionele ondersteuning kan gegee word deur na die MIV-positiewe pasiënt te luister, ongeag of hy uitlatings van woede of berou maak,
- Instrumentele ondersteuning kan gegee word deur vir die MIV-positiewe pasiënt kos te maak, die huishouding waar te neem en die pasiënt na die kliniek of hospitaal te neem.
- Fisiese ondersteuning kan gegee word, wat die vervanging van besoedelde linne, die bad van die MIV-positiewe en hulp om hom in en uit die bed te kry, insluit.

Wessels (2003:101) gaan van die standpunt uit dat, om in al die behoeftes van die MIV-positiewe pasiënte te kan voorsien, die familie sowel as die gemeenskap deur kennis en vaardighede bemagtig moet word sodat 'n ondersteuningsnetwerk vir mekaar opgebou word ter ondersteuning van die MIV-positiewe pasiënt. Dit is dus ook die navorser se

uitgangspunt, en riglyne word juis vir die familie van die MIV-positiewe pasiënt geformuleer.

Wessels (2003:102) bevind in haar navorsing dat, in families wat deur MIV en VIGS geaffekteer is, 'n wedersydse betrokkenheid tussen die MIV-positiewe pasiënt en die familie van die MIV-positiewe pasiënt voorkom. Dit bring verantwoordelikhede mee wat die hele familie raak. Chernesky en Gutheil (2002:449) noem ook dat nuwe verantwoordelikhede wat op die families geplaas word, gepaardgaande konflik meebring. Wessels (2003:102) meen dat families hierdie verantwoordelikhede wel positief kan ervaar, maar dat die families toegerus moet word ten opsigte kennis en vaardighede om hierdie taak te kan aanpak.

Die familie van die MIV-positiewe pasiënt sal nie die versorging van die pasiënt in die geheel kan behartig as hulle nie die siektetoestand van die familielid aanvaar nie (Wessels, 2003:113). Die aanvaarding van MIV en VIGS as siekte, volgens Bonnuck (1993:79), vind slegs plaas nadat die MIV-positiewe pasiënt sy MIV-positiewe status aan sy familie openbaar gemaak het. Vir baie families is dit 'n skok omdat hulle vir die eerste keer bewus word van die MIV-positiewe pasiënt se lewenstyl soos homoseksualiteit, dwelmmisbruik en prostitusie.

Wessels (2003:113-115) bevind in haar studie ten opsigte van 'n program om families te bemagtig, dat families wel bereid is om mekaar in alle aspekte by te staan en te versorg, maar dat armoede en werkloosheid dit vir hulle moeilik maak. Hierdie families ervaar gevoelens van hartseer en jammerte deur daagliks die siek familielid se agteruitgang te ervaar maar niks aan die situasie kan doen nie. Dit lei tot magteloosheid as gevolg van armoede en dit beïnvloed hulle totale toekomsvisie.

Familieledede kan egter ook nie die ondersteuning en versorging van die siek pasiënt volhou as hulle nie ook aandag aan hulle eie fisiese en emosionele behoeftes skenk nie. Hier het die familie dus nie net kennis en vaardighede nodig nie, maar ook ondersteuningsbronne, en Wessels (2003:116) meen dat hierdie families ook op 'n aktiewe wyse aan gemeenskapsaktiwiteite kan deelneem.

Volgens Girma en Schietinger (1998:8) word die uitwerking van 'n MIV-positiewe diagnose eerste ervaar deur die persoon self en daarna deur die familie. Hierdie skrywers is van mening dat MIV en VIGS die volgende negatiewe uitwerking op die familie van die MIV-positiewe pasiënt kan hê, naamlik;

- siekte en dood;
- behoefte aan versorging;
- verlies aan inkomste en produktiwiteit;
- vermindering in voeding;
- gesinne verbrokkel;
- weeskinders;
- Meer individue wat afhanklik word van andere vir versorging plaas groter druk op die gesonde individu in die familie om siekes te versorg,
- Verlies aan familieledede in hul produktiefste jare.

Swak sosio-ekonomiese toestande, ongeletterdheid en onkunde is die direkte gevolg van armoede en dit vorm 'n bose kringloop. Vervolgens word sosio-ekonomiese toestande en armoede breedvoerig bespreek.

2.3.2 SOSIO-EKONOMIESE TOESTANDE EN ARMOEDE

Armoede dra grootliks by tot die MIV- en VIGS-epidemie en lei ook tot die feit dat pasiënte nie toegang het tot mediese dienste nie, bloot omdat geld nie beskikbaar is daarvoor nie. Wanvoeding wat ook uit armoede voortspruit, dra by tot die progressie van MIV en VIGS (Ten Brummelhuis & Herdt, 1996:15:23). May en Norton (1997:98) bevind dat mense wat in armoede leef, gemeenskaplike ervarings het, naamlik dat

- arm mense geïsoleerd van die gemeenskap leef en nie maklik met ander mense omgaan nie;
- kinders uit arm huise dikwels ondervoed is en die beskikbare kos van minderwaardige gehalte is;
- die meeste huise oorbewoon is en geensins onderhou word nie;
- die meeste persone werkloos is;
- die meeste gesinne verbrokkel is en die kinders in die sorg van familie geplaas word.

Wessels (2003:138) meen die gevolg van armoede is dat die MIV-positiewe pasiënt en sy familie nie toegang het tot duur medikasie of goeie mediese versorging nie. Sosio-ekonomiese toestande soos behuising, werkloosheid, depressie, alkohol- en verdowingsmiddelmisbruik en armoede kan moontlik 'n groot impak hê op die verspreiding van die MI-virusinfeksie deurdat veral persone in hierdie toestande moontlik by riskante seksuele verhoudings betrokke raak.

Vroue is in sommige gevalle ondergeskik aan hulle mans of seksmaat net om kos op die tafel te kan hê (Roberts *et al.*, 2001:127; UNAIDS, 2004d:10). Motelle (2003:104) het bevind dat, deur ondergeskiktheid te betoon, eintlik deur die ongeletterde vrou as liefdes- en respekbetoning beskou word. UNAIDS (2004g:4-5) bevestig ook dat meer vroue en jongmeisies met die MI-virus besmet raak as gevolg van hulle seksmaat se hoërisiko-gedrag waarvoor hierdie vroue geen beheer het nie en dus magteloos daarteenoor staan (UNAIDS, 2004f:10).

Volgens Paul Farmer (soos aangehaal deur Ten Brummelhuis en Herdt (1996:7) is armoede 'n groot risikofaktor met betrekking tot MIV en VIGS. Ekonomiese toestande bring mee dat mense van die platteland na die stedelike gebiede verhuis, waar dit ook nie altyd goed gaan nie en armoede soms selfs erger is. Ten Brummelhuis en Herdt (1996:30-31) noem dat vroue wel 'n bydrae lewer tot die huishouding, maar nogtans in 'n afhanklike posisie staan ten opsigte van die man, veral sosiaal, emosioneel en ekonomies gesproke.

Verarmde jongvroue val ook in die hoërisiko-groep omdat hulle aan prostitusie en genitale trauma blootgestel is. Afgejaagde seks en herhaaldelike penetrasies kan mukusproduksie moontlik inhibeer en verslapping van die vaginale spiere vertraag, wat die trauma van genitalieë verhoog (UNDP = United Nations Development Program, 1992; *Young women: Silence, Susceptibility and HIV Epidemic*. New York: UNDP, Ten Brummelhuis & Herdt, 1996:25).

Benewens die biologiese kwesbaarheid van die vrou is sy ook in sekere sosiale kringe kwesbaar, aangesien sy in hierdie groepe 'n laer status as die man beklee, wat haar dan ook in seksuele verhoudings kwesbaar maak, aangesien hy outoritêr optree en sy behoefte aan seks dus moontlik op haar kan afdwing. Dit impliseer dan dat veral vroue uit arm gemeenskappe besonder min beheer oor hulle seksuele lewe kan uitoefen en dus ook baie min beheer daarvoor het of hulle met die MI-virus geïnfekteer sal raak of nie. Dié vroue is ook nie in 'n posisie om oor veilige sekspraktyke te onderhandel nie, uit

vrees vir geweld of vir verwerping deur die man. Sou sommige mans dan wel instem tot die gebruik van 'n kondoom, reageer hulle met woede en geweld (UNAIDS, 2000: Fact Sheet 10, 10-1 en 10-2). Die ironie is dat uiterste armoede die vroue noodsaak om prostitusie te bedryf om sodoende te kan oorleef, wat dan 'n bese sikelus tot gevolg het (Roberts *et al.*, 2001:128; Ten Brummelhuis & Herdt, 1996:18). Die selfbeeld van vroue wat in hierdie omstandighede lewe, is besonder swak, en die feit dat hulle oor geen persoonlike gesag beskik nie, maak hulle ook uiters kwesbaar vir verkragting (Van Dyk, 2000:20-21).

In die Cape Argus van 29 September 2004 berig ene Jewkes dat vroue nie alleen kwesbaar is vir fisiese geweld nie, maar dat hulle ook emosionele mishandeling vrees en verder ook met die MIV-virus geïnfekteer te raak. 'n Studie deur die Suid-Afrikaanse Mediese Navorsingsraad het ook uitgewys dat vroue veel minder bevoeg is om met hulle mans of seksmaats oor kondoomgebruik te onderhandel. Ten Brummelhuis en Herdt (1996:31) bevestig dat vroue nie met hulle mans of seksmaats oor seks kan onderhandel nie, en dit laat hulle magteloos voel.

Volgens 'n verslag deur die Mediese Navorsingsraad van Suid Afrika in 2000 is aangetoon dat die oorgrote meerderheid vroue wat verkrag is tussen die ouderdomme 10 en 14 jaar was, en dat onderwysers in 33% van hierdie gevalle die skuldiges was. Jong meisies op skool word deur ouer mans wat welgesteld en invloedryk is, omgekoop vir seks (Van Dyk, 2000:20-21). UNAIDS (2004d:12) berig uit 'n studie in 2003 deur die Reproductiewe Gesondheid Navorsingseenheid en Mediese Navorsingsraad dat ongeveer 10% seksueel aktiewe vroue sê dat hulle gedwing was om seks te hê. Dunkle *et al.* (soos aangehaal in UNAIDS, 2004d:12) het in 'n studie by klinieke in Soweto bevind dat die MIV-infeksie meer by vroue wat fisies deur hulle seksmaats misbruik was, voorgekom het, as by vroue wat nie fisies misbruik was nie. Dit is dus 'n gegewe dat, as die MIV- en VIGS-verspreiding bekamp moet word, aandag ook aan die geweld teen vroue en jongmeisies geskenk moet word.

Meer as 12,2 miljoen vroue wêreldwyd is MIV-positief sedert die MIV- en VIGS-epidemie uitgebreek het, en dit dui op die vrou se weerloosheid. Die risiko om met die MIV-virus geïnfekteer te raak styg daaglik. Meer as vier vyftes van hierdie vroue raak MIV-positief as gevolg van hulle manlike seksmaat, wat 'n vriend of hulle eie man is. Die oorblywende vroue word MIV-positief as gevolg van bloedoortappings en die

gebruik van gekontameneerde spuite tydens verdowingsmiddelmisbruik (UNAIDS, 2000d: Fact Sheet 10, 10-1 en 2).

MIV en VIGS en ander seksueel oordraagbare siektes is veel meer algemeen by laer sosio-ekonomiese gemeenskappe waar verhoogde werkloosheid mans noodsaak om na die stede te migreer (Evian, 2000:17). Tradisioneel beklee vroue in hierdie gemeenskappe ook 'n laer status en beskik hulle oor beperkte gesag om vir veilige seksuele praktyke te beding (Evian, 2000:17; Motelle, 2003:104).

Motelle (2003:105) het ook bevind dat vroue as gevolg van ondergeskikte rolle nie selfgeldend ten opsigte van veilige seks optree nie. Vroue is ook bang om te onderhandel vir die gebruik van kondome omdat hulle vrees dat hulle mans sal dink dat hulle nie lief is vir hulle nie, of hulle nie vertrou nie.

Bogenoemde faktore is van belang vir hierdie navorsing, aangesien faktore soos onkunde, gebrek aan kennis, riskante seksuele gedrag, kwesbaarheid van die vrou, verkragting en seksueel oordraagbare siektes besluitneming beïnvloed, veral ten opsigte van seksuele gedrag.

2.3.3 SAMEVATTING

Indien die individu as MIV-positiewe pasiënt se kennis van en begrip vir sy siekteproses goed is, sal so 'n pasiënt wel sy familie se ondersteuning geniet. Alhoewel dit 'n geweldige skok vir die familie is en hierdie familie reeds in armoede gedompel is en die vrees vir stigmatisering hoog is, bly die MIV-positiewe pasiënt steeds deel van die familie.

Deur die sosiale bemagtigingsprogram wat deur Wessels (2003) opgestel is gepaard met riglyne vir die familie ter ondersteuning van die MIV-positiewe pasiënt is die navorser van mening, en illustreer sy dit in Figuur 2.1, dat die MIV-positiewe pasiënt, sy familie en die gemeenskap met die gesondheidswerker se samewerking 'n gedugte span kan uitmaak om die VIGS-epidemie te weerstaan.

2.4 DIE FUNKSIONERING VAN DIE GEMEENSAP WAARBINNE DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT HOM BEVIND

Daar moet wisselwerking plaasvind waardeur die plaaslike gemeenskapsgebaseerde organisasies, die breër publieke en die privaatsektor vennootskappe vorm. Hierdie vennootskappe moet die gemeenskapsgedrewe tuisondersteuning insluit. Die sentrale

rol van gemeenskapsintervensies soos die voorsiening van onderwys, sorg, berading en ondersteuning word reeds vanaf die vroegste stadia van die MIV- en VIGS-epidemie erken en is steeds van krag. Abdool en Abdool (2005:352-368) is ook van mening dat, om die sosiale impak van MIV en VIGS in gemeenskappe op die familie, kinders en weeskinders te verreken, netwerke ingespan moet word om die regering van die dag, staatsdiens, "GGO's" en "NRO's" te mobiliseer om deel te neem aan inisiatiewe en aksies in die gemeenskap.

Bogenoemde is ook die navorser se uitgangspunt, maar sy sou ook alle kerke en geloofsdenominasies daarby wou insluit.

2.4.1 EROSION VAN DIE SOSIALE STRUKTURE IN DIE GEMEENSAP

MIV en VIGS is reeds besig om die fundamentele sosiale struktuur van gemeenskappe in Suid Afrika te ondermyn met 'n radikale en 'n meedoënlose impak op die lewens van individue en gesinstrukture. MIV was tot vroeg in die 1990's 'n "stille epidemie" maar het nou onmiskenbaar die sigbare "VIGS-epidemie" geword met 'n verwoestende uitwerking op kwesbare gemeenskappe. Die risiko vir hierdie kwesbare gemeenskappe en individue om met die MI-virus besmet te raak is hoog as gevolg van die ontoeganklikheid van gesondheidsdienste asook agteruitgang van die ekonomie en die sosiale omstandighede van gemeenskappe (Abdool & Abdool, 2005:352).

2.4.2 VERBROKKELING VAN GESINSTRUKTURE

Die impak van MIV en VIGS op die samelewing, familie en die gemeenskap is kompleks in Suid Afrika. Die familie was tradisioneel die basiese eenheid van 'n samelewing asook die primêre fokuspunt vir die familieledede vir sorg, koestering en sosialisering. Hierdie familie bied fisiese, ekonomiese, emosionele, sosiale, kulturele en geestelike sekuriteit aan lede. Namate die MIV- en VIGS-epidemie vorder, verbrokkel hierdie tradisionele kernfamilies, en die rolle in hierdie huishoudings verander radikaal. Enkelouergesinne neem dramatiese toe, en "skipped generation"-huishoudings wat deur bejaardes (grootouers en soms net een van hulle) bedryf word, is aan die orde van die dag. 'n Nuwe tendens is ook besig om kommerwekkend na vore te tree, naamlik dat kinders die hoof van huishoudings word (Karim & Karim, 2005:352).

Abdool en Abdool (2005: 354) spreek hul kommer uit oor die werklikheid dat die oudste kind van 'n huishouding nou die hoof van die huishouding word. As beide ouers sou sterf, sou die kinders in die verlede deur ander familieleden ingeneem gewees het, maar hierdie familieleden is nie meer daartoe in staat om dit te hanteer nie, of het ook al aan VIGS-verwante siektes gesterf. Benewens die feit dat hierdie weeskinders 'n tragedie vir families en gemeenskappe is, plaas dit ook 'n ondraaglike finansiële las op die families en gemeenskappe.

Lyons (2001:5) en Abdool en Abdool (2005: 354) is ook van mening dat hierdie situasie tot fisiese en seksuele mishandeling van kinders kan lei. Die psigologiese impak hiervan lei tot straatkinders en kinders wat skool voortydig verlaat en betrokke raak by antisosiale gedrag en kinderprostitusie. Bogenoemde neiging skep 'n groot risiko dat hierdie kinders ook met die MIV-virus geïnfekteer kan raak en dat dit tot verdere onstabieleit in die gemeenskap en samelewing kan lei.

Huishoudings waarin die enkelouer-vrou die rol as die hoof van die huis vervul, is nie ongewoon in Suid Afrika nie, veral nie op die platteland nie. Mans migreer na die stede vir werk, en die vrou bly tuis en verrig plaaswerk. Hierdie tendens het ook weer negatiewe gevolge weens die MIV- en VIGS-epidemie, aangesien die vrou nou ook die VIGS-weeskinders moet versorg terwyl die ekonomie reeds 'n knelpunt is (Abdool & Abdool, 2005: 353).

Die familie-eenheid waarin grootouers aan die hoof van die huishouding staan en die kleinkinders versorg, is ook nie nuut in Suid Afrika nie, aangesien dit onvermydelik is wanneer ouers elders werk kry. Daar is tog steeds kontak met die kinders, en die ouers het finansiël bygedra tot hierdie huishoudings. Hierdie situasie verander egter radikaal as 'n ouer of beide ouers aan VIGS sterf, aangesien daar dus geen kontak meer is nie en daar ook finansiël geen verder bydrae is nie (Abdool & Abdool, 2005: 353).

Desmond en Gow (2001:21-24) noem ook dat indien grootouers die huishoudings en versorging van kleinkinders na die afsterwe van hulle ouer/s behartig, die impak van die ouer/s se dood geringer was, vergeleke met situasies waarin kinders alleen agtergelaat is en self verantwoordelikheid moes aanvaar.

Wessels (2003:82) meen dat die impak wat MIV en VIGS vir kinders inhou nie met die dood van een of beide ouers eindig nie, maar dat hierdie kinders ook onder uiterste armoede gebuk gaan. Volgens Children Orphaned by Aids (Anon, 2000a:2) is daar

reeds 10,4 miljoen VIGS-weeskinders onder die ouderdom van vyftien jaar. 'n Verdere impak van VIGS op weeskinders is dat hulle deur die gemeenskap verstoot word, en dit lei tot min ondersteuning, indien enige.

2.4.3 STIGMA

Volgens die "Concise Oxford Dictionary" (1992:897) beteken stigma, skande of oneer en beaam Goffman (1990:13) dat die individu ernstig gediskrediteer word. Herek (1999:1108) en Lilley (2004:3) konseptualiseer die gemeenskap en die samelewing se siening as die "andersheid" wat aan die MIV-positiewe pasiënt gekoppel word en skryf dit toe aan onkunde omdat die gemeenskap en die samelewing MIV en VIGS nie verstaan nie. Angelo (1995:2) meen dat die samelewing MIV-positiewe pasiënte as minderwaardig beskou; gevolglik word vrye sosialisering van hierdie groep beperk.

Phetlhu (2005:20) meen ook dat stigmatisering nie alleen die verkeerde woordgebruik is nie, maar dat dit ook negatiewe etikette aan individue hang wat tot struikelblokke lei weens onkunde, en dit bring ook vrese by die MIV-positiewe pasiënt en sy families mee.

Abdool en Abdool (2005:354) meen dat, deur voor te gee dat dié epidemie nie bestaan nie, meebring dat MIV- en VIGS-stigmatisering en -diskriminasie sodat die MIV- en VIGS-voorkoming, -behandeling en persoonliedroefheid-hantering nie tot hul reg kom nie. Die skrywers haal Peter Pilot, die uitvoerende direkteur van UNAIDS, aan toe hy op 5 September 2001 in Durban op die Wêreld Konferensie 'n verklaring gemaak het teen "*Racism en Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance*", naamlik: "HIV and AIDS-related stigma comes from the powerful combination of shame and fear – shame because the sex or drug injection that transmit HI-Virus are surrounded by taboo and moral judgement, and fear because AIDS is relatively new, and considered deadly. Responding to AIDS with blame, or abuse towards living with AIDS simply forces the epidemic underground, creating the ideal conditions for HIV to spread. The only way of making progress against the epidemic is to replace shame with solidarity, and fear with hope".

Stigma is 'n deurlopende dimensie van MIV en VIGS sedert die begin van die pandemie. Met die aanvanklike diagnosering van MIV en VIGS word geïsoleerde groepe hiermee geassosieer, soos manlike homoseksuele en persone wat aan inspuitbare dwelms verslaaf is. Met die verloop van die siekte raak ander individue van alle groepe in die

samelewing ook geïnfekteer en isolasie en stigmatisering duur ook voort. Stigma is 'n gekompliseerde verskynsel wat gevoed en versterk word deur huidige ongelykhede ten opsigte van klas, ras, geslag en seksualiteit (Abdool & Abdool, 2005: 354).

In Suid Afrika, soos ook elders, gaan stigma hand aan hand met diskriminasie en ry diskriminasie teen MIV-positiewe pasiënte wipplank op verskeie persepsies en miskonsepsies ten opsigte van geslag, ras, sosio-ekonomiese status, die MIV-positiewe status en seksualiteit en het voelbare gevolge soos segregasie en weiering van regte soos indiensneming, om te kan trou en die uitneem van versekering. Hier word die MIV-positiewe pasiënt as individu, op gemeenskapsvlak en op sosiale vlak beïnvloed. Stigma is bevorderlik vir diskriminasie wat weer die regte van die MIV-positiewe pasiënt skend en dus op sy beurt weer stigma toelaat. So vorm dit 'n bose kringloop (Abdool & Abdool, 2005: 354). Raath (2001: 141) bevestig hierdie skrywers se siening en het bogenoemde tendens veral onder die jeug in haar navorsing teëgekrom.

Vrees vir stigma veroorsaak hewige spanning by die MIV-positiewe pasiënt as hy die MIV-positiewe status aan ander moet of wil meedeel. Om dus nie hulle positiewe status te verklaar nie, is algemeen by hierdie pasiënte. MIV-positiewe pasiënte wat wel hulle MIV-positiewe status met iemand deel, stel hulle bloot aan stigmatisering, isolasie en potensiële verlies van menswaardigheid (Abdool & Abdool, 2005: 354; Phetlhu, 2005:20).

2.4.4 GEMEENSKAPSBETROKKENHEID

Gemeenskapsbetrokkenheid in gesondheid en dienslewering is uiters belangrik. Daar moet dus gesamentlik na intervensies ter bevordering van die gemeenskap en die lede van die gemeenskap gekyk word. Interaksie moet plaasvind tussen plaaslike gemeenskap-gebaseerde organisasies en groter openbare en privaatsektor-vennootskappe. Gemeenskap-gedrewe intervensie in die vorm van gemeenskap-gedrewe tuis- en gemeenskap-gebaseerde ondersteuningsdienste verteenwoordig die mees fundamentele vennootskappe (Karim & Karim,2005:368).

Wessels (2003:258) meen dat die sogenaamde rimpeleffek wat VIGS op gemeenskappe in Suid Afrika uitoefen, al hoe meer sigbaar word. Sodra die familie se ondersteuningsbronne uitgeput raak, moet die gemeenskap die versorgingsrol van VIGS-pasiënte en hulle families oorneem. Hierdie tendens spruit voort uit die feit dat die staat

nie oor die nodige middele beskikbaar. Bemagtiging van gemeenskappe om inisiatiewe soos hulpbronne beskikbaar te stel wat families in hulle taak as tuisversorgers kan ondersteun, blyk dringend noodsaaklik te wees met die oog op oorlewing in die toekoms.

Studies wat in Suid Afrika onderneem is, het bewys dat aktiewe gemeenskapsbetrokkenheid verband hou met mense se gesindheid teenoor VIGS-pasiënte. Wessels (2003:258) is van mening dat, om 'n beter perspektief te kry op MIV en VIGS en mense se houding positief te beïnvloed, gemeenskapsbetrokkenheid in die toekoms 'n groter rol moet vervul en verder, dat die volhoubaarheid van programme ook bepaal word deur die mate van betrokkenheid van gemeenskappe.

Soos voorheen reeds genoem is Abdool en Abdool (2005:352-368) ook van mening dat die sosiale impak van MIV en VIGS in gemeenskappe in Suid Afrika op die familie, die kinders en die weeskinders so gebruik word om netwerke te skep tussen die regering van die dag, staatsdiens, "GGO's" en "NRO's" om inisiatiewe en aksies in die gemeenskap daar te stel vir die MIV-positiewe pasiënt en sy familie.

- Lewenstyl en waarneembare lokus van kontrole;
- Gesondheidsorg; ouderdom en ontwikkelingsvlak,
- Omgewings- en ekonomiese hulpbronne;
- Ouderdoms- en ontwikkelingsvlakke;
- Vorige ondervindings met gesondheidsorg-sisteme.

2.4.5 GESONDHEIDSMODELLE EN TEORETIESE PERSPEKTIEWE

Vervolgens bespreek die navorser die volgende modelle en teoretiese perspektiewe rakende gesondheidsgedrag, wat primêr fokus op die persoonlike en interpersoonlike faktore wat gesondheidsgedrag beïnvloed, naamlik die "Health-belief-model van Rosenstock, die "High-level wellness"-model van Dunn en die "Health promotion-model van Pender. Hierdie teorieë word vervolgens weergegee, bespreek en toegepas soos in Tabel 2.3 aangedui. (Daniels, 2005: 50).

Tabel 2.3 Modelle en teoretiese perspektiewe rakende gesondheidsgedrag

Model en teoretikus	Aannames	Toepassing op navorsing
<p>“Health-belief”-model van Rosenstock</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verwagtinge word gerig deur gedrag, wat lei tot vervulling van verwagtinge. 2. Groepwaardes oefen 'n invloed uit op oortuigings rakende gesondheid. 3. Oortuigings kan verander namate 'n persoon groei en ontwikkel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indien die MIV-positiewe pasiënt die inligting rakende MIV en VIGS wat aan hom oorgedra is, begryp, sal hy 'n ingeligte besluit rakende sy lewe as 'n MIV-positiewe pasiënt kan inrig en sodoende ook sy familie oor sy positiewe status kan inlig. • Die MIV-positiewe pasiënt kan dan ook so verseker dat sy familie die inligting rakende sy siekte begryp en die pasiënt dus ondersteun. • Indien die familie en die MIV-positiewe pasiënt ook positief oor die aangeleenthede voel sal meer van verwysingsnetwerke gebruik kan word en stigmatisering moontlik laat afneem. • Gemeenskapsbewuswording en optrede is fassilliterend.
<p>“High-level wellness”-model van Dunn</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gesondheid word beïnvloed deur die interaksie tussen die individu, sy familie en die gemeenskap. 2. Gesondheid word beskou as 'n poging om 'n individu se volle potensiaal te bereik. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indien die MIV-positiewe pasiënt die inligting rakende sy MIV-positiewe status wat aan hom oorgedra begryp, kan hy ingeligte keuses ten opsigte van sy lewe en seksuele praktyke maak en so ook sy familie hieroor inlig. • Indien die MIV-positiewe pasiënt ondersteuning van sy familie ontvang, kan hy nieteenstaande sy MIV-positiewe status steeds sy volle potensiaal bereik; • Die ingeligte MIV-positiewe pasiënt wat ondersteuning van sy familie ontvang, kan ook weer as rolmodel in die gemeenskap optree. Sodoende kan stigmatisering rakende MIV en VIGS afneem.

<p>“Health promotion”-model van Pender</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individue raak betrokke by gesondheidsbevorderingsgedrag as hulle waarde heg aan gesondheid en begryp dat eie gesondheid beheer kan word; 2. Hulle moet die voordele van selfsorg kan identifiseer en 'n positiewe begrip hê van eie gesondheidstatus. 3. Gesondheidsbevorderingsgedrag word beïnvloed deur 'n persoon se oorgeërfde en aangebore kenmerke; 4. Belangrike persone soos familie, vriende, maats en gesondheidswerkers dra hierdie gedrag as rolmodel oor en verwag dat gedrag dan nageboots sal word. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indien die MIV-positiewe pasiënt asook sy familie beseft dat daar steeds 'n mate van beheer is rakende hulle lewe, kan positiewe besluite met betrekking tot lewenstylaanpassings en ondersteuning intree; • Lewenstylaanpassings kan gemaak word; • Die familie van die MIV-positiewe pasiënt ondersteun hierdie pasiënt aangesien hulle ingelig is rakende MIV en VIGS en aanpassings wat gemaak moet word ter voorkoming; • Mobilisering van gemeenskapsprojekte om die voorkoming van MIV en VIGS te inisieer; • Beter samewerking, veral tussen lewensmaats en familie onderling, ten opsigte van bekamping van MIV en VIGS, sal meebring dat ondersteuning aan die MIV-positiewe pasiënt ook maksimaal sal wees; • Ondersteuningsnetwerke word optimaal benut ter ondersteuning van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie.
---	--	---

Daniels (2005:850)

2.4.6 MITES

Daar bestaan verskeie lewensbedreigende mites wat in sommige gemeenskappe die rondte doen ten opsigte van die oordrag van die MI-virus en genesing van MIV en VIGS. Praktiese ervaring rakende en navorsing oor hierdie globale epidemie wat oor meer as twee dekades heen strek, het bevind dat die MI-virus nie in die volgende gevalle oorgedra word nie, soos baie werklik glo. Enkele van hierdie mites word vervolgens bespreek.

- Evian (2000:18) en Van Dyk (2001:32) noem beide dat hoë en niese nie die MI-virus kan oordra nie, aangesien die MI-virus nie stabiel is nie en dus nie buite die menslike liggaam kan bestaan nie.
- Evian (2000:18) en Van Dyk (2001:32) noem dat informele kontak soos handdruk, omhelsing en aanraking of om 'n MIV-positiewe persoon te vertroos en ook 'n soen, nie kan bydra tot MIV-infeksie nie. Die outeurs verduidelik ook dat, deur kos, water, borde, koppies, lepels, toiletsitplekke, storte of baddens met 'n persoon wat MIV-positief is, te deel, nie aansteeklikheid in die hand werk nie.
- Evian (2000:18) en Van Dyk (2001:32) noem vervolgens ook dat, deur bedlinne, handdoeke, klere, 'n telefoon en 'n huishouding met 'n persoon wat MIV-positief is, te deel, nie die MIV-infeksie in 'n ander persoon kan veroorsaak nie. So ook kan swem met 'n MIV-positiewe persoon in 'n gemeenskaplike swembad nie MIV-infeksie meebring nie, aangesien die chloor in swembadwater die virus vernietig.
- Evian (2000:18) en Van Dyk (2001:32) noem ook dat muskiete, motte, ander insekte en troeteldiere nie die MI-virus kan oordra nie.
- Deelname aan spansport, met die voorbehoud dat daar nie kontak met bloed van die persoon wat MIV-positief is, plaasvind nie, en ander sosiale kontak tussen skoolkinders, soos deur skoolfasiliteite te deel, kan nie die MI-virus in 'n ander persoon veroorsaak nie (Van Dyk, 2001:32).
- Ten Brummelhuis en Herdt (1996:34) berig dat vroue in Sentraal- en Oos-Afrika glo dat, indien hulle 'n kondoom gebruik en dit bars of in die vagina agterbly, dit tot die dood kan lei of tot permanente steriliteit.

Volgens Van Dyk (2001:32) is die mees bizarre mites die volgende:

- As 'n persoon wat MIV-positief is seksuele omgang het met 'n baie vet persoon, sal die MIV-positiewe persoon gesond word omdat 'n vet persoon nie "slims-siekte" kan hê nie.
- As die MIV-positiewe persoon seksuele omgang met 'n maagd het, sal hy daardeur genees sal word.
- As 'n MIV-positiewe persoon seksuele omgang het met dogters jonger as 12 jaar, sal die pasiënt daardeur genees word.
- As 'n MIV-positiewe persoon seksuele omgang met baie jong seuns het, sal die pasiënt daardeur genees word.

Dit is dus gebiedend noodsaaklik dat bogenoemde mites uitgeroei moet word, aangesien die mites en opvattinge verhoogde kriminele gedrag kan meebring, wat die epidemie sodoende verder laat versprei (Van Dyk, 2001:32).

2.4.7 KULTUUR, MIV EN VIGS

Antropoloë is van mening dat die voorkoming van MIV en VIGS deur die kultuur van 'n groep bepaal word. Kultuur is volgens sommige navorsers 'n struikelblok, wat moontlik die uitbreiding van die MIV- en VIGS-epidemie dus verklaar. Antropoloë definieer kultuur as die wêreld waarin 'n groep mense leef. Indien die wêreld van so 'n groep nie ondersoek en verstaan word nie, sal pogings om so 'n groep te verander ondoeltreffend en selfs skadelik wees (Ten Brummelhuis & Herdt, 1996:29). Baruth en Manning (2003:9) meen dat mense binne gemeenskappe konstant verander deurdat groei plaasvind en kultuur dus ook kan wissel. Die outeurs noem verder dat subkulture en interkulture ook bestaan en dat elke groep ook intrakulturele of individuele verskille weerspieël.

Kozier *et al.* (2004:206) definieer kultuur as die nie-fisiese kenmerke soos waardes, opvattinge, houdings en gewoontes wat 'n groep individue van 'n spesifieke kultuur deel ten opsigte van

- hoe gesondheid beskou word;
- hoe gesondheidsorg-inligting beskou word;
- wat as 'n gesondheidsprobleem beskou word;

- hoe simptome en bekommernis ten opsigte van die gesondheidsprobleem verwoord word;
- wie gesondheidsorg en behandeling voorsien; en
- watter tipe behandeling toegepas word.

Parker *et al.*, (1998:37) meen dat kulturele faktore die betekenis van sekere konsepte kan beïnvloed — veral in die post-apartheid Suid-Afrika is mense steeds bevooroordeeld en sensitief vir rassisme. So kan 'n wit gesondheidswerker en 'n swart pasiënt verskillende betekenis aan sekere sake heg, wat die internalisering en begrip van boodskappe moontlik kan beïnvloed. Dit is ook die navorser se bekommernis; dus sal sy ook poog om riglyne so te stel dat genoemde aspekte te bowe gekom word.

In 'n artikel "*What do we do with culture? Engaging culture in development*" (Exchange Findings, nommer drie van Maart 2005), meen die outeur dat kommunikasie in kultuur ingebed is. Antropologiese studies is dit eens dat dit aandui dat kommunikasie nie noodwendig van ander aspekte van die sosiale lewe geskei kan word nie. Kultuur het 'n ekspressiewe dimensie en word ook dikwels beskou as 'n struikelblok in die weg van verandering. Die betekenis van waardes is eksplisiet in aktiwiteite en praktyke van die daaglikse lewe te bespeur. Kultuur en sosiale aktiwiteite kan ook gesondheidsorgprogramme beïnvloed; daarom is dit uiters belangrik om kulturele prosesse in die ontwikkeling van beleid, beplanning en die praktyk in aanmerking te neem.

2.4.8 OPSOMMING

Dit is duidelik dat die gemeenskap 'n sentrale rol in die familiestruktuur asook in die lewe van die MIV-positiewe pasiënt speel, veral waar daar reeds so 'n verval in die familiestruktuur plaasgevind het weens sterftes aan VIGS. Dit is ook die navorser se oortuiging dat, deur die mobilisering van netwerke om inligting rakende MIV en VIGS betekenisvol oor te dra, begrip plaasvind en gedragsverandering bewerkstellig word. Namate inligtingoordrag rakende MIV en VIGS begrip bewerkstellig, sal stigma en mites rakende MIV en VIGS ook afneem, en die navorser verwys veral na die drie teorieë van Rosenstock, Dunn en Pender, soos in Tabel 2.3 verduidelik is.

2.5 DIE GESONDHEIDSWERKER

Die gesondheidswerker se rol in hierdie navorsing is baie belangrik en word ook skematies in Figuur 2.1 voorgestel. Die gemeenskapswerker word as die kundige in 'n gemeenskap beskou, en die siening van hierdie gesondheidswerker is vir die pasiënt en die gemeenskap belangrik. Die navorser is van mening dat die gesondheidswerker 'n belangrike bydrae tot die voorkoming van MIV en VIGS kan lewer as sy inligting rakende MIV en VIGS kundig kan oordra sodat begrip by die pasiënt, familie en die gemeenskap bewerkstellig kan word.

2.5.1 KATEGORIEË VAN GESONDHEIDSWERKERS IN KLINIEKE

Gesondheidswerkers kan vir die doel van hierdie navorsing die volgende kategorie werkers insluit en word volledig in Hoofstuk 1 verduidelik:

- Geregistreerde verpleegkundiges in klinieke (Clark, 1999:13),
- Gemeenskapswerkers in klinieke is werkers wat nie-professioneel is en onder die toesig van die geregistreerde verpleegkundige funksioneer.
- Gesondheidsvoorligters in klinieke is werkers wat nie-professioneel is en onder die toesig van die geregistreerde verpleegkundige funksioneer om hoofsaaklik gesondheidsifting te doen en ook om gesondheidsvoorligting en berading aan pasiënte in veral mobiele klinieke en ook tydens huisbesoeke in die gemeenskap te doen.
- 'n Vrywillige werker in klinieke verwys na 'n persoon wat uit vrye wil en ongedwonge, sonder enige vergoeding, 'n bepaalde lekediens aan die MIV-positiewe pasiënt lewer, onder die toesig van die geregistreerde verpleegkundige. Hierdie diens is aanvullend tot die diens van die gesondheidswerker wat deur die gesondheidsorg-instansie aangestel is (soos aangepas uit, Kritzinger & Labuschagne (1998:1107; 2004:100).
- Mediese dokters in klinieke en in die Potchefstroom Hospitaal wat hulle gemeenskapsjaar verrig en Primêre gesondheidsorg asook berading doen.
- Privaat mediese praktisyns in Potchefstroom wat in 'n privaatpraktyk funksioneer en pasiënte in 'n privaat hoedanigheid behandel. Hierdie take van die praktisyn sluit dan ook berading in en toetsing vir die MI-virus van sy privaat pasiënt op aanvraag.

- Ander gesondheidswerkers soos maatskaplike werkers, aptekers en dieetkundiges is ook in kliniek-opset werksaam.

2.5.2 DIE ROL EN FUNKSIE VAN DIE GESONDHEIDSWERKER

Die gesondheidswerkers vervul 'n belangrike rol, naamlik dat hulle voorligting rakende MIV en VIGS op so 'n wyse aan die MIV-positiewe pasiënt moet oordra dat die MIV-positiewe pasiënt dit verstaan en internaliseer. Begrip van inligting wat oorgedra is, ontstaan eers as hierdie inligting geïnternaliseer is en hierdie MIV-positiewe pasiënt sy MIV-positiewe diagnose begryp. As die MIV-positiewe pasiënt sy siektetoestand aanvaar en vrymoedigheid het om sy MIV-positiewe status aan sy familie te openbaar kan ondersteuning plaasvind. Alvorens dit gebeur, sal die familie nie die MIV-positiewe pasiënt kan verstaan en ondersteun nie.

Gesondheidswerkers moet egter daarop let dat, alhoewel persone van 'n spesifieke groep of kultuur sekere opvattinge, waardes en ondervindings deel, daar ook wydverspreide intragroep-diversiteit voorkom. Groot verskille in sekere groepe of kulture kan voorkom weens faktore soos ouderdom, geslag, opvoedkundige vlak, sosio-ekonomiese status en die plek van oorsprong (Kozier *et al.*, 2004:206). Voorts noem die skrywers ook dat kultuur 'n komplekse geheel is waarin elke komponent in verhouding tot die ander staan en dat kultuur op 'n onderliggende sosiale matriks steun, insluitend kennis, geloof en gebruike.

Bradley en Edinberg (1990:225) meen dat pasiënte gesondheidswerkers beskou as magtig, beter as ander asook nie-empaties. 'n Kommerwekkende bevinding uit Phetlhu (2005:5-58) se navorsing oor die stigmatisering van die pasiënt wat MIV-positief en ook pulmonale tuberkulose onder lede het, is dat die gesondheidswerker nie ondersteunend en empaties teenoor hierdie pasiënte optree nie.

Bradley en Edinberg (1990:225) meen voorts dat die gesondheidswerker aktief besig moet wees daarmee dat die pasiënt sy eiewaarde kan behou of verbeter. Deur 'n pasiënt se waardigheid te respekteer kan die gesondheidswerker 'n terapeutiese agent wees, al lewe die pasiënt in hagiike sosiale, ekonomiese of gesondheidsomstandighede. Die bevinding uit Phetlhu (2005:5-58) se studie maak dit dringend noodsaaklik dat hierdie gesondheidswerkers ook verder ondersoek moet word.

Bradley en Edinberg (1990:225) noem ook dat, indien die gesondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt nie mekaar se taal verstaan nie, die angsvlak baie hoog kan styg en geen woorde in hierdie kommunikasie enige sin kan maak nie. Soms word van tolke gebruik gemaak, en ook dít kan probleme skep, veral as sensitiewe onderwerpe bespreek word.

Die gesondheidswerker moet sensitief wees vir verskille in kulturele persepsies, veral die siekerol, die rol wat familie vervul, die rol van mans en vroue en die simboliese belangrikheid van kosse en dieet. Hierdie aspekte is veral belangrik as die pasiënt onderrig word om byvoorbeeld spesifieke geneesmiddels getrou te moet gebruik. Sensitiwiteit ten opsigte van kulturele persepsies is belangrik vir die skep van 'n vertrouensverhouding (Bradley & Edinberg, 1990:225).

Die gesondheidswerker se houdings, opvattinge, waardes, taalgebruik en wêreldbeskouing word gevorm deur sy vorige ervarings, maar word ook deur kulturele agtergrond geslyp. Heel dikwels word aanvaar dat kulturele verskille 'n persoon se onverskilligheid teenoor sy gesondheid bepaal. Daar moet egter oorweeg word of dit nie die integrale komponent is van hoe 'n persoon sy lewe en gesondheid hanteer nie. Hierdie aspek kan alleenlik ondervang word as die gesondheidswerker die kulturele verskille ken en weet hoe om binne verskillende kulturele situasies op te tree (Bradley & Edinberg, 1990:225).

Volgens Bradley en Edinberg (1990:225) word aanvaar dat kulturele verskille 'n persoon se onverskilligheid ten opsigte van sy gesondheid bepaal. Dit is egter belangrik dat die gesondheidswerker die kulturele verskille ken en verstaan.

Geloof is ook 'n baie belangrike aspek van die pasiënt, en die gesondheidswerker moet sensitief wees vir die wyse waarop hierdie pasiënte en hulle families benader moet word om ook in hierdie behoefte van die pasiënt te voorsien. Dit is belangrik om kontak op te neem met die familie en geestelike leier (Bradley & Edinberg, 1990:225).

Taalkundiges is dit ook eens dat Afrika-tale 'n kombinasie is van 'n dialek van 'n Afrika-taal of 'n Afrika-tipe Engels, en die gesondheidswerkers verstaan nie altyd die tipe dialek nie. Verbale en nie-verbale gedrag soos nuanses, toonhoogtes en gebare verduidelik verder wat bedoel word. Die gesondheidswerker moet die pasiënt nie veroordeel as gevolg hiervan en bloot aanvaar dat hy die taal nie korrek kan gebruik nie, maar moet besef dat die Afrika-tale te min werkwoorde bevat. In die verlede het swart pasiënte na

wit gesondheidswerkers gegaan, maar die tendens is tans dat swart gesondheidswerkers verkies word omdat hulle die kultuur en taal van die swart pasiënt verstaan (Bradley & Edinberg, 1990:225).

2.5.3 KOMMUNIKASIESTRATEGIEË

Dit is dus uiters belangrik dat gesondheidswerkers die inligting rakende MIV en VIGS so aan die MIV-positiewe pasiënte en hulle families moet oordra dat dit bevorderlik is daarvoor dat die MIV-positiewe pasiënt dit kan begryp. Om dit te kam bereik, moet die gesondheidswerker verskillende strategieë toepas en is herhaling van inligting nodig om leer te versterk. Die boodskap rakende verandering in sosiale gedrag asook die beskerming van die MIV-positiewe persoon is dus van kardinale belang. Die inagneming van die MIV-positiewe pasiënt se kultuur is ook hier van groot belang.

Verskillende strategieë om kommunikasie tussen kulture te verstaan en toe te pas terwyl inligting verstrekkend word, word vervolgens bespreek en moet deurlopend deur die gesondheidswerker wat met die oordrag van MIV- en VIGS-verwante inligting gemoeid is, toegepas word. Hierdie strategieë is as volg:

- **TAAL**

Dit is hier baie belangrik dat, indien daar van 'n tolk gebruik gemaak word, die gesondheidswerker en die tolk dieselfde betekenis aan 'n begrip moet heg. Volgens Triandis (2000:145) vergroot die gaping ten opsigte van kulturele verskille as mense verskillende tale praat en die kommunikasie in dieselfde taal as dié van die toehoorder nie aangemoedig word nie, met ander woorde deur middel van 'n tolk. Steyn (1993:13) noem ook dat daar met nie-verbale kommunikasie rekening gehou moet word.

- **GROET**

Die gesondheidswerker kan die MIV-positiewe pasiënt eerste groet, en die navorser is van mening dat dit 'n positiewer klimaat kan skep waarbinne MIV- en VIGS-verwante inligting beter oorgedra kan word. Volgens Schutte (2001:16) speel die persoon wat eerste groet 'n belangrike rol, veral by die swart persoon. Dit is dan so dat die persoon wat 'n hoër status beklee, eerste moet groet.

- **GEBARE**

Schutte (2001:16) wys onder andere uit dat die swart persoon dit as disrespekvol beskou as daar vir hom vinger gewys word. Dat iets vir iemand met die regterhand aangebied word, word as respekvol ervaar.

- **LUISTER**

Die navorser weet, uit ervaring as verpleegkundige in klinieke, dat daar nie altyd aandag geskenk word aan hierdie belangrike aspek van kommunikasie nie, aangesien klinieke oorvol is en gesondheidswerkers min is. Leininger (1997:200) bespreek ook die belangrikheid van luister en noem dat luistervaardighede uiters belangrik is. Dit is ook baie belangrik om geduldig te wees en luistervaardighede toe te pas.

- **RUIMTE**

Giger en Davidhizar (1991:1-3) noem dat dit baie belangrik is dat die gesondheidswerker die pasiënt se persepsie van ruimte moet vasstel, aangesien persoonlike ruimte vir verskillende kulture verskillende betekenis inhou. Schutte (2001:16) lig die feit uit dat, indien hierdie ruimtes betree word, dit spanning tydens voorligting en die beraadingsproses kan meebring. Kozier *et al.* (2004:426) differensieer tussen vier tipes ruimte, naamlik intieme, persoonlike, sosiale en openbare ruimte, wat tydens kommunikasie in aanmerking geneem moet word.

- **OOGKONTAK**

Volgens Schutte (2001:16) asook Bradley en Edinberg (1990:30-31) is oogkontak onder Europese kulture baie belangrik, maar by die Afrika-kultuur toon hierdie groep respek as oogkontak nie gemaak word nie en word die oë afgewend.

- **STEMTOON**

Volgens Schutte (2001:16) word stemtoon gemeet aan spoed, volume en toonhoogte. Afrika-kulture praat hard tydens sosiale situasies, maar kan ook sag praat as respek betoon word. Europese kulture vind gewoonlik die harde stemtoon steurend en verwys na Afrika-kulture as ongekultiveerd.

Dit is dus belangrik om meer van ander kulture te wete te kom. Sodoende kan die gesondheidswerker op 'n gegewe tydstop die nodige respek betoon, wat weer die kommunikasieproses positief sal beïnvloed. Kennis aangaande struikelblokke vir kulturele kommunikasie is ook van belang.

2.5.4 DOELTREFFENDE KOMMUNIKASIE TYDENS BERADING

Verskeie studies beweer dat goeie berading die MIV-positiewe pasiënt help om ingeligte besluite te kan maak, die situasie met sy gesondheidsprobleem beter te kan hanteer, 'n meer positiewe lewe te kan lei en die verdere oordrag van die MI-virus te kan voorkom. Gesondheidswerkers is dus in 'n gunstige posisie om berading aan pasiënte te kan gee. Wat egter wel vasstaan, is dat emosionele versorging en ondersteuning dikwels verwaarloos of nagelaat word (UNAIDS, 2001; Fact Sheet 7, 7-2).

Die volgende is belangrike konsepte wat tydens kommunikasie en berading in ag geneem moet word

- 'n bewustheid van die gesondheidswerker as berader se eie oortuigings, waardes en aannames;
- 'n respekvolle, nie-veroordelende houding van die gesondheidswerker. Evian (2000:270) noem dat gesondheidswerkers nie veroordelend teenoor pasiënte moet optree nie;
- om aktief te kan luister en sake van belang akkuraat weer te gee. Die kuns om aktief te kan luister is om in die pasiënt se ondervinding te kan deel en omstandighede te probeer verstaan;
- dat die gesondheidswerker op 'n nie-veroordelende wyse vrae van 'n ondersteunende aard moet stel;
- om vir die MIV-pasiënt om te gee;
- dat die gesondheidswerker bewus moet wees van eie verbale en nie-verbale gedrag;
- dat die gesondheidswerker praktiese ondersteuning, advies en inligting aan die MIV-positiewe pasiënt kan gee en hom te kan verwys;
- dat die gesondheidswerker opsies vir sorg en ondersteuning met die MIV-positiewe pasiënt moet bespreek en ook na ander ondersteuning moet verwys,

- dat die gesondheidswerker die MIV-positiewe pasiënt en die familie moet aanmoedig om hul eie besluite te neem;
- dat die gesondheidswerker 'n stil, private atmosfeer moet skep waarin die pasiënt gemaklik en veilig kan voel (UNAIDS, 2001: Fact Sheet 7, 7-2).

In Family Health International (2005:5) meen die outeur dat suksesvolle kommunikasie oor MIV- en VIGS-verwante inligting die beste deur middel van dialoog bereik word. Die berader se vermoë om 'n veilige en geborge omgewing te skep waarin die pasiënt vrae kan stel, persoonlike inligting kan deel, inligting kan insamel en besluite kan neem sonder om veroordeel of onder druk te voel is van kritieke belang vir die geslaagdheid van interaksie. Om so 'n omgewing te skep moet die berader genoeg tyd en aandag aan die pasiënt bestee en hom met die nodige respek bejeën. Verbale en nie-verbale vaardighede in die beradingsessie wat dit vir die pasiënt moontlik maak om sy probleme te verken om sodoende sy probleme beter te verstaan is uiters belangrik. Deur die toepassing van hierdie vaardighede verstrekk die gesondheidswerker as berader inligting en verseker hy vertroulikheid en fasiliteer hy die vestiging van 'n vertrouensverhouding.

Weereens wil die navorser na Phetlhu (2005:46-49) se bevindings verwys en haar kommer uitspreek daaroor dat doeltreffende kommunikasie tydens berading van die MIV-positiewe pasiënt nie plaasvind nie.

2.5.5 KOMMUNIKASIE STRUIKELBLOKKE

Kommunikasiestruikelmukke wat te wyte is aan kultuur, kan uit die weg geruim word indien die gesondheidswerker daarvan bewus is en poog om dit uit die weg te ruim.

Die struikelmukke is die volgende:

2.5.5.1 GEBREKKIGE KENNIS VAN DIE ANDER SE KULTUUR ASOOK HOUDINGS TEENoor ANDER KULTURE

Uys (1999:393-394) en Schutte (2001:16) meen dat gedrag en verwagtings van 'n individu grootliks beïnvloed word deur sy kultuur; daarom is dit noodsaaklik dat gesondheidswerkers sensitief teenoor 'n pasiënt se kulturele agtergrond moet optree.

Die kultuur waartoe 'n persoon behoort, het ook 'n belangrike uitwerking op die volgende aspekte van 'n persoon se lewe: taal en kommunikasie, dieetgewoontes, sosiale gedrag, biologiese erfenis, geslagsrolle en alternatiewe gesondheidspraktyke (Uys, 1999:393-394).

Uys (1999:393-394) meen voorts dat kultuur grootliks deur drie faktore bepaal word, naamlik:

- **TAAL**

Omdat kultuur deur middel van taal oorgedra word, is dit te begrype dat mense wat dieselfde taal praat kulturele inhoude sal deel. As 'n individu slegs een taal verstaan, sal die kulturele inhoud van die taal die enigste wees waaraan hy blootgestel is. Indien 'n individu meer as een taal verstaan, kan opvattinge en waardes van die persoon ook meer omvattend wees.

- **RELIGIEUSE AFFILIASIE**

'n Individu se basiese opvattinge en waardes word uit religieuse/godsdienstige affiliasies gevorm; dus bepaal dit kultuur. In talle dele van die wêreld is godsdienstige affiliasie die belangrike kenmerk wat bepaal tot watter groep 'n persoon behoort.

- **ETNISITEIT**

Omdat dit na 'n "*sense of identification*" met 'n groep individue wat dieselfde erfenis deel of deur geboorte of deur aanneming verwys, bepaal etnisiteit kultuur. Etnisiteit verwys na algemene kultuur en sosiale opvattinge en hierdie etniese groepe deel heelwat gesondheidsopvattinge en -gebruike.

2.5.5.2 STEREOTIPERING EN VOOROORDELE VAN DIE GESONDHEIDSWERKER MET BETREKKING TOT DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT

Uys (1999:393-394) meen dat stereotipering 'n oorvereenvoudigde beskrywing van 'n groep is en voorkom dat persone mekaar werklik leer ken. Stereotipering deur gesondheidswerkers kan goeie gesondheidsorg aan MIV-positiewe pasiënte nadelig beïnvloed. Phethlu (2005:46-49) bewys hierdie aanname van Uys (1999:393-394).

Die diagnose van "MIV" beteken dadelik dat 'n MIV-positiewe pasiënt geïdentifiseer word as 'n lid van 'n gestigmatiseerde groep. Hierdie toestand kan moontlik (Bradley & Edinberg, 1990:225) probleme skep.

2.5.5.3 EMPATIE VIR DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT DEUR DIE GESONDHEIDSWERKER

Sundeen *et al.* (1989:160) sê dat empatie die vermoë van die helpende persoon (gesondheidswerker) is om met 'n pasiënt te kommunikeer en diepte en mening aan die verhouding te gee. Dit verleen dus 'n bykomstige dimensie van verstaan, sonder dat die gesondheidswerker wat empaties optree sy self-bewussyn ("sense of self") verloor en steeds objektief bly. Die gesondheidswerker moet eerstens bewus word van die MIV-positiewe pasiënt as 'n individu eerder as 'n probleem wat gediagnoseer moet word. Die respek wat die gesondheidswerker aan die MIV-positiewe pasiënt betoon, moet ook in die gesondheidswerker se aksieplan ten opsigte van die MIV-positiewe pasiënt weerspieël word. Sodra 'n MIV-positiewe pasiënt die gesondheidswerker vertrou, sal hy ook die pynlike gevoelens van verlies, wat eindelose hartseer bring, met die gesondheidswerker deel. Soms kan hierdie verhouding daartoe lei dat 'n MIV-positiewe pasiënt sal wil huil, wat weer verligting vir hom kan bring. Sosio-kultureel is dit nie altyd aanvaarbaar dat mans huil nie en moet die gesondheidswerker hierdie ongemak dus kan eien en die pasiënt kan gerus stel.

2.5.5.4 TE MIN SELFVERTROUE

Sundeen *et al.* (1989:69) meen dat 'n individu met 'n gesonde selfbeeld genoegsame besorgdheid oor sy eie gesondheid en voorkoms sal toon. Die ideale self is ook 'n baie belangrike aspek van 'n individu se persoonlikheid en is gedeeltelik gebaseer op die norme van die samelewingsnorme en die strewe van die individu om dit te bereik. Kongruensie tussen 'n individue se selfbeeld en sy ideale self is 'n belangrike determinant van geestesgesondheid. 'n Individu se ideale selfbeeld kan ook sy verhoudings beïnvloed. 'n Individu se selfbeeld behels al die aspekte van homself waarvan hy bewus is en sluit gevoelens, waardes en opvattinge in, wat gedrag kan beïnvloed. Sundeen *et al.* (1989:69-73) noem dat selfbeeld beskryf word as die persoonlike oordeel van 'n individu oor sy eie waarde, soos verkry deur hoe 'n persoon opweeg teen standarde en sy vergelyking van sy uitsette in vergelyking met ander.

2.5.5.5 TE MIN VERTROUW

Sundeen *et al.* (1989:159) noem dat die verhouding tussen die gesondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt op vertroue gebaseer moet wees om doeltreffend te kan wees. Sommige individue kan dalk geneig wees om die gesondheidswerker nie te vertrou nie, as gevolg van vorige ervarings waarin vertroue geskend is. Die gesondheidswerker moet dus konsekwent, betroubaar en eerlik optree. Die vermoë om te vertrou is ten nouste gekoppel aan goeie kommunikasie, want deur inligting te verstrek word 'n geleentheid geskep om gevoelens te deel. Sodoende word vertroue opgebou. As 'n MIV-positiewe pasiënt die gesondheidswerker kan vertrou, help dit hom om openlik oor gevoelens en bekommernisse te praat.

Die navorser is van mening dat, indien die gesondheidswerker hierdie struikelblokke kan oorkom, die oordrag van inligting en die internalisering daarvan veel meer doeltreffend sal wees.

Dit is dus ook belangrik en sal in die aanbevelings deur die navorser versterk word deurdat sy sal aanbeveel dat gesondheidswerkers bemaagtig word deur die regte kommunikasievaardighede toe te pas terwyl inligting rakende MIV en VIGS aan die MIV-positiewe pasiënt, sy familie en ook die gemeenskap oorgedra word.

2.5.6 KOMMUNIKASIEKATEGORIEË

Twee kommunikasiekategorieë is in hierdie navorsing van belang, en dit het betrekking op sowel die gesondheidswerker as die MIV-positiewe pasiënt, naamlik:

- Intrapersoonlike kommunikasie wat binne die mens self geleë is, byvoorbeeld deur middel van gedagtes, beplanning van gesprekke en oorweging van alternatiewe. Huebsch (soos aangehaal deur Van Dyk, 2001:5) beskryf intrapersoonlike kommunikasie as 'n vorm van selfrefleksie of 'n debat wat die mens met sy gewete voer. Dit is egter belangrik dat die gesondheidswerker oor 'n gesonde intrapersoonlike kommunikasiebasis beskik, aangesien dit volgens Van Dyk (2001:4) bepaal hoe met ander gekommunikeer word.
- Interpersoonlike kommunikasie verwys na die oordrag van boodskappe tussen individue in bepaalde groepe (Van Dyk, 2001:5).

Dit is vir die navorser belangrik dat die gesondheidswerker in sy eie menswees hiervan bewus gemaak moet word en dat hy dit ook in die MIV-positiewe pasiënt moet kan raaksien.

2.5.7 FAKTORE WAT KOMMUNIKASIE BEÏNVLOED

Faktore wat kommunikasie in die kliniesepraktyk-situasie kan beïnvloed, is baie belangrik en moet deur die gesondheidswerker in ag geneem word as met pasiënte gekommunikeer word. Van Dyk (2001:7) is van mening dat enige spesifieke kommunikasie óf positief óf negatief deur 'n aantal faktore beïnvloed kan word, byvoorbeeld:

2.5.7.1 PERSOONLIKHEID

Persoonlikheid verwys in die wydste sin na die geïntegreerde organisasie van 'n individuele sielkundige, sosiale, morele en fisiese eienskappe, soos uitgedruk in sy interaksie met sy omgewing en met ander mense. Volgens Plug *et al.* (soos aangehaal deur Van Dyk, 2001:7) is kommunikasie met 'n aangename, verdraagsame persoonlikheid makliker en doeltreffender as dié met iemand wat relatief onvriendelik en onverdraagsaam is. Dit is egter nie net op die MIV-positiewe pasiënt van toepassing nie, maar ook op die gesondheidswerker. Kozier *et al.* (2004:426) noem dat sekere afstande tussen die gesondheidswerker en die pasiënt verkies en gehandhaaf word.

Kozier *et al.* (2004:426) voer ook aan dat omgee, hartlikheid, respek en aanvaarding te alle tye belangrik is in die kommunikasie tussen die gesondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt. Die belangrikheid van hierdie begrippe word vervolgens bespreek:

- Omgee dra die gevoel van emosionele nabyheid oor en is egte omgee vir die pasiënt en behels die meedeel van gevoelens, gedagtes, kennis en vaardighede. Hierdie omgee verg psigologiese energie van die gesondheidswerker, en hy loop die risiko dat min terug ontvang word, maar gewoonlik skep dit 'n platform vir 'n beter verstandhouding en ook sinvoller kommunikasie tussen die MIV-positiewe pasiënt en die gesondheidswerker (Kozier *et al.* 2004:428).
- Respek is die houding van die gesondheidswerker wat die pasiënt se waardigheid en individualiteit in ag neem. Dit dra die boodskap oor dat die pasiënt se gevoelens van hoop spesiaal en uniek is (Kozier *et al.*, 2004:428).

- Aanvaarding benadruk die houding van neutraliteit. Die gezondheidswerker openbaar 'n bevatlikheid en die pasiënt kan sy persoonlike gevoelens vrylik met die gezondheidswerker deel (Kozier *et al.*, 2004:428).

2.5.7.2 EMOSIES

Emosies verwys na gevoelens soos haat, liefde, vrees, geluk en angs wat die individu ervaar, en dit sal binne die konteks van hierdie navorsing vir die gezondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt geld. Volgens Van Dyk (2001:8) is die mens se gevoelens en sy fisiese toestand interafhanklik en sal dit noodwendig die inhoud en die gehalte van die kommunikasie beïnvloed. Indien 'n pasiënt dus MIV-positief is, sal hy emosies van skok, ongeloof en woede ervaar en kan hy dus moontlik te meergedruk en ongelukkig voel. Kommunikasie sal dus uiteraard ook baie moeiliker wees (Van Dyk, 2001:8), en die gezondheidswerker moet in hierdie situasie ook toepaslik kan optree.

2.5.7.3 VERWYSINGSRAAMWERK

Volgens Van Dyk (2001:8) en Kozier *et al.* (2004:426) verwys hierdie konsep na die totale konteks waarbinne 'n individu sake waarneem en beoordeel. Dit sal dus impliseer dat elke persoon, naamlik die gezondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt sy merings ooreenkomstig sy eie ervaring en waardestelsel uitdruk.

2.5.8 KOMMUNIKASIE MET DIE OOG OP SOSIALE VERANDERING

Onderwys en verandering is volgens Parker *et al.* (1997:67) twee baie belangrike konsepte, en hulle noem dat daar 'n besonder noue verband bestaan tussen leer en kommunikasie. Nuwe insigte, kennis en houdings is belangrike boustene vir sosiale verandering (Parker *et al.*, 1997:65).

In Exchange Findings (3 Maart 2005) in die artikel “ *What do we do with culture? Engaging culture in development*” word berig dat kommunikasie in kultuur ingebed is. Antropologiestudies wys daarop dat kommunikasie ook nie noodwendig geskei kan word van ander aspekte van 'n mens se sosiale lewe nie. Die mense van talle kulture is spraaksaam en openhartig. Betekenis en waardes lê implisiet in aktiwiteite en praktyke van die daaglikse lewe opgesluit. Kultuur en sosiale organisasie beïnvloed die gesondheid van gemeenskappe asook gesondheidsorg-programme. Dit is ook belangrik om

kulturele prosesse in die ontwikkeling van beleid, beplanning en praktyk in aanmerking te neem.

Dit is dus belangrik dat verskillende strategieë toegepas moet word en inligting dikwels herhaal moet word om leer sodoende te bevorder en dus ook die boodskap ten opsigte van verandering en ter beskerming van die persoon self.

2.5.9 OPSOMMING

Die belangrikheid van die gezondheidswerker kan nie genoeg beklemtoon word nie. Gesondheidswerkers moet beseft dat hulle wel die skakel is tussen die pasiënt, sy familie en die gemeenskap en dat hulle 'n baie belangrike rol vervul in die oordrag van inligting om begrip te bewerkstellig sodat gedrag kan verander. Hierdie belangrikheid van die gezondheidswerker word ook in Figuur 2.2 aangedui. Indiensopleiding van hierdie gezondheidswerkers moet in heroorweging geneem word sodat kommunikasie en luistervaardighede weer opgeskerp kan word. Dit is ook belangrik om nuwe bevindings uit navorsing soos stigmatisering onder oë te sien en die beleving van isolasie as gevolg van MIV en VIGS. Kultuur, taalverskille, waardes, opvattinge, geestelike en kerklike denominasies en norme is in elkeen se situasie anders; dus moet daar respekvol opgetree word in hierdie verband.

2.6 DIE INTERAKSIE TUSSEN DIE PASIËNT EN GESONDHEIDSWERKER OM VOLDOENDE BEGRIP TE BEVORDER

2.6.1 INLEIDING

Dit is van kardinale belang dat daar goeie skakeling moet wees tussen die gezondheidswerker, die gemeenskap, families van die MIV-positiewe pasiënt en die MIV-positiewe pasiënt self om sodoende die MIV-positiewe pasiënt se familie te bemagtig om hom te kan ondersteun. Die navorser verwys ook hier na Figuur 2.2 om die interaksie tussen rolspelers, soos hierbo genoem, aan te dui.

Hierdie samewerking kan enersyds huidige programme wat reeds bestaan, onderhou, en andersyds nuwe programme aanvoer.

Die interaksie is daarop gerig om die MIV-positiewe pasiënt en sy familie binne die gemeenskap te verstaan sodat MIV- en VIGS-verwante inligtingsoordrag so aangepas

kan word dat die interaksie tot voordeel van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie kan strek. Dit kan dus daartoe dien om die familie van die MIV-positiewe pasiënt by te staan om die pasiënt te ondersteun.

Ondersteuning, oordrag van inligting en modelle ter ondersteuning hiervan, berading, verwysing en huidige behandeling en -sorg van die MIV-positiewe pasiënt word vervolgens bespreek.

2.6.2 OORDRAG VAN INLIGTING RAKENDE MIV EN VIGS

Die oordrag van inligting deur gezondheidswerkers in klinieke in die Noordwes-Provinsie blyk probleme op te lewer, soos deur Greeff en Du Plessis (2001) bevind is. Faktore wat moontlik die oordrag van inligting aan die MIV-positiewe pasiënt rakende van MIV en VIGS kan beïnvloed, kom vervolgens aan die beurt.

Bradley en Edinberg (1990:225) noem dat gezondheidswerkers dikwels in aanraking kom met individue van subkulture. In subkulture het hierdie lede 'n eie identiteit en 'n spesifieke kultuur en kan aanvanklik nie die gezondheidswerker vertrou nie. Baie van hierdie persone kan nie die taal van die gezondheidswerker verstaan nie, en ook dít kan probleme oplewer

Die feit dat individue wel daartoe in staat is om kennis waaraan hulle betekenis geheg het en dit begryp het, te internaliseer, dui daarop dat oordrag van kennis wel geslaagd kan wees (Parker *et al.*, 1997:20). Parker *et al.* (1997:20) voer egter aan dat verskillende interpretasies en doeltreffende kommunikasie afhanklik is van faktore soos gewone taal, verbeelding en die vermoë om die boodskap oor te dra. Dit is egter 'n belangrike behoefte dat die gezondheidswerker wat die boodskap oordra en die MIV-positiewe pasiënt wat die boodskap ontvang oor die vermoë moet beskik om dieselfde betekenis te heg aan die konsep wat oorgedra is en begrip daarvan te toon. Dus, as inligting ten opsigte van MIV en VIGS tydens berading doeltreffend oorgedra word, kan kennis rakende die siektetoestand van die MIV-positiewe pasiënt toeneem.

Raath (2001:64) meen dat taalverskille 'n groot struikelblok is in die gee van MIV- en VIGS-verwante inligting en dat nie alle kulture woorde het vir sekere begrippe soos "virus", "immunitietstelsel" en ander moeilike mediese terme nie en dat dit dus vir die pasiënt moeilik maak om dit te begryp.

UNAIDS (2000c: Fact Sheet 9, 9-1) berig dat as kennis en begrip van MIV en VIGS toeneem, gedrag met betrekking tot en veral houdings teenoor die voorkoming van MIV en VIGS bevorder word. Inligting oor en begrip van MIV-positiewe pasiënte moet verbeter om die gapings tussen bestaande beleide van instansies en die uitvoerbaarheid van die beleid op grondvlak te verklein. Die bevindings van Phetlhu (2005:46-50) dui egter daarop dat daar nie goeie kommunikasie bestaan tussen gezondheidswerkers en veral pasiënte wat met die MIV-virus geïnfekteer is en pulmonale tuberkulose het nie. Daar sal indringend ondersoek ingestel moet word sodat inligting korrek oorgedra word en dat MIV-positiewe pasiënte met respek behandel word.

Pogings om risikogedrag wat met MIV en VIGS verband hou, te beperk of uit te wis, toon min sukses. Roberts et al., (2001:127) meen dat daar reeds baie inligting in die openbare domein versprei is, maar dat daar steeds groot getalle individue is wat hulle in riskante gedrag begewe. Waar daar by sekere bevolkingsgroepe reeds 'n onderneming is om gedrag te verander, word hierdie besluit nie altyd getrou gehandhaaf nie. Die meeste mites en waninligting ten opsigte van MIV en VIGS kan reggestel word deur middel van deurlopende onderrig en voorligting om sodoende die korrekte inligting oor te dra en begrip te bewerkstellig. Hierdie onderrig sal ontkenning en die vrees vir stigmatisering en isolasie laat afneem (UNAIDS, 2000c: Fact Sheet 9, 9-1).

2.6.2.1 DOELTREFFENDE OORDRAG VAN INLIGTING

Kommunikasie as doeltreffende medium om inligting rakende MIV en VIGS tydens berading aan ander oor te dra word vervolgens bespreek.

• KOMMUNIKASIE AS INTEGRALE FASET VAN INLIGTINGOORDRAG

Kommunikasie as deel van die beradingsproses en kommunikasietegnieke om inligting rakende MIV en VIGS deur die gezondheidswerker aan die pasiënt oor te dra word vervolgens bespreek.

Die navorser is van mening dat inligtingsoordrag en die internalisering daarvan verlore gaan indien die gezondheidswerkers in klinieke kommunikasie en kommunikasietegnieke nie goed hanteer nie.

Kommunikasie beteken die oordrag van betekenis van 'n begrip/konsep om sodoende die betekenis van die begrip/konsep wat oorgedra word, te versterk (Allender &

Spratley, 2001:137) en maak 'n integrale deel uit van die praktyk van die gesondheidswerker. Hierdie feite word dikwels as vanselfsprekend aanvaar, en die kommunikasiegehalte van mense, dus ook van gesondheidswerkers met ander, het dus verreikende gevolge.

'n Gebrek aan doeltreffende kommunikasie kan lei tot misverstande, swak werksuitsette, interpersoonlike konflik, nie-doeltreffende programme en swak openbare beleid, volgens Marshall en Houseman (soos aangehaal deur Allender & Spratley, 2001:138). Dit is dus vir die navorser belangrik dat gesondheidswerkers oor al die nodige kommunikasievaardighede moet beskik alvorens hulle berading aan MIV-positiewe pasiënte kan gee.

Om suksesvol te kan kommunikeer moet persone wat met mekaar verkeer en kommunikeer sekere feite gesamentlik konstrueer en ooreenstemmende betekenis vir hierdie begrippe/konsepte ontwikkel sodat die begrip/konsep vir beide die persone verstaanbaar en betekenisvol is (Allender & Spratley, 2001:138). Hiraki (soos aangehaal deur Allender & Spratley, 2001:138) sê die volgende: "A sentence is situated in a world of objects and events, the internal world of one's intensions and experiences, and the social world of norms and shared values."

Morrison en Burnard (1997:2) noem ook dat, hoewel daar baie veranderinge en vooruitgang in verpleging oor die jare heen plaasgevind het, sekere aspekte konstant gebly het, naamlik kommunikasie, omgee vir ander en ondersteuning aan pasiënte. Kozier *et al.* (2004:421) noem dat gesondheidswerkers wat doeltreffend kan kommunikeer beter daartoe in staat is om:

- data te beraam;
- veranderinge en gesondheidsbevordering te kan aanvoer en
- 'n doeltreffende gesondheidswerker-pasiënt-verhouding op te bou.

Volgens Parker *et al.* (1997:20) is die tradisionele kommunikasieproses logies en maklik om te verstaan. As daar werklik indringend na die kommunikasieproses gekyk word, blyk dit dat die model tog beperkinge inhou, aangesien kommunikasie selde 'n tweerigtingproses is. 'n Groot meerderheid boodskappe wat veral deur die media, radio en televisie oorgedra word, is slegs eenrigtingboodskappe. Hierdie boodskappe word ook selde op dieselfde wyse ontvang en die interpretasie van die boodskap, volgens Parker

et al. (1997:20), verskil van individu tot individu en van groep tot groep. Webb (1997:1) spreek ook sy kommer uit oor die inligting rakende MIV en VIGS wat oorgedra maar nie reg vertolk word nie, en die outeur meen ook dat die groot verskeidenheid wyses waarop mense in hierdie situasie van inligtingoordrag reageer en optree dringend ondersoek moet word en aandag moet geniet (Webb, 1997:1).

2.6.2.2 FAKTORE WAT DIE OORDRAG VAN INLIGTING RAKENDE MIV EN VIGS KAN BEÏNVLOED

UNAIDS (2000c: Fact Sheet 9, 9-1) berig dat as kennis en begrip van MIV en VIGS toeneem, gedrag met betrekking tot en veral houdings teenoor die voorkoming van MIV en VIGS sal kan verander. Kennis en begrip van pasiënte moet verbeter om die gapings tussen bestaande beleide van instansies en die uitvoerbaarheid van die beleid op grondvlak te verklein.

Pogings om risikogedrag wat met MIV en VIGS verband hou, te beperk of uit te wis, toon min sukses. Roberts *et al.*, (2001:127) meen dat daar reeds baie inligting in die openbare domein versprei is, maar dat daar steeds groot getalle individue is wat hulle in riskante gedrag begewe. Waar daar by sekere bevolkingsgroepe reeds 'n onderneming is om gedrag te verander, word hierdie besluit nie altyd getrou gehandhaaf nie. Die meeste mites en waninligting ten opsigte van MIV en VIGS kan reggestel word deur middel van deurlopende onderrig en voorligting om sodoende die korrekte inligting oor te dra en begrip te bewerkstellig. Hierdie onderrig sal ontkenning en die vrees vir stigmatisering en isolasie laat afneem (UNAIDS, 2000c: Fact Sheet 9, 9-1).

2.6.2.3 WYSES VAN INLIGTINGOORDRAG

Kozier *et al.* (2004:423) noem dat kommunikasie hoofsaaklik verbaal en nie-verbaal geskied — verbale kommunikasie deur te praat en te skryf, en nie-verbaal deur middel van gesigsuitdrukkinge en aanraking. Alhoewel beide verbale en nie-verbale kommunikasie gelyktydig plaasvind, word nie-verbale kommunikasie meer dikwels gebruik.

Verbale kommunikasie is hoofsaaklik bewustelik omdat persone woorde kies om hulle uit te druk. Hierdie woorde wat in verbale kommunikasie gebruik word, wissel ooreenkomstig kultuur, sosio-ekonomiese agtergrond, ouderdom en opvoeding. As gevolg hiervan bestaan daar talle moontlikhede om gedagtes uit te ruil en kan 'n rykdom van

woorde gebruik word om boodskappe oor te dra. 'n Wye verskeidenheid gevoelens word egter oorgedra wanneer persone praat (Kozier *et al.*, 2004:423).

As woorde gekies word om inligting aan pasiënte oor te dra deur te praat en te skryf moet gesondheidswerkers volgens Kozier *et al.* (2004:423) op die volgende let:

- **TEMPO EN INTONASIE**

Die wyse waarop gepraat word, is die pas tempo of ritme en intonasie, en dit sal die gevoel en impak van die boodskap bepaal. Die intonasie kan entoesiasme, hartseer of woede uitdruk. Die tempo van die gesprek dui belangstelling, angs, verveeldheid of vrees aan.

- **EENVOUD**

Eenvoud asook die lengte en volledigheid, sluit die gebruik van deurgaans verstaanbare woorde in. Verskeie mediese terme maak deel uit van die gesondheidswerker se woordeskat, maar vir die pasiënt wat 'n leek is, is dit vreemd; dus kan misverstande as gevolg daarvan ontstaan. Gesondheidswerkers moet leer om toepaslike verstaanbare terme, wat die ouderdom, kennis, kultuur en opvoeding van die pasiënt in aanmerking neem, te gebruik.

- **'N BOODSKAP**

Die boodskap van die gesondheidswerker moet suiwer en kort, direk, eenvoudig, doeltreffend en duidelik wees. Suiwer beteken om te sê presies wat bedoel word deur die minste woorde te gebruik. Kongruensie en konsekwentheid beklemtoon die gesondheidswerker se nie-verbale kommunikasie — die woorde wat gesê word. Die gesondheidswerker moet seker maak dat kommunikasie duidelik is deurdat hy stadig praat en die woorde duidelik uitspreek en sy woorde sorgvuldig kies.

- **TYDSBEREKENING EN TOEPASLIKHEID**

Tydsberekening en relevansie dui daarop dat die woorde wat gesê word, duidelik en eenvoudig en op die regte tydstip moet wees om te verseker dat woorde reg gehoor en verstaan word. Die boodskap moet ook verband hou met die persoon se belange en bekommernisse. 'n Belangrike aspek wat gesondheidswerkers in ag moet neem, is dat hulle nie te veel vrae gelyktydig aan 'n pasiënt moet stel nie.

- **AANPASBAARHEID**

Aanpasbaarheid dui daarop dat indien die gesondheidswerker met 'n pasiënt praat, die boodskap baie deeglik oorweeg moet word. Dit verg slim beraming en sensitiwiteit van die gesondheidswerker;

- **GELOOFWAARDIGHEID**

Geloofwaardigheid beteken waarheid en betroubaarheid en is een van die belangrikste kriteria vir doeltreffende kommunikasie (Kozier *et al.*, 2004:423);

- **LYFTAAL**

Na nie-verbale kommunikasie word ook verwys as lyftaal en sluit gebare, liggaamsbewegings, gebruik van aanraking, fisiese voorkoms en versiering in. Nie-verbale kommunikasie vertel meer van wat 'n persoon voel as wat hy werklik sê, omdat 'n persoon minder beheer het oor nie-verbale gedrag. 'n Belangrike vaardigheid wat 'n gesondheidswerker moet ontwikkel, is om 'n pasiënt se nie-verbale gedrag akkuraat te kan opsom. Om dit te kan doen, vereis sistematiese beraming van 'n pasiënt se algehele fisiese voorkoms, postuur, gesigsuitdrukking en gebare. Dit is ook baie belangrik dat die gesondheidswerker dit wat hy waargeneem het, met die pasiënt moet uitklaar. Transkulturele nie-verbale kommunikasie verskil aansienlik, want selfs die betekenis wat aan gedrag soos 'n glimlag of handdrukgroet geheg word, verskil. Oogkontak is ook 'n noodsaaklike element van nie-verbale kommunikasie, aangesien dit in verskeie kulture aandui dat daar 'n gewilligheid is om kommunikasie in stand te hou. 'n Persoon wat swak en weerloos voel, kyk gewoonlik af of vermy oogkontak omdat kommunikasie 'n verleentheid of vernederend is (Kozier *et al.*, 2004:423).

Ten Brummelhuis en Herdt (1996:39) meen dat rollespel ook 'n baie goeie wyse van kommunikasie is, veral as dit emosioneel gelaai is, en dat dit kan meehelp om kognitiewe begrippe vas te lê.

Evian (2000:271) noem dat die gesondheidswerker tydens berading deurlopend moet seker maak watter inligting hy oordra en dat die MIV-positiewe pasiënt die regte boodskap ontvang. Oogkontak is dus baie belangrik asook om deurlopend te reflekteer en die pasiënt te vra om weer te gee wat hy gehoor het.

Volgens Parker *et al.* (1997:21) is boodskappe wat gevorm word, gegrond op die vermoë van die ontvanger van die boodskap om die boodskap te interpreteer. 'n Probleem wat egter kan ontstaan, is dat die pasiënt die boodskap nie verstaan nie, wat gevolglik tot verkeerde interpretasies lei. Die boodskap word deur die persoon wat die inligting deurgee, oorgedra, maar die persoon wat die boodskap ontvang, heg die bedoeling en betekenis aan die boodskap wat oorgedra en ontvang is. Die outeur verduidelik vervolgens dat die boodskap nie deur die ontvanger van die boodskap geïnternaliseer word, soos die persoon wat die boodskap oordra dit bedoel het nie. Die ontvanger van die boodskap interpreteer en analiseer die boodskap intellektueel en heg 'n betekenis daaraan. Dit gebeur egter deur verskeie ondervindinge en intellektuele ontwikkelinge oor tyd heen.

Parker *et al.* (1997:21) meen ook dat beide die persoon wat die boodskap oordra en die persoon wat die boodskap ontvang, onderworpe is aan sekere invloede en dat dit onwaarskynlik is dat dieselfde betekenis aan boodskappe geheg sal word en wel weens die volgende genoemde faktore: intellek, ouderdom, emosies, geslag, ras, taal, kultuur, opvoeding en ekonomiese omgewing.

Dit blyk dus dat die gesondheidswerker wat die inligting aan pasiënte ten opsigte van 'n sekere onderwerp moet oordra sekere eienskappe in die wyse van die oordrag moet inkorporeer om sodoende die boodskap so suiwer moontlik aan die pasiënt oor te dra.

2.6.3 VOORLIGTING

Winiarski (1991:161) meen dat MIV-voorkoming deur voorligting oorgedra word as 'n lewensdoel, eerder as ekstrasiek ontwikkelde reëls/regulasies wat teen 'n lewenstyl indruis. Deur dus voorligting aan pasiënte te gee moet bogenoemde doelwitte voor oë gehou word, want die meeste pasiënte sal sê dat hulle 'n lang en gelukkige bestaan wil voer. Winiarski (1991:161) meen dat, as hierdie doelwitte voor oë gehou word, MIV-voorkoming beter verstaan sal word en moontlik ook beter toegepas sal word. Winiarski (1991:161) meen verder dat inligting tydens voorkomingsberading, waartydens interaktief met 'n pasiënt gepraat en vrae van die pasiënt beantwoord word, kultuurbewus en taalsensitief hanteer moet word. Brosjures kan ter ondersteuning van bogenoemde voorligting dien.

2.6.4 BERADING

Berading, as een van die belangrikste funksies van die gesondheidswerker wat hulp aan die MIV-positiewe pasiënt moet verleen deur voor-en na-MIV- en VIGS-berading te doen, word vervolgens breedvoerig bespreek. Berading, as 'n integrale deel van kommunikasie, moet op so 'n wyse geskied dat oordrag van inligting tydens die beradingsessie kan plaasvind.

Die keuse ten opsigte van watter gesondheidswerker die berading gaan behartig, is van die uiterste belang. De Vincenzi (1998:9) wys daarop dat die gesondheidswerkers wat by berading betrokke is oor die regte inligting moet beskik. Verder is dit ook belangrik dat die gemeenskap die gesondheidswerker wat berading doen, moet aanvaar. Persoonlikheidseienskappe is ook belangrik omdat MIV-positiewe pasiënte net hulle probleme met iemand sal deel vir wie hulle vertrou. So 'n persoon moet hartlik en eerlik wees en ander persone met respek behandel. Die MIV-positiewe pasiënt moet seker wees daarvan dat vertroulikheid nie verbreek word nie (Van Dyk, 2001a:211). Volgens Skidmore (1997:218) is een van die sleutelkomponente van berading dat die gesondheidswerker bewus moet wees van homself as mens met tekortkominge én sterkpunte. Die gesondheidswerker moet insig hê in sy agtergrond en lewenservaring, aangesien dit die interpretasies en uitsprake van die pasiënt bewus of onbewus kan beïnvloed.

Dit is daarom belangrik dat gesondheidswerkers wat by berading betrokke is spesiaal gekeur moet word.

2.6.4.1 DOEL EN DEFINISIE VAN BERADING

Die Britse Vereniging vir Berading noem dat berading die taak is waartydens die gesondheidswerker die MIV-positiewe pasiënt die geleentheid gun om sy probleem te verken, te ontdek en duidelikheid daaroor te kry om sodoende beter begrip van sy situasie te verkry (Tschudin, 1987:1). Tschudin voer verder aan dat berading uit drie elemente bestaan, naamlik die pasiënt, die probleem of rede om berading te ondergaan en die berader.

Volgens De Vincenzi (1998:7) is berading 'n intensiewe, tydwende proses wat 'n hele verskeidenheid probleme wat die MIV-positiewe pasiënt ondervind, moet ondervang. Elke MIV-positiewe pasiënt moet voor- en natoetsberading ontvang, en hierdie pasiënt moet ook verdere berading en ondersteuning geniet. Rekening moet ook gehou word

daarmee dat die MIV-positiewe pasiënt na die positiewe uitslag geskok sal wees en moontlik nie al die inligting wat oorgedra is, sal kan onthou nie. Daarom moet 'n opvolg-sessie met hierdie MIV-positiewe pasiënt aangemoedig word. Die realiteit van groot getalle pasiënte en ook dienste wat oorstroom word, bring mee dat berading nie altyd optimaal kan geskied nie.

Volgens Powderly en Mayer (2003:813) is daar twee doelwitte aan MIV-berading gekoppel, naamlik:

- eerstens om inligting te verstrek ten opsigte van MIV-oordrag en -voorkoming en die betekenis van die MIV-resultate; en
- tweedens om die pasiënt te help om spesifieke gedragspatrone te identifiseer wat hierdie pasiënte in 'n risikogroep plaas om MIV-positief te raak of die MI-virus oor te dra en om hierdie pasiënte te onderrig ten opsigte van gedrag wat kan meebring dat hulle die risiko loop om die MI-virus op te doen of te versprei.

Om effektiwiteit te bevorder kan algemene inligting in pamflette, brosjures of in video-formaat weergegee word wat aan pasiënte uitgedeel kan word. Die gezondheidswerker kan dus meer tyd daaraan bestee om tydens individuele onderhoud op die unieke omstandighede van die pasiënt te fokus. Die outeurs beklemtoon ook dat, ongeag die aard van die benadering, alle inligting en berading toepaslik moet wees vir die pasiënt se kultuur, taal, ouderdom, geslag, seksuele oriëntasie en ontwikkelingsvlak.

Volgens Evian (2000:167) is berading nie bloot die gee van voorligting en raad aan die MIV-positiewe pasiënt nie. Dit behels ook nie dat die gezondheidswerker die pasiënt se probleem sy eie maak nie, maar dat die gezondheidswerker die MIV-positiewe pasiënt aanmoedig om oplossings te vind vir sy probleem om hom sodoende by te staan om 'n meer onafhanklike en selfversekerde persoon te word wat sinvol met sy siekte kan saamleef (Evian, 2000:167; Morrison & Burnard, 1997:109).

Okun (1997:13-14) noem ook dat die doel van berading is om die pasiënt in die proses te fasiliteer dat hy sy eie gevoelens, denke en handeling moet ontdek en verstaan om sodoende sy gedrag te verander. Van Dyk (2000:201-203) voer verder aan dat die doel van berading ingebed is in die behoeftes en begeertes van die pasiënt. Die doel van berading is nie om die teenspoed wat die pasiënt ervaar, te verander nie, maar om

die pasiënt deur berading so te fasiliteer dat hy by die teenspoed verby fokus en so die probleem probeer hanteer.

Verskeie studies bevestig dat doeltreffende berading persone bystaan om ingeligte besluite te kan neem, beter met hulle gezondheidstoestand saam te leef, 'n meer positiewe lewe te lei en ook die verspreiding van die MIV-virus verder te bekamp. MIV- en VIGS-berading word soms deur opgeleide beraders gedoen, alhoewel verpleegkundiges en versorgers en ander kategorieë gesondheidswerkers ook in die ideale posisie verkeer om doeltreffende berading te doen en advies en ondersteuning te gee (UNAIDS, 2000: Fact Sheet 7, 7-1 en Morrison & Burnard, 1997:109).

Om doeltreffende berading aan die MIV-positiewe pasiënt te kan gee moet die gesondheidswerker self bewus wees van sy eie waardes, aannames en opvattinge. Die gesondheidswerker moet te alle tye respekvol en nie- veroordelend teenoor die MIV-positiewe pasiënt optree. Winiarski (1991:151) beaam hierdie feit en meen dat 'n gesondheidswerker se houding bepaald 'n uitwerking op die voorberadingsproses het.

Die navorser is dit dan ook met bogenoemde outeurs eens, naamlik dat die doel van berading is om die MIV-positiewe pasiënt te ondersteun en deur fasilitering te lei om selfondersoek te doen en eie ingeligte besluite te neem. As die pasiënt selfondersoek doen, lei dit tot doeltreffende persoonlike groei.

2.6.4.2 BELANGRIKHEID VAN BERADING

Lachman (1999:316) meen dat die belangrikheid van berading vir MIV-positiewe pasiënte juis daarin lê dat hulle 'n ingeligte besluit oor hul gezondheid kan neem.

Volgens Evian (2000:165) lei MIV-infeksie en VIGS as sindroom tot swak gesondheid, asook tot emosionele, psigologiese en sosiale probleme. Vervolgens meen Evian (2000:165) ook dat daar as gevolg van MIV en VIGS ernstige probleme in die verhoudings van mense ontstaan en dat dit dan tot ernstige gevolge vir families en gemeenskappe lei.

Die geaffekteerde en geïnfekteerde persone, asook hulle seksmaats, familieledede en die naby vriendekring het gedurende hierdie moeilike tyd sterk ondersteuning nodig (Evian, 2000:165).

Volgens Evian (2000:165) is mediese en psigososiale ondersteuning aan persone met MIV en VIGS uiters noodsaaklik. Omdat MIV en VIGS 'n ernstige siektetoestand is, kan dit dikwels 'n krisis meebring wat 'n dramatiese impak op 'n persoon se lewe asook ernstige implikasies vir die toekoms van so 'n MIV-positiewe pasiënt kan hê (Evian, 2000:165).

Berading is dus volgens Evian (2000:165) nodig om in samewerking met die MIV-positiewe pasiënt sekere vraagstukke en probleme te ondersoek asook om ander benaderings vir die oplos van hierdie probleme te oorweeg.

Probleemoplossing geskied deur 'n proses van leer en ondervinding. Soms word hulp van 'n familielid, vriend of kollega ingeroep, maar soms is 'n probleem te omvangryk, te nuut, of nog 'n geheim, sodat daar nog nie vertroulik met iemand baie na aan die MIV-positiewe pasiënt oor sy probleem gepraat kan word nie. In so 'n geval is die gesondheidswerker dan van groot hulp vir die MIV-positiewe pasiënt.

2.6.4.3 VAARDIGHEDE TEN OPSIGTE VAN BERADING

Tydens die beradingsproses is aktiewe luister en akkurate refleksie belangrik. Na berading waartydens belangrike sake ook uitgelig is, moet die gesondheidswerker wat berading vir 'n MIV-positiewe pasiënt en dié se familie doen, hierdie persone aanmoedig om hulle eie besluite te neem. Winiarski (1991:151) meen ook dat om 'n bevoegde berader te wees, die gesondheidswerker ingelig moet wees oor MIV en VIGS, mediese sake en gemeenskapshulpbronne.

Van Dyk (2001a:205-209) stel ook voor dat die berader 'n ondersteunende kliënt-gesentreerde benadering moet volg om inligting te bekom deur te luister na wat die MIV-positiewe pasiënt sê en ook deur die pasiënt waar te neem. Van Dyk (2001a:205-209) noem vervolgens ook dat die gesondheidswerker die taal van die pasiënt in die kulturele konteks gebruik, aangesien die beradingsproses juis is om die probleem te verlig en nie nog meer stres te veroorsaak deur misverstande te skep nie.

Volgens Family Health International (2005:7) is berading en kommunikasievaardighede belangrik om:

- die pasiënt-gesentreerde benadering van berading te verstaan;
- die vermoë om die pasiënt se behoeftes en gereedheid om 'n risiko-verminderde plan te volg, te kan peil, om kondoomdemonstrasies te gee, om planne te beraam

om met die seksmaat te onderhandel, om toetsresultate te kommunikeer, om toekomsplanne te beraam asook om opvolgbesoeke te reël en verwysings te kan doen;

- gedragsverandering te fasiliteer;
- vas te stel wat die pasiënt se psigososiale behoeftes is en hom te ondersteun;
- basiese beradingsvaardighede te bekom om 'n professionele en etiese verhouding te vestig, vertroude deur middel van beraming op te bou en hierdie pasiënt-berader-verhouding regdeur die beradingsproses te handhaaf;
- strategieë vir berading van pasiënte met sosiale behoeftes te vestig.

2.6.4.4 BERADINGSPROSES

Die gesondheidswerker se houding en gedrag teenoor die MIV-positiewe pasiënt kan meebring dat hy die pasiënt van hom sal vermy — fisies sowel as sosiaal. Sommige gesondheidswerkers blameer die MIV-positiewe pasiënt vir sy toestand, en so 'n pasiënt kan gevolglik gevoelens van skuld, angs, vrees, woede en depressie ervaar. Evian (2000:167) voer aan dat berading 'n proses is wat 'n persoon help om sy probleme beter te verstaan en dit te kan hanteer asook beter met persone by wie hulle emosioneel betrokke is, te kommunikeer. Die gesondheidswerker as berader bespreek gevoelens soos bekommernis, angs en onsekerheid met die pasiënt en ondersteun hom en probeer om, in samewerking met die pasiënt, oplossings vir die probleme te vind. Morrison en Burnard (1997:128-137) bevestig ook hierdie siening en brei ook verder uit oor die aktiewe luisterprosesse tussen die gesondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt, en hierdie outeurs voer verder aan dat beradingsvaardighede ook uiters belangrik is vir doeltreffende kommunikasievaardighede. Hulle voer dan ook aan dat, as 'n mens berading goed kan doen, jy waarskynlik ook goed kan kommunikeer (Morrison en Burnard 1997:128).

Brammer *et al.* (1989:4-5) meen dat fasilitering deur berading ook die MIV-positiewe pasiënt ondersteun om normaal te funksioneer en sy einddoel doeltreffend te bereik, nieteenstaande die teenspoed in sy lewe. Dit beteken dus dat die beradingsproses die pasiënt in staat stel om dinamies te groei en konstruktiewe besluite te neem.

Byrne (1995:9-18) redeneer ook dat berading 'n begeleidingsproses van die berader met die pasiënt is sodat hy self ondersoek kan instel en homself kan ontdek om

sodoende konstruktiewe stappe te doen met die oog op persoonlike groei en verandering van gedrag.

Tschudin (1987:1) sluit ook hierby aan en wys daarop dat berading betrokkenheid by gesondheid en heelheid behels en noem verder dat dit 'n bewustheid van groei gepaard met verskeie eienskappe en vaardighede van die berader vereis om die inligting aan die pasiënt te kan oordra. Meier (1989:1-2) verduidelik dat die kerndoelwit van berading die pasiënt toelaat om die leiding te neem om sodoende 'n geslaagde vertrouensverhouding tussen die gesondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt op te bou.

2.6.4.5 FASES VAN DIE BERADINGSPROSES

- **DIE VERHOUDINGSFASE**

Okun (1997:17) verduidelik dat die eerste fase van die beradingsproses, naamlik die verhoudingsfase, die volgende handeling insluit: die intreefase wanneer gegroet word en die gesondheidswerker hom aan die pasiënt voorstel. Daarna vind die identifisering en die uitklare van die probleem plaas, dan word 'n ooreenkoms tussen die gesondheidswerker en die pasiënt ten opsigte van die struktuur van die kontrak en die verhouding tussen die berader en die pasiënt gesluit en doelwitte geïdentifiseer (Okun, 1997:17).

Byrne (1995:195) beaam Okun (1997:17) se verduideliking en voeg by dat die proses professioneel behoort te wees, naamlik dat die vertrek privaat en professioneel moet voorkom, die gesondheidswerker professioneel moet optree en betyds vir afsprake moet opdaag en wetenskaplike beginsels moet toepas om die MIV-positiewe pasiënt by te staan (Byrne, 1995:195).

- **HANDELINGSFASE**

Van Dyk (2001a:209-210) beklemtoon dat hierdie fase nie beteken dat die probleem van die pasiënt opgelos word nie — slegs dat die berader die veranderinge aktiveer deur ondersteuning te bied. Die berader moet inligting baie duidelik, akkuraat, empaties en deurlopend deurgee en neutraal bly. Okun (1997:17) beskou hierdie fase verder as strategies, deurdat die gesondheidswerker in samewerking met die pasiënt doelwitte vir die beradingsessie beplan (Okun; 1997:17). Byrne (1995:200) beskryf hierdie fase as die beplanningsfase waartydens die pasiënt bygestaan word ten opsigte van sy

verandering. Stone en Balski (2000:234) fokus op die beraming van die interne en eksterne hulpbronne van die pasiënt gedurende hierdie fase.

- **DIE EVALUERINGSFASE**

Byrne (1995:201) beskou hierdie fase as die stadium waartydens die gesondheidswerker en die pasiënt tot 'n gesamentlike ooreenkoms geraak dat die pasiënt wel sy bekommernisse sal kan hanteer. Van Dyk (2001a:209-210) en Okun (1997:17) beskou hierdie fase as die einde van die sessie en die program vir die toekoms word dan bespreek. Hierdie fase is egter nie die einde van die beradingsverhouding tussen die berader en die pasiënt nie — dit is slegs 'n evalueringsproses.

2.6.4.6 DIE BERADINGSOMGEWING

'n Stil en privaat atmosfeer is bevorderlik vir berading. Die gesondheidswerker wat berading aan 'n MIV-positiewe pasiënt gee, moet alles in sy vermoë doen om die omstandighede van die pasiënt in ag te neem en deurentyd die pasiënt se bekommernisse en gevoelens te beklemtoon. Hierdie optrede van die gesondheidswerker sal dan die MIV-positiewe pasiënt lei tot dieper verkenning van eie vrese, misverstande en gevoelens (UNAIDS, 2000: Fact Sheet 7, 7-1) asook geestelike probleme (Morrison & Burnard, 1997:109).

2.6.4.7 DIE NASIONALE REGERINGSBELEID

Volgens die beleid van die Nasionale Regering moet 'n kliënt voortoetsberading ontvang alvorens 'n MIV-bloedtoets gedoen word en mag die kliënt kies om nie oor sy resultate ingelig te word nie (Hamilton & Dinat, 2006:75).

Die Suid-Afrikaanse Mediese en Tandheelkundige Raad vir parastatale regulerende liggame in medisyne en ander professionele gesondheidspersone, verpleegkundiges uitgesluit, het die kwessie oor die hantering van MIV- en VIGS-pasiënte in die Raad se gereelde bulletin deurgegee, en die riglyne was soos volg:

- Tydens die hantering van MIV-positiewe pasiënte mag die geneesheer die pasiënt inlig oor die belangrikheid daarvan dat die eggenoot/eggenote van die MIV-positiewe pasiënt ook oor die MIV-positiewe status van die pasiënt ingelig moet word. Die SAGTR is van mening dat die meeste pasiënte tot so 'n onthulling sal instem. Sou toestemming egter nie gegee word nie, word geneeshere aange-

moedig om as deel van hulle plig die eggenoot/eggenote van die MIV-positiewe pasiënt in te lig om sodoende 'n moontlike fatale infeksie te voorkom.

- Sommige regsdeskundiges glo dat dit die geneesheer se plig is om die MIV-positiewe pasiënt se seksmaat/s in te lig, al moet dit beteken dat dit sonder die MIV-positiewe pasiënt se medewete geskied.
- Die SAGTR is egter van mening dat, indien die MIV-positiewe pasiënt se toestemming nie verkry kan word nie, die gesondheidswerker sy eie diskresie in hierdie verband moet gebruik om die inligting aan die ander partye bekend te maak. So 'n besluit moet met die grootste sorg geneem word, en die gesondheidswerker moet te alle tye verantwoordelikheid daarvoor aanvaar (South African Medical and Dental Council: 1994).

2.6.4.8 DIE BEGINSELS VAN MIV-BERADING EN -TOETSING

Die WGO en ander belanghebbendes in die Internasionale openbare gesondheid het daarop gewys dat daar dringend nog MIV-toetsingsdienste ingestel moet word. Hierdie organisasies het die instel van meer en innoverende strategieë bepleit om MIV-toetsing en berading op 'n meer uitgebreide skaal te doen sodat meer individue baat kan vind daarby. Hierdie innovasies moet steeds aan die volgende beginsels voldoen:

- MIV-toetsing moet steeds vrywillig wees (verpligte toetsing is nie doeltreffend nie en ook nie eties nie).
- 'n Ingeligte besluit moet van hierdie voornemende pasiënt verkry word.
- Vertroulikheid moet beskerm word.
- Natoets-ondersteuning en -diens is van kritieke belang (VCT Toolkit, 2005:1).

2.6.4.9 DIE DOELWITTE

Die doelwitte van MIV- en VIGS-berading is uiters belangrik, aangesien dit die optrede van die gesondheidswerker tydens die berading van 'n MIV-positiewe pasiënt rig. Die doelwitte van MIV- en VIGS-berading word vervolgens bespreek.

- om die pasiënt in staat te stel om by sy siekte verby te kyk en op die toekoms te fokus (Johnson in Van Dyk (2001a:201);

- om aan pasiënte wat MIV-positief is en reeds psigiese en fisiologiese aftakeling beleef, in hierdie proses konstruktief sin en betekenis te gee (Schonnesson & Ross, 19995:35);
- om te verseker dat die pasiënte werklik die implikasies van die toets verstaan en dus 'n ingeligte besluit kan neem (Barnes, 2003:31);
- om genoeg tyd en geleentheid aan die pasiënte te gun om die roetes van die oordrag van die MI-virus te bespreek (Barnes, 2003:31);
- om die pasiënt aan te moedig om ingeligte besluite in verhoudings te neem (Bor *et al.*, 1993:62-63);
- om die implikasies en die ondersteuningsbehoefte wat moontlik op 'n positiewe of negatiewe toetsresultaat volg, te bespreek (Barnes, 2003:31);
- om met mediese behandeling te begin (Bor *et al.*, 1993:62-63);
- om 'n moontlike afname in die oordrag van MIV en VIGS te bewerkstellig (Van Dyk, 2001a:230; Barnes, 2003:31);
- om die pasiënte daarvan te oortuig dat vrywillige toetsing en berading noodsaaklik is vir hulle, aangesien hulle betrokke is by hulle gesondheid en sodoende bemaagtig word ten opsigte van hulle besluit (Lachman, 1999:320).
- om te verseker dat hierdie pasiënte oor genoeg kennis en begrip van MIV en VIGS beskik om ingeligte besluite te kan neem.

2.6.4.10 DIE VOORDELE VAN VOORTOETSBERADING

Voortoetsberading help die pasiënt om ingeligte keuses te maak en besluite te neem. Dit is egter ook belangrik om nie 'n pasiënt te dwing om voortoetsberading te ondergaan nie, aangesien 'n besluit om 'n toets te laat doen reeds 'n ingeligte besluit is. 'n Ingeligte besluit beteken 'n bewustheid van die moontlike implikasies van die toetsresultaat, insluitende die "vensterperiode". Dit is tog nodig dat die gesondheidswerker voor die voortoetsberading en toetsing die beleid van die instansie aan dié pasiënt moet voorhou, asook die beperkinge en implikasies van die toets (UNAIDS, 2001: Fact Sheet 7, 7-4).

Die voordele van die voortoetsberading is

- 'n beter aanvaarding van die MIV-positiewe status en vermoë om dit te hanteer;

- bemagtiging, wat ook 'n sterker betrokkenheid by persone wat met MIV/VIGS leef, insluit;
- fasilitering van gedragsverandering;
- 'n afname in die moeder-tot-kind-oordrag;
- vroeë hantering van opportunistiese infeksies en voorkomende terapie, kontra-sepsie-advies en ander inligting en opvoeding;
- vroeë sosiale en ewekniegroep-ondersteuning;
- versterking van hoop en aandag aan lewensgehalte;
- beplanning van die toekoms met betrekking tot die versorging van die pasiënt self, die opstel van 'n testament en versorging van die kinders (UNAIDS, 2001; Fact Sheet 7, 7-4).

2.6.4.11 ASPEKTE WAT TYDENS BERADING AANDAG MOET GENIET

UNAIDS (2001: Fact Sheet 8, 8-6) voer aan dat die volgende onderwerpe tydens die berading van die MIV-positiewe pasiënt aandag moet geniet:

- **VREES VIR DIE DOOD**

Vrees is 'n normale reaksie en dit kan pasiënte kwaad, depressief of aggressief maak. Gesondheidswerkers moet nie vals hoop aan die MIV-positiewe pasiënt gee nie, maar die MIV-positiewe pasiënt wel aanmoedig om oor sy vrese te praat. Die MIV-positiewe pasiënt kan ook vir geestelike ondersteuning verwys word.

- **EENSAAMHEID EN DEPRESSIE**

Soms, wanneer iemand sterwend is, is vriende en belangstellendes geneig om weg te bly omdat hulle ook maar die dood vrees en nie weet hoe om teenoor die pasiënt op te tree nie. Dit lei daartoe dat die pasiënt geïsoleerd raak, en dit kan tot eensaamheid en depressie lei. Vriende en belangstellendes moet aangemoedig word om die MIV-positiewe pasiënt te besoek. In sommige kulture sal die familie en vriende van die pasiënt ook die behoefte hê om gevoelens te lug oor die afsterwe van 'n geliefde.

- **GEVOELENS VAN SKULD EN SPYT**

Die pasiënt wat met MIV en VIGS leef, voel dalk verantwoordelik vir die blootstelling van sy maat aan die infeksie of kan dalk skaam voel oor die skande wat hy oor die gesin en familie gebring het. Die MIV-positiewe pasiënt kan dalk vergifnis soek en die wens uitspreek om te help om oplossings te vind vir probleme wat deur hom veroorsaak is.

- **GEESTELIKE ONDERSTEUNING**

Hierdie ondersteuning kan van 'n georganiseerde kerk kom of deur die MIV-positiewe pasiënt se eie spiritualiteit, opvattinge en waardes. Die gesondheidswerker moet die geestelike behoeftes van die MIV-positiewe pasiënt raaksien en dit respekteer en reëlins hiervoor tref.

- **DIE OPSTEL VAN 'N TESTAMENT**

Die MIV-positiewe pasiënt wil moontlik 'n testament nalaat om vir laas die familie te probeer versorg. Dit is egter belangrik dat dit in samewerking met 'n regs persoon gedoen moet word.

- **AS DIE DOOD INTREE, IS DIT BELANGRIK OM NIE DIE STERWENDE PASIËNT ALLEEN TE LAAT NIE**

Talle persone is bang om alleen te wees as hulle sterf. Betoon ook die nodige respek vir rituele en gebruike ten opsigte van die afgestorwene. Roubeklaers kan vir 'n wyle alleen met die afgestorwene wees. Dit is ook belangrik om die naasbestandes teen kontaminasie te waarsku (UNAIDS, 2001: Fact Sheet 8, 8-6&7).

2.6.4.12 VOORTOETS-BERADINGSPROSES

Die doel van voortoetsberading is om inligting aan die pasiënt te verstrek en die tegniese aspekte van die toets te verduidelik. Inligting moet relevant, sensitief en reserw wees en moet op so 'n wyse aan die pasiënt voorgehou word dat die pasiënt dit maklik kan verstaan en internaliseer (UNAIDS, 2001: Fact Sheet 7, 7-4). Die onderskeie implikasies indien die toets positief of negatief sou wees, moet ook uitgelig word. Voortoetsberading fokus veral op die volgende aspekte:

- die pasiënt se persoonlike geskiedenis van riskante gedrag of blootstelling aan MIV/VIGS. Volgens Kaplan *et al.* (1994:376) klaar die gesondheidswerker as berader die rede vir die toetsing en hoërisiko-gedrag van die pasiënt met hom uit;
- die konkrete feite van MIV en VIGS (Kaplan *et al.*, 1994:376);
- die beraming van die inligting en begrip ten opsigte van MIV/VIGS van die pasiënt asook die metodes van oordrag van hierdie inligting en die pasiënt se vorige ondervinding in 'n krisissituasie;
- die tipe bloedtoetse, uitslae en die werking van elk;
- die betekenis en implikasie van die positiewe uitslag van die bloedtoets.

Die aanbeveling is dat voortoetsberading gepersonaliseer moet wees en dat dit sosio-demografiese kenmerke en die begripvlak asook die internalisering van voorligting wat aan individuele pasiënte gegee word, moet insluit. Hierdie aanbeveling sluit dus in dat beraders goed opgelei moet wees om pasiënte te motiveer en genoeg tyd in 'n gepaste opset aan elke pasiënt moet bestee (Winiarski,1991:151).

Die komponente van voortoetsberading sluit in die beraming van:

- die frekwensie en tipe seksuele praktyke, veral hoërisiko-gedrag van die pasiënt. Winiarski (1991:151) meen dat dit ook belangrik is om die tyd van die jongste risikogedrag vas te stel, of die pasiënt enige simptome opgemerk het, die emosionele of motiverende aspekte en die ondersteuningsbronne wat vir die pasiënt beskikbaar is soos vriende, bure en familie;
- die pasiënt se status ten opsigte van groepe met hoërisio-gedrag vir MIV, soos verdowingsmiddelmisbruik, vroulike prostitusie, vlugteling en homoseksuele verhoudings;
- bloedoortappings, bloedprodukte, orgaanoorplantings wat deur die pasiënt ontvang is; en
- die pasiënt se aanraking met nie-steriele prosedures soos tatoeëring en ook of hy besnydenis ondergaan het (UNAIDS, 2001: Fact Sheet 7, 7-2).

Dit is ook belangrik dat die pasiënt se begrip van die belangrikheid van die MIV-toets beraam moet word en wel deur die volgende vra te stel:

- Waarom wil u die toets laat doen?
- Watter gedragspatrone of simptome maak u bekommerd?
- Wat weet u van hierdie bloedtoets?
- Hoe word die MI-virus oorgedra, en hoe kon u in 'n risikosituasie beland het?
- Het iemand met u saam gekom?
- Het u al voorheen vir 'n toets gekom? Wanneer?
- Het u al gedink wat u sal doen as die toets positief is? (UNAIDS, 2001: Fact Sheet 7, 7-3).

Winiarski (1991:151) beweer dat die berader 'n aktiewe rol in die voortoetsberadingsproses vervul en dat dit sy verantwoordelikheid is om benewens die MIV-positiewe pasiënt met die besluitneming ten opsigte van toetsing by te staan, ook die MIV-positiewe pasiënt se motivering te beraam en daaroor te besin of die voortoets emosioneel skadelik kan wees.

Lachman (1999:36) noem dat vroue in ontwikkelende lande wat nie vir MIV-toetsuitslae na die kliniek terugkeer nie, 'n spesifieke profiel toon. Die faktore soos die vrees van die pasiënte om hul MIV-positiewe status te wete te kom rig die reaksie van hierdie vroue, en hierdie outeurs meen dat hierdie vreesaspek reeds in die voortoetsberading aange- raak moet word.

2.6.4.13 NATOETSBERADINGSPROSES

Die natoetsberading kan 'n besonder emosioneel gelade fase wees. Die MIV-positiewe pasiënt word hier dus persoonlik oor sy status ingelig en die gesondheidswerker moet die pasiënt besonder empaties en nie-veroordelend op sy gemak stel. Die konsultasie-lokaal moet verkieslik stil en privaat wees (UNAIDS, 2001: Fact Sheet 7, 7-4).

Dit is egter ook belangrik dat die gesondheidswerker as berader wat die slegte nuus aan die MIV-positiewe pasiënt moet oordra, daarop voorbereid moet wees om reaksies van skok en woede te kan hanteer en geleentheid te kan gee vir die lug van gevoelens soos hartseer, vrees en angs. Die gesondheidswerker wat die berading doen, moet die

behoefte van die MIV-positiewe pasiënt vasstel en daarvolgens optree en ondersteuningstelsels deurgee.

Tydens hierdie fase bespreek die gezondheidswerker bepaalde aspekte met die pasiënt wat reeds 'n bloedtoets ondergaan het met die oog daarop om sy MIV-status te bepaal. Volgens Kaplan *et al.* (1994:376) en Barnes (2003:32) bespreek die gezondheidswerker as berader die volgende aspekte met die pasiënt:

- interpretasie van die positiewe uitslag van die MIV-bloedtoets en enige distorsies word uitgeklaar;
- inligting ten opsigte van verdere diagnostiese toetse en ondersoeke;
- voorstelle om oordrag te voorkom en veilige sekspraktyke;
- risikogedrag indien die bloedtoets positief is, word bespreek;
- moontlike antiretrovirale medikasie word bespreek;
- doeltreffende emosionele ondersteuning word gegee (Kaplan *et al.*, 1994:37; UNAIDS, 2001: Fact Sheet 7, 7-4);
- kennis rakende MIV/VIGS; en
- verwysingsnetwerke vir ondersteuning.

Winiarski (1991:153) meen ook dat 'n positiewe of negatiewe MIV-toetsuitslag nie 'n aanduiding daarvan is dat die gezondheidswerker se verantwoordelikheid teenoor die pasiënt afgehandel is nie en is voorts van mening dat, as die pasiënt se MIV-toetsuitslag positief is, die verantwoordelikheid van die gezondheidswerker groot is, nie net ten opsigte van die vertrouensverhouding tussen die MIV-positiewe pasiënt en die gezondheidswerker nie, maar ook ten opsigte van die beraming van die emosionele en ander uitwerking van 'n positiewe MIV-toetsuitslag en om die MIV-positiewe pasiënt na toepaslike verwysingsnetwerke vir ondersteuning te verwys.

Winiarski (1991:153-154) en UNAIDS (2001: Fact Sheet 7, 7-4) meen dat, indien die MIV-toetsuitslag negatief is, dit 'n gelukkige voorval is, maar dat die gezondheidswerker die pasiënt moet beraam, veral ten opsigte van:

- die feit of die pasiënt werklik verstaan wat die negatiewe toetsuitslag is, veral ten opsigte van die "vensterperiode" waarin die pasiënt moontlik kan verkeer;

- voorkomende berading ten opsigte van veilige sekspraktyke en veilige praktyke as naalde tydens verdowningsmiddelgebruik gedeel word;
- die vermyding van alkohol- en verdowningsmiddelgebruik waar moontlik.
- alle risikogedrag en die bespreking daarvan met die pasiënt om sodoende te voorkom dat hy MIV-positief raak (UNAIDS, 2001: Fact Sheet 7, 7-4);
- die bespreking van die 'vals negatiewe' toetsuitslag en die opvolgbloedtoets binne 3-6 maande;
- vrese en bekommernisse van die pasiënt;
- die pasiënt se reaksie indien die bloedtoets positief sou wees;
- streservarings wat die pasiënt in die verlede ervaar het en die reaksie daarop;
- die sosiale invloed wat 'n positiewe toets tot gevolg sal hê; en
- bevestiging deurentyd aan die pasiënt ten opsigte van die vertroulikheid van die berading (Kaplan *et al.*, 1994:376).

Winiarski (1991:153-154) meen ook dat pogings om voorkoming te bewerkstellig deurlopend in die wiele gery word omdat daar nie genoegsame evaluasie van doeltreffendheid van voorligting en berading plaasvind nie, veral sosio-polities en ook as gevolg van kulturele verskille in gemeenskappe en verder ook weens kulturele verskille tussen gesondheidswerkers en pasiënte.

2.6.5 BERADINGSMODELLE

Die volgende beradingsmodelle is van toepassing op hierdie navorsing en die navorser sal dit in die konteks bespreek en ook in Tabel 2.4 weergee en aandui hoe hierdie modelle in die navorsing toegepas word.

2.6.5.1 SISTEEMMODEL

Volgens Ludwig von Bertalanffy in Donigan en Malnati (1997:2-3) is die algemene stelsel-teorie ontwikkel deurdat daar bevind is dat interaksie afhanklik en interafhanklik is. Hierdie konsep kan eers verstaan word as daar op die breër konteks ingegaan word. Brammer *et al.* (1989:40-41) noem verder dat die stelselteorie eerder op die konteks fokus as op die individu (Brammer *et al.*, 1989:40-41).

Brammer *et al.* (1989:41-42) identifiseer die konsepte wat op hierdie model betrekking het, naamlik:

- Die persoon as individu maak deel uit van die geheel en staan ook in verhouding tot die groter geheel, wat beteken dat die individu nie net deel uitmaak van die familiestruktuur as stelsel nie, maar ook deel uitmaak van die gemeenskap, wat 'n substelsel is.
- Interaksie binne die stelsel vorm die gedrag van die individu in die stelsel. 'n Persoon se gedrag beïnvloed die stelsel en kan moontlik tot die wanfunksionering van die hele stelsel lei.
- Indien disfunksionele gedragspatrone herhaaldelik voorkom, lei dit tot 'n disfunksionele stelsel.

Volgens die stelselmodel meen Brammer *et al.* (1989:41-42) dat die beginsel om rolle te definieer en probleme op te los deur veranderinge aan 'n situasie aan te bring aspekte is wat in die beradingsproses ingebed is (Brammer *et al.*, 1989:41-42). Vervolgens word drie benaderings bespreek, naamlik:

- Die *integrale* benadering waarin geglo word dat die ontstaan van 'n probleem by die vorige geslag lê. In hierdie benadering maak die berader van triangulasie en differensiasie gebruik.
- Die *gestruktureerde* benadering is gemoeid met die ontwikkeling van 'n interne struktuur om aan die lede 'n gevoel van " ek behoort aan " te gee.
- *Strategiese* beraders is ook bekommerd oor hoe die hantering van die probleem gehandhaaf sal word en of die fokus op die probleem gerig sal bly (Brammer *et al.*, 1989:41-42).

2.6.5.2 CARCUFF SE ONTWIKKELINGSMODEL VIR HULP

Carkhuff (soos aangehaal deur Van Dyk, 2001a:230) beskryf hierdie teoretiese benadering reeds in 1973, en die basiese uitgangspunt van hierdie model is: om te lewe en te groei. Carkhuff stel dit verder dat, afhangende van wat 'n persoon vir homself kan doen, wat ander vir die persoon kan doen of hoe die persoon in 'n krisissituasie optree en hoedat die persoon in 'n krisistyd bygestaan word, van die allergrootste belang is. As dit positief is, kan groei daaruit voortvloei. Die outeur noem vervolgens drie doelwitte wat gestel moet word wanneer ander in 'n krisis bygestaan moet word, naamlik:

- Verken die probleme van die MIV-positiewe pasiënt.
- Verstaan die MIV-positiewe pasiënt se probleem.
- Tree op om die probleem op te los.

Carkhuff noem dan ook dat hierdie proses homself voortdryf. Dit impliseer dat terugvoer gegee word nadat opgetree is om die probleem op te los. Verkenning vind dus weer plaas en dit stel die pasiënt telkens bloot aan feite sodat hy hom beter kan verstaan. Hieruit vloei dan vier stadia voort waardeur 'n persoon gehelp word, naamlik aandag skenk, reageer op, inisieer en kommunikeer.

2.6.5.3 DIE PERSOON-GESENTEERDE MODEL

Volgens Rennie (1998:1-6) is die persoon-gesentreerde model vervat in Karl Rogers, die Amerikaanse psigoterapeut, se kliënt-gesentreerde model. Die sentrale fokus van hierdie model is op interpersoonlike verhoudings van die berader en die pasiënt gebaseer asook op die "hier en die nou" van die pasiënt. Morrison en Burnard (1997:133) noem ook dat die persoon-gesentreerde beradingsbenadering in hierdie geval slegs van die berader verg om die pasiënt op die pad na die oplossing van sy probleem te lei. Die persoon-gesentreerde benadering tot berading is dan ook daarop gebaseer dat elke persoon oor die potensiaal beskik om persoonlik te groei en, as die tyd en ruimte daarvoor gegun word, 'n oplossing vir sy eie probleme te vind (Rennie, 1998:1-6). Brammer *et al.* (1989:29-33) verduidelik verder dat dit die verantwoordelikheid van die pasiënt is om hom te versterk om sodoende tot selfaktualisering te groei (Brammer *et al.*, 1989:29-33).

Die volgende konsepte word volgens Brammer *et al.* (1989:29-33) uitgelig as die sleutelkonsepte van die persoon-gesentreerde model:

- hoe 'n persoon homself sien asook hoe die berader hom as persoon sien;
- hoe die pasiënt homself as persoon beskryf, is uiters belangrik; en
- die bewustheid en ondervinding van die pasiënt en hoedat die twee konsepte met mekaar vergelyk kan word (Brammer *et al.*, 1989:29-33).

Die proses van die persoon-gesentreerde model word deur Dexter en Wash (2001:16-53) bespreek, naamlik dat daar 'n onvoorwaardelike positiewe aanvaarding moet wees, met ander woorde 'n nie-veroordelende benadering. Die berader moet deurentyd empatie, hartlikheid en egtheid uitstraal. Vertroulikheid en nie-verbale sensitiwiteit is ook tydens hierdie proses baie belangrik. Van Dyk (2001a:230) noem ook 'n beginsel waarvan die berader bewus moet wees, naamlik respek vir die pasiënt se kultuur. Die kultuur van beide die berader en die pasiënt is belangrik omdat daar sekere onderhandelinge moet plaasvind vir die verstaan van verskillende kulture. Die berader moet nooit aannames maak nie, aangesien dit tot stereotipering kan lei (Van Dyk, 2001a:230).

Volgens Powderly en Mayer (2003:815-817) doen die 'Centre for Disease Control' reeds sedert 1993 voorgestelde interaktiewe pasiënt-gesentreerde berading, en hulle meen dat die beradingsproses buigzaam moet wees en daarop gemik moet wees om spesifieke pasiënte met sensitiwiteit vir ras, etnisiteit, seksuele voorkeur of ander kulturele aspekte te teiken. Gedrag wat vir een pasiënt veilig is, is dalk nie noodwendig vir 'n ander pasiënt veilig nie. Powderly en Mayer (2003:815-817) noem ook dat sommige pasiënte spesiale beradingsbehoefte het wat aandag moet geniet, naamlik:

- Pasiënte wat so pas oor hulle MIV-positiewe status ingelig is, het onmiddellike én langtermynbehoefte. As gevolg van die emosionele impak van die diagnose sal hierdie pasiënte eers by berading baat vind nadat 'n vertrouensverhouding met die gesondheidswerker gevestig is.
- Pasiënte met 'n enkele resente nie-beroepsverwante blootstelling moet dadelik geëvalueer en beraad word, en dit moet opgevolg word.
- Pasiënte wat aan verdowingsmiddels verslaaf is, kan baat vind by berading en ook verwys word na ander netwerke vir die hantering van aspekte soos seksuele praktyke en die gesamentlike gebruik van naalde.

Die kans dat meer as een model gebruik kan word, moet ook as 'n moontlikheid oorweeg word. Die gesondheidswerker se houding en gedrag teenoor die MIV-positiewe pasiënt beïnvloed en dan meebring dat hy die pasiënt sal vermy — fisies sowel as sosiaal. Soos reeds genoem, blameer sommige gesondheidswerkers die MIV-

positiewe pasiënt vir sy toestand, en so 'n pasiënt kan gevolglik gevoelens van skuld, angs, vrees, woede en depressie ervaar

Vervolgens word die beradingsbeleid van die regering, doelwitte van MIV/VIGS-toetsberading asook die proses van voor- en na-MIV- en VIGS-toetsberading bespreek.

Die volgende modelle word ook in Tabel 2.4 weergegee en op hierdie navorsing toegepas.

Tabel 2.4

Beradingsmodelle

Model en teoretikus	Aannames	Toepassing op navorsing
Sisteemmodel	<ul style="list-style-type: none"> • Interaksie is afhanklik en interafhanklik; • Fokus op die individu <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die persoon as individu maak deel uit van die geheel en staan ook in verhouding tot die groter geheel, wat beteken dat die individu nie net deel uitmaak van die familie-struktuur as stelsel nie, maar ook van die gemeenskap, wat 'n substelsel is. ▪ Interaksie binne die stelsel vorm die gedrag van die individu in die stelsel. 'n Persoon se gedrag beïnvloed die stelsel en kan moontlik tot die wan-funksionering van die hele stelsel lei. ▪ Indien disfunsionele gedragspatrone herhaaldelik voorkom, lei dit tot 'n dis-funsionele stelsel. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die MIV-positiewe pasiënt, sy familie, die gemeenskap en die gesondheidswerker is afhanklik en interafhanklik van mekaar, soos in Figuur 2.2 geïllustreer; • Die MIV-positiewe pasiënt is aangewese op die ondersteuning van sy familie in sy siekteproses; • Indien daar nie 'n goeie verhouding tussen die MIV-positiewe pasiënt en sy familie bestaan nie, lei dit tot die isolasie van die pasiënt;
Carkhuff se ontwikkelingsmodel vir hulp	<p>Die basiese uitgangspunt van hierdie model is:</p> <ul style="list-style-type: none"> • -om te lewe en te groei; • afhange van wat 'n persoon vir homself kan doen; • -wat ander vir die persoon kan doen; of; • -hoe die persoon in 'n krisissituasie optree; en • -hoe die persoon in 'n krisistyd bygestaan word; 	<ul style="list-style-type: none"> • Die bemagtiging van die familie van die MIV-positiewe pasiënt deur duidelike riglyne ter ondersteuning van die MIV-positiewe pasiënte deur die familie neer te lê; • Die MIV-positiewe pasiënt aanvaar verantwoordelikheid vir eie behandeling; • Die MIV-positiewe pasiënt voel bemagtig en kry hoop vir sy situasie en dit is 'n motivering om sy behandeling getrou te volg en 'n positiewe bestaan te voer;

	<p>Doelwitte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verken die probleme van die MIV-positiewe pasiënt; • Verstaan die MIV-positiewe pasiënt se probleem; • Tree op om die probleem op te los. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bemagtiging van die familie en gemeenskap en mobilisering van hulpbronne in die gemeenskap ter ondersteuning van die MIV-positiewe pasiënt; • Indien die familie van die MIV-positiewe pasiënt ingelig is en begryp wat die pasiënt deurmaak, sal die familie die pasiënt meer bystaan en ondersteun. • Moedig kommunikasie en luistervaardighede by familie aan en bemagtig verkryging van MIV- en VIGS-verwante inligting.
<p>Die persoon- gesentreerde model vervat in Karl Rogers, die Amerikaanse psigoterapeut, se kliënt-gesentreerde model.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die sentrale konsepte is op interpersoonlike verhoudings van die berader of gesondheidswerker en die pasiënt gebaseer; • Die "hier en die nou" van die pasiënt; • Elke persoon beskik oor die potensiaal om persoonlik te groei en, as die tyd en ruimte daarvoor gegun word, 'n oplossings vir eie probleme te vind; • Dit is die verantwoordelikheid van die pasiënt om hom te versterk om sodoende tot selfaktualisering te groei; • Daar moet 'n onvoorwaardelike positiewe aanvaarding wees, met ander woorde 'n nie-veroordelende benadering van die gesondheidswerker; • Die gesondheidswerker as berader moet deurentyd empatie, hartlikheid en egtheid uitstraal; • Vertroulikheid en nie-verbale 	<ul style="list-style-type: none"> • Die gesondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt vestig 'n vertrouensverhouding wat die inligtingsoordrag rakende MIV en VIGS bevorder en dit vir die MIV-positiewe pasiënt makliker maak om sy MIV-positiewe status aan sy familie oor te dra. • Die familie van die MIV-positiewe pasiënt is dan meer ondersteunend aangesien die familie ook die siekte van hulle geliefde verstaan en begryp; • 'n Kultuursensitiewe gesondheidswerker met 'n positiewe benadering sal die MIV-positiewe pasiënt begelei om sy siektetoestand te aanvaar en verantwoordelik te lewe. • Die gebruikmaking en inisiëring van hulpbronne in die gemeenskap word ook gevestig ter ondersteuning van die familie van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie. • Die MIV-positiewe pasiënt

	<p>sensitiwiteit is van kardinale belang;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'n Beginsel, naamlik respek vir die pasiënt se kultuur. Die kultuur van beide die gesondheidswerker as berader en die pasiënt is belangrik omdat daar sekere onderhandelinge moet plaasvind vir die verstaan van verskillende kulture. • Geen aannames mag gemaak word nie, aangesien dit tot stereotipering lei; • Sensitiwiteit vir ras, etnisiteit, seksuele voorkeur of ander kulturele aspekte moet geteiken word. 	<p>en sy familie aanvaar eienaarskap van die siek familielid se behandeling.</p>
--	---	--

2.6.6 VERWYSINGSNETWERKE VIR ONDERSTEUNING VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT

'n Verwysingsnetwerk dui op 'n ondersteuningstelsel aan persone wat gemeenskaplike probleme ondervind. Persone wat deel het aan 'n ondersteuningstelsel, kan mekaar fisies, psigologies en emosioneel ondersteun. Volgens Bristol-Meyers se inligtingstuk is die gesondheidswerker die geneeskundige, verpleegkundige, apteker en ander gesondheidswerkers almal beskikbaar vir hulp en verwysing van die MIV-positiewe pasiënt vir ondersteuning. Uys (2002:101) sluit hierby aan deur te noem dat ondersteuning aan die MIV-positiewe pasiënt uit die volgende aspekte bestaan: emosionele, psigologiese, sosiale, fisiese, materiële en praktiese ondersteuning, afhangende van die behoeftes van die MIV-positiewe pasiënt. Robberts *et al.* (2001:197) meen dat 'n aansienlike hoeveelheid empiriese bewyse aandui dat daar 'n definitiewe verband bestaan tussen sosiale ondersteuning en die gezondheidstatus van die individu, as 'n MIV-positiewe pasiënt. Faktore wat daartoe bydra dat die verwysingsnetwerk uitbrei, is die feit dat 'n gevoel van eienaarskap aan die lede van die netwerk gegee word en ook 'n bepaalde struktuur waarbinne opgetree word (Caplan, 1974:103).

NAMI (National Alliance for the Mentally Ill) **BRON** het wesenlik drie behoeftevlakke by MIV-positiewe pasiënte geïdentifiseer en beveel aan dat ondersteuningsgroepe, ofte wel verwysingsnetwerke, al drie hierdie vlakke in berekening moet bring, naamlik:

- Aanvaarding dat 'n persoon MIV-positief is. Op hierdie vlak is die MIV-positiewe pasiënt en die familie nog geskok en verkeer in 'n tipe rouproses. Soms kan daar nog ontkenning voorkom. Op hierdie vlak benodig die pasiënt en familie opleiding om hierdie vlak suksesvol te kan hanteer.
- Op die tweede vlak leef families en pasiënte reeds geruime tyd met die wete saam dat die persoon MIV-positief is. Stigmatisering is dus ook al 'n werklikheid in die MIV-positiewe pasiënt en sy familie se lewe.
- Op die derde vlak aanvaar die MIV-positiewe pasiënt en die familie sy MIV-positiewe status en wil betrokke raak by die verwysingsnetwerk om sodoende ander te kan ondersteun.

2.6.6.1 AARD VAN ONDERSTEUNING

Mense het verskeie en spesifieke behoeftes wat bevrediging vereis, byvoorbeeld die behoefte aan liefde, affeksie, intimiteit wat die vryheid gee om gevoelens vrylik te kan lug en om nie selfbewus te wees om gevoelens in woorde uit te druk nie, aan bekragting van persoonlike identiteit en waarde, aan bevrediging van koestering en afhanklikheid, die behoefte daaraan om met take te help en aan die ondersteuning om emosies te kan hanteer (Caplan, 1974:101).

Die ontwikkeling van 'n uitvoerbare verwysingstruktuur vereis koördinasie met die hospitale, klinieke, vrywillige en vertroulike berading en toetsing, familie van pasiënte, tradisionele helers, gemeenskapsgesondheidswerkers en ook ander ondersteuningsagentskappe (UNAIDS, 2001: Fact Sheet 3, 3-5).

Volgens die Family Health International (2005:8) behels verwysings en verwysingsvaardighede dat die MIV-positiewe pasiënt se behoeftes aan voorkomende, psigologiese, ekonomiese, sosiale en mediese dienste beplan word. Om aksieplanne te ontwerp om verwysingsbronne reservert te hou is belangrik, en hierdie lys moet alle verwysings insluit, byvoorbeeld:

- hospitaaldienste;

- ekonomiese ondersteuningsdienste;
- psigologiese ondersteuningsdienste;
- ondersteuningsgroepe veral in die gemeenskap;
- hospice en ander soortgelyke dienste;
- voorkomende dienste; en
- opvoedkundige programme wat reeds beskikbaar is.

2.6.6.2 FUNKSIES VAN 'N VERWYSINGSNETWERK

Die volgende is funksies van 'n verwysingsnetwerk:

- Sosiale en ontspanningsaktiwiteite;
- Bystand met vervoer;
- Bystand ten opsigte van voeding;
- Gee van inligting (Uys & Middleton, 1997:88-90); en
- Persone in verwysingsnetwerke moet sensitief wees vir persoonlike behoeftes.

2.6.6.2.1 VIR DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT

• GENEREER EN DEEL INLIGTING

Verwysingsnetwerke vir ondersteuning voorsien struktuur aan lede om kommunikasie onderling te vestig en te handhaaf. Dit is belangrik om inligting uit te ruil en te ontleed om sodoende gemeenskaplike doelwitte te bereik.

• VOORSPRAAK

Verwysingsnetwerke vir ondersteuning koördineer dikwels voorspraakoptrede wat verband hou met gemeenskaplike kommer van die lede van die verwysingsnetwerk.

• VAARDIGHEDE EN KAPASITEITBOU

Verskeie verwysingsnetwerke verskaf beide formele en informele geleenthede ter verbetering van die vaardigheidsvlakke van lede. *Informeel* verwys daarna dat lede van hierdie groep voordeel trek uit die inligting wat tussen lede van hierdie groep onderling uitgeruil word ten opsigte van feite en ervarings of belewenisse.

- **SOLIDARITEIT**

Solidariteit ontstaan onder die lede van hierdie ondersteuningsnetwerke omdat hulle groepsamehorigheid ervaar en voel dat hulle werk belangrik is.

2.6.7 ONDERSTEUNING

Ondersteuning moet deurlopend aan die MIV-positiewe pasiënt gegee word deur hierdie pasiënt in die kliniek te beraad, en behandeling moet van so 'n aard wees dat die MIV-positiewe pasiënt sy positiewe status aanvaar om sodoende ingeligte besluite rakende sy lewe te kan neem. Die ondersteuning van die MIV-positiewe pasiënt behels ook die verwysing van hierdie pasiënt na netwerke buite die kliniek en in die gemeenskap ter ondersteuning. Namate die MIV-positiewe pasiënt sy positiewe status aanvaar, sal hy ook moontlik sy status aan sy familie en vriende openbaar maak. So kan bemagtiging van die familie van die MIV-positiewe pasiënt ook deur die gesondheidswerker geskied, bloot deur MIV- en VIGS-verwante inligting aan die familie te gee.

Die navorser beoog om riglyne te formuleer vir die families van die MIV-positiewe pasiënte, en dit sal in Hoofstuk 5 van hierdie navorsing weergegee word. Die navorser beskou die gesondheidswerker se rol as van kritieke aard, aangesien die gesondheidswerker die inligting rakende MIV- en VIGS-verwante inligting korrek en op die regte wyse aan die pasiënt oordra, maar dat die gesondheidswerker ook moet seker maak dat hierdie inligting verstaan en begryp word. Indien hierdie inligting korrek aan die MIV-positiewe pasiënt oorgedra word, sal hy sy siekte asook eienaarskap daarvan aanvaar en sy familie oor sy status inlig. Die ondersteuning van die familie aan die MIV-positiewe pasiënt sal dan spontaan kom om antiretrovirale middels reg te gebruik.

2.6.8 HUIDIGE MEDIESE BEHANDELING VAN MIV EN VIGS

Daar is reeds bewys dat antiretrovirale middels die risiko van MIV-oordrag drasties verklein. In hierdie gedeelte word die antiretrovirale terapie breedvoerig bespreek, naamlik die agtergrond, beginsels, aanvang van antiretrovirale medikasie, voordele en nadele, nuwe-effekte, monitering van weerstandigheid, faktore wat getrouheid aan die gebruik van antiretrovirale middels beïnvloed en alternatiewe behandeling.

Dit is ewe-eens belangrik dat hierdie inligting deur die MIV-positiewe pasiënt, sy familie en die gemeenskap verstaan en begryp moet word, aangesien daar voortdurende inter-

aksie tussen hierdie groepe bestaan. Die gemeenskapswerker beskik oor hierdie inligting en moet dit aan die MIV-positiewe pasiënt, sy familie en die gemeenskap oordra en seker maak dat die inligtingoordrag sinvol plaasvind

Indien die MIV-positiewe pasiënt en sy familie die erns van die neem van die medikasie begryp sal die MIV-positiewe pasiënt eienaarskap vir sy siekte en behandeling aanvaar en die familie sal die MIV-positiewe pasiënt kan ondersteun.

2.6.8.1 AGTERGROND RAKENDE ANTIRETROVIRALE MEDIKASIE

In 1987 is die eerste middel wat die MI-virus kon aanval en die nabootsingsiklus kon inhibeer in die kliniese praktyk vervaardig en bekendgestel, naamlik AZT as zidovudine of monoterapie (Pratt, 2003:362; Barnes, 2003:33). Die middel het merkwaardige kliniese verbeteringe in klinies ernstig siek pasiënte teweeg gebring en dit was 'n betekenisvolle keerpunt in die behandeling van MIV en VIGS en dus 'n revolusie in die behandeling van die MIV- en VIGS-pasiënt meegebring. Die meer gegoede MIV-positiewe pasiënte in lande oral in die wêreld het hierdie middels gebruik, waar dit 'n groot impak gehad het op die afname/verlaging van MIV-verwante morbiditeit en mortaliteit (Pratt, 2003:362; Evian, 2000:79-81; Wilson et al., 2004:83).

Die kliniese voorkoms van die MI-virus en die progressiewe en onstuitbare virale herhaling van hierdie virus het dit moontlik gemaak om die stadia en gebeure wat met die veranderende omgekeerde verhouding tussen die styging van die virale lading en die afname/daling van die CD4-T-limfosiet-telling wat dit tot gevolg het, geassosieer word, soos in Figuur 2.3 aangedui, te voorspel. Hoe hoër die virale lading, hoe groter is die afname in die CD4-T-limfosiet-telling en die kans dat opportunistiese infeksies kan ontstaan en die pasiënt sieker word en sy gesondheid verswak. Laboratoriumtegnieke is reeds heel gevorderd, en CD4-seltellings en virale ladings in plasma kan gereedelik bepaal word. Dit is tans dus makliker om MIV-positiewe pasiënte te hanteer, ongeag in watter fase van die siekte hulle verkeer (Pratt, 2003:362; Evian, 2000:79-81; Wilson et al., 2004:83).

Omstreeks die middel van 1990 het antiretrovirale terapie uit sekere kombinasies van antiretrovirale middels bestaan, naamlik: (Roberts *et al.*, 2001:123).

- Zidovudine;
- Protease-onderdrukker/-inhibeerder;

- Transkriptase-onderdrukker/-inhibeerder en het hierdie terapie, as “HAART” (highly active antiretroviral therapy), of gekombineerde terapie, bekend gestaan.

In die ontwikkelde lande is hierdie regimen wêreldwyd ontwikkel. Hierdie middel was nie lank in gebruik nie, of versprei nie, voordat pasiënte middelweerstandigheid daarteen begin ondervind het (Pratt, 2003:362; Evian, 2000:79-81).

PlusNews van 13 Mei 2005 berig dat die TAC (Treatment Action Campaign) 'n kontroversiële vitamien-aktivis en verkoopsman, dr Raft, voor die hof gedaag het omdat hy beweer het dat die TAC (Treatment Action Campaign) en die farmaseutiese industrie kop in een mus is om antiretrovirale medikasie te bevorder. Raft beweer dat antiretrovirale medikasie toksies is en dat die vitamienaanvullings wat hý bemark en verkoop die VIGS-fase kan voorkom. Verskeie studies is reeds oor die rol van mikronutriënte en aanvullings in die verloop van MIV en VIGS geloods, maar die resultate het nie oortuigend nie. Drukroepe wat glo dat VIGS nie bestaan nie, asook die Tradisionele Genesers-organisasie, ondersteun Raft en het pamflette in 'n onlangse protesoptog in Khayelitsha uitgedeel. Dr Martin, hoof van “South African Clinicians Society”, het genoem dat die TAC, SA HIV Clinical Society, WGO, UNICEF en UNAIDS die uitlatings van dr Raft verwerp en meen dat hierdie stellings van Raft misleidend en potensieel gevaarlik is. Dr Martin is van mening dat die onlangse opmerking van die Minister van Gesondheid, dr Mantho Tshabalala-Msimang ook nie die antiretrovirale terapie-plan steun nie. In April 2005 het dr Mantho Tshabalala-Msimang aan joernaliste gesê dat Raft nie die Suid-Afrikaanse Regeringsplan ondermyn nie, maar dit ondersteun, deurdat hy vitamienene en sekere voedingsaanvullings aanbeveel.

2.6.8.2 BEGINSELS VAN ANTIRETROVIRALE BEHANDELING

Die behandeling van pasiënte met antiretrovirale medikasie het ten doel om die virale lading in die bloedplasma na die laagste moontlike vlak te verlaag, verkieslik onder die vlak van opsporing, so gou as moontlik vir solank as moontlik (Barnes, 2003:37; Pratt, 2003:372-373).

Tans het beskikbare medikasie ten doel om veral twee spesifieke virale ensieme te inhibeer wat nodig is vir die herhaling van die MI-virus, naamlik

- omgekeerde transkriptase (Barnes, 2003:34; Pratt, 2003:373); en

- protease (Barnes, 2003:34-35).

“New York State Department of Health, AIDS Institute” (2004:17) meen dat antiretrovirale behandeling ook ten doel het om

- ’n langer lewe aan die MIV-positiewe pasiënt te verseker;
- ’n beter lewensgehalte te probeer bewerkstellig;
- die virale lading in die bloed van die MIV-positiewe pasiënt te verlaag;
- ’n hoër CD4-seltelling te bewerkstellig; en
- ’n gesonder immuunstelsel, wat tot minder opportunistiese siektes kan lei, tot stand te bring.

Wilson *et al.* (2004:132) meen dit is ook belangrik om die immuunstatus van die MIV-positiewe pasiënt te voorspel om sodoende die respons van die antiretrovirale medikasie te monitor.

2.6.8.3 AANVANGS VAN ANTIRETROVIRALE BEHANDELING “HAART”

Roberts *et al.* (2003:124) haal aan uit Van Praag en Pierens wat meen dat, hoe vroeër in die siektesiklus met die regimen begin word, hoe doeltreffender die antiretrovirale medikasie sal wees. Die “New York State Department of Health, AIDS Institute” (2004:17) meen daar is nie ’n korrekte antwoord om die aanvang van antiretrovirale medikasie aan te dui nie. Die MIV-positiewe pasiënt moet egter fisies en psigies gereed wees. Wilson *et al.* (2004:329-330) is van mening dat antiretrovirale medikasie nie te vroeg voorgeskryf moet word nie, aangesien die risiko vir langtermyn-middeltoksiteit virale weerstand tot gevolg kan hê. Hierdie outeurs is dit eens dat die CD4-telling en die kliniese status van die pasiënt in ag geneem moet word wanneer daar begin word met die gebruik van antiretrovirale middels.

Die geneesheer en die pasiënt moet die besluit om met antiretrovirale medikasie te begin wel deurdag neem, aangesien die behandeling uiters geïndividualiseer is en die volle verbintenis van die pasiënt vereis omdat dit lewenslange behandeling impliseer (Pratt, 2003:373; Wilson *et al.*, 2004:330). Voor die aanvang van antiretrovirale

behandeling moet verskeie sake tussen die gesondheidswerker en die pasiënt uitgeklaar word, naamlik

- die voorkeur van die MIV-positiewe pasiënt;
- die waarneembare vermoë van die MIV-positiewe pasiënt om hom lewenslank tot die behandeling te verbind; en
- die vermoë van die MIV-positiewe pasiënt om medikasie daaglik en telkens op dieselfde uur van die dag te neem.

Antiretrovirale behandeling word aan alle pasiënte wat simptome ervaar, voorsien en ook aan pasiënte met 'n hoë virale lading voordat onomkeerbare skade aan die pasiënt se immuunstelsel aangerig word. Die CD4-seltelling moet minder as 200 per mm^3 van perifere bloed wees (Pratt, 2003:373).

Volgens die BHIVA (The British HIV Association) en Barnes (2003:38) bestaan daar ook 'n stel riglyne vir gesondheidswerkers ten opsigte van wanneer om met antiretrovirale behandeling te begin. Hierdie aanbevelings is nie absoluut nie en is gebaseer op die bloedvlakke en die aan-/afwesigheid van MIV-simptome, naamlik: (Barnes, 2003:38):

- **Asimptomaties:** As die CD4-seltelling >350 selle/ mm^3 is, word antiretrovirale medikasie nie vir behandeling aanbeveel nie. As die CD4-seltelling <200 selle/ mm^3 is, moet daar onmiddellik met antiretrovirale medikasie begin word.
- **Simptomaties:** Indien daar enige tekens van infeksie is sonder die inagneming van die CD4-seltelling, moet dadelik begin word met antiretrovirale medikasie.

Barnes (2003:38-39) voer ook verder aan dat sekere aspekte in ag geneem moet word ten opsigte van die pasiënt en sy daaglikse roetine as antiretrovirale behandeling oorweeg word. Die volgende aspekte kan moontlik 'n versekering wees daarvan dat die pasiënt sy medikasie korrek sal neem en volle voordeel uit die behandeling sal trek volgens die "New York state Department of Health, AIDS Institute" (2004:17).

- die slaap en -opstaantyd van die pasiënt;
- die tipe dieet
- tye wanneer maaltye geneem word;

- die werkroetine;
- die berging van die antiretrovirale middels; en
- moontlike newe-effekte.

2.6.8.4 VOORDELE VAN ANTIRETROVIRALE MEDIKASIE

Die voordele van antiretrovirale behandeling is:

- die verbetering van die gesondheid en immuunrespons van die MIV-positiewe pasiënt en dus minder siektes;
- die uitstel van die eindstadium van die siekte "VIGS";
- die verbetering van lewensgehalte, omdat die MIV-positiewe pasiënt beter voel; en
- die poging om die verspreiding van die MI-virus te probeer beperk (Kahn et al., 2002:252).

Volgens Pratt (2003:373) en die "New York State Department of Health, AIDS Institute" (2004:7) moet die voordele te alle tye opgeweeg word teen die risiko's van beide vroeë en latere toksisiteit wat met antiretrovirale behandeling gepaard gaan.

2.6.8.5 NADELE VAN ANTIRETROVIRALE MEDIKASIE

Die langtermyn newe-effekte van antiretrovirale behandeling kan in sommige pasiënte baie erg wees en kan moontlik toekomstige behandeling beperk (Pratt, 2003:373). Tydens 'n studie in Frankryk het Blanche *et al.* (1999:1085) bevind dat daar afwykende werking van die mitochondria by babas voorkom, naamlik biochemiese, hart-, visuele en neurologiese probleme. Hierdie werking kan moontlik toegeskryf word aan antiretrovirale middels wat die moeders ontvang het.

Daar kan moontlik ook belangrike psigologiese implikasies wees vir pasiënte wat hulle tot matig gekompliseerde lewenslange medikasieregimens verbind. Die MIV-positiewe pasiënt moet egter psigologies gereed wees om hom tot die lewenslange behandeling en moontlike newe-effekte te verbind (New York State. AIDS Institute, 2004:21).

2.6.8.6 NEWE EFFEKTE VAN ANTIRETROVIRALE BEHANDELING

Lachman (1999:478) noem dat die volgende fisiologiese veranderinge tydens antiretrovirale medikasie voorkom;

- liggaamsvetverspreiding, veral vetverspreiding om die middelrif van pasiënte en ook dorso-servikale vergroting, wat as 'n "buffel-skof" bekend staan. Terselfdertyd is daar 'n afname in subkutane vet in die boude en laer ekstremitate;
- hiperlipidemie, veral verhoogde trigliseriedvlakke;
- verhoogde bloedglukosevlakke; en
- insulienweerstandigheid.

Volgens Barnes (2003:42), Wilson *et al.* (2004:353), SAMF (2003:315), Evian (2000:87-88), Wilson *et al.* (2004:336-339) en Chou *et al.* (2004:334) kan enige persoon nuwe-effekte van 'n geneesmiddel ontwikkel. Dit neem die menslike liggaam 'n sekere tyd om aan die behandeling gewoond te raak en die medikasie te akkommodeer. Dit is dan ook so dat nie alle MIV-positiewe pasiënte nuwe-effekte dieselfde ervaar nie. Die mees algemene nuwe-effekte van antiretrovirale medikasie is;

- hoofpyn, angs en depressie;
- algemene lyfseer en spierspasmas;
- nagsweet en koors;
- duiseligheid;
- verhoogde frekwensie van urine;
- seksuele verveeldheid;
- verlies aan eetlus en naarheid, braking, abdominale pyn, winderigheid en diarree;
- stomatitis en 'n slegte smaak in die mond;
- slaaploosheid, hallusinasies, intense drome, nagmerries en vergeetagtigheid;
- dooie gevoel om die mond, parestese en neuropatie;
- beenmurgonderdrukking met anemie en neutropenia tot gevolg en moegheid;
- veluitslag;
- verhoogde cholesterol en trigliseriedes;
- hiperglukemie kom by 3%-17% pasiënte voor;

- verhoogde bloedingsneigings by hemofilie-pasiënte;
- perifere neuropatie;
- pankreatitis en hepatitis;
- geneesmiddel-interaksie;
- nierstene;
- herverspreiding van vet ofte wel lipo atrofie, word toenemend in pasiënte waargeneem wat op kragtige antiretrovirale medikasie is. Dit sluit veral die herverspreiding van vet om die abdominale gordel, dorso-servikale deel van die liggaam wat as 'n buffelskof bekend staan, in (Lachman, 1999:33; Wilson *et al.*, 2004:339). Bradford McIntyre is reeds langer as 20 jaar MIV-positief en berig in 'n artikel, "HIV/AIDS: Lipo atrophy (Facial Wasting)", dat MIV-positiewe pasiënte op antiretrovirale middels, veral op die kombinasiterapie, lipo atrofie ontwikkel. Hy is van mening dat die MIV-positiewe pasiënte angstig word omdat dit vir almal duidelik is dat hulle MIV-positief is. Die pasiënte voel gestigmatiseer en dit verswak hul selfbeeld in so 'n mate dat hulle hulle sosiaal onttrek en alle bande met familie en vriende verbreek;
- terselfdertyd is daar 'n afname in vet in die boude en laer ekstremitate (Lachman, 1999:33).

Wilson *et al.* (2004:353) noem ook dat beenmurgtoksisiteit, hipotensie, hipoglukemie, kardiale aritmie, lewerfunksieversteurings, brongospasma en 'n metaalsmaak in die mond kan voorkom.

Omdat dit uiters belangrik is dat pasiënte wat nuwe-effekte ervaar, gemonitor moet word, word die MIV-positiewe pasiënt ingelig om die gesondheidswerkers by sy naaste kliniek van sy toestand in kennis te stel. Die "New York State Department of Health, AIDS Institute" (2004:42) beaam dit en noem dat die nuwe-effekte behandel kan word.

Ander nuwe-effekte soos diarree, maagkrampe, naarheid, hoofpyn, moegheid, veluitslag en perifere neuropatie, wat ongelukkig gepaard gaan met die antiretrovirale medikasie-regimen, word ondervind. Die "New York State Department of Health, AIDS Institute" (2004:21) meen ook dat antiretrovirale behandeling solank as moontlik uitgestel word sodat meer opsies later met verloop van die siekte moontlik is.

2.6.8.7 MONITERING VAN ANTIRETROVIRALE BEHANDELING

Daar is noodsaaklike laboratoriumtoetse om die pasiënt se immuunstatus, siekteverloop, die effektiwiteit van die antiretrovirale behandeling en weerstand teen die antiretrovirale behandeling te bepaal, naamlik

- deur middel van die CD4-T-limfosiet-seltelling (Barnes, 2003:51-52; Wilson *et al.*, 2004:342; Pratt, 2003:373);
- deur die virale lading in die bloedplasma minstens twee- tot agtweeke na die aanvang van die terapie te bepaal om seker te maak dat die terapie wel werk. Daarna is dit belangrik om driemaandeliks toetse te doen (Kahn *et al.*, 2002:252; Barnes, 2003:51-52; Wilson *et al.*, 2004:342-343; Pratt, 2003:373);
- deur enige nuwe-effekte te monitor. Dit is belangrik dat, indien die MIV-positiewe pasiënt enige nuwe-effekte ervaar, die gesondheidswerker dadelik in kennis gestel moet word sodat hierdie nuwe-effekte behandel kan word (Birkhead *et al.*, 2004:42);
- deur virale weerstand (Pratt, 2003:373, Barnes, 2003:51-52);
- deur te let op faktore wat medikasie en die getroue neem hiervan kan beïnvloed, soos alkoholisme en stres (Wilson *et al.*, 2004:342-343);
- deur gereelde volbloedtelings-bepalings deur 'n laboratorium (Wilson *et al.*, 2004:342-343);
- deur middel van lewerfunksie-bepalings, die lipiedprofiel, afhangende van watter antiretrovirale middels die MIV-positiewe pasiënt gebruik, te monitor (Wilson *et al.*, 2004:342-343); en
- deur verskeie middelinteraksies te monitor, veral gepaard met die behandeling van Pulmonale Tuberkulose, epilepsie en peptiese ulkuse.

2.6.8.8 WEERSTANDIGHEID TEEN ANTIRETROVIRALE MEDIKASIE

Die MIV-virus verdubbel daagliks biljoene kere. Die MIV-virus, soos alle retrovirusse, begaan gereeld foute in die proses van transkriptase en die gevolg is dat die MIV-virus nie perfekte MIV-virusse dupliseer nie, maar virale variante wat onbestendig is. Hierdie afwykende virale replikas of onbestendige variante in die bloed van die MIV-positiewe pasiënt veroorsaak weerstandigheid teen sommige tipes antiretrovirale medikasie, en

hierdie antiretrovirale medikasie het nie meer 'n betekenisvolle effek om die replisering van die MI-virus te stuit nie. Dit is vir enige MIV-positiewe pasiënt 'n lewensgevaarlike situasie (Pratt, 2003:373; Barnes, 2003:38-39).

Verskeie faktore beïnvloed die spoed en die omvang van die virale weerstand, insluitend die pasiënt se vorige behandelingsgeskiedenis en stadia van die siekte, die pasiënt se eie vermoë om ten volle getrou te bly aan die antiretrovirale behandeling, die impak van die behandelingsregimen, individuele variasie met geneesmiddelmetabolisme en farmakokinetiese virale replikasie (Pratt, 2003:373).

Daar is ook belangrike gevolge vir 'n uitgebreide populasie van geneesmiddelweerstand, en ook multi-geneesmiddelweerstandigheid. Die geïnfekteerde individu se behandelingsopsies is uiters beperk of bestaan nie. Dit is dan ook so dat hierdie pasiënte die geneesmiddelweerstandbiedende MI-virus aan ander kan oordra (Pratt, 2003:375; Barnes, 2003:27).

Die keuse is dus aanvanklik om sterk kombinasies van antiretrovirale medikasie aan die MIV-positiewe pasiënt te gee en daarna die MI-virus se replisering deurlopend te onderdruk, onder die vlak van opsporing in die bloed. Dit bied die beste kans op voorkoming of die uitstel van virale weerstandigheid (Pratt, 2003:375; Barnes, 2003:27).

Volgens Pratt (2003:381-382) en die "New York State Department of Health, AIDS Institute" (2004:53) kan die ontwikkeling van geneesmiddelweerstandigheid moontlik aan die volgende faktore toegeskryf word

- 'n verkeerde regimen, waar antiretrovirale middels te swak is om enige effek te hê om die groei van die MI-virus te beperk;
- individuele kenmerke van die MIV-positiewe pasiënt, byvoorbeeld swak absorpsie en 'n verhoogde geneesmiddelopruiming;
- die keuse van sub-optimale kombinasies of voorgeskrewe dosis;
- die bestaande weerstandigheid vir een of meer van die geneesmiddels in die antiretrovirale regimen;
- die pasiënt se onvermoë om die geneesmiddelregimen getrou te gebruik.

Wilson *et al.* (2004:230, 334) noem dat pasiënte sosiaal en psigologies oorgehaal moet wees om 'n lewenslange verbintenis aan te gaan voordat hulle antiretrovirale medikasie begin gebruik.

2.6.8.9 GETROUHEID AAN DIE ANTIRETROVIRALE MEDIKASIE-REGIMEN

Die “New York State Department of Health, AIDS Institute” (2004:1) meen getrouheid aan die antiretrovirale medikasie-regimen van die kant van die MIV-positiewe pasiënt beteken om volle samewerking te gee met betrekking tot eie gesondheid in die sosiale konteks van sy lewe en om verskeie strategieë toe te pas om struikelblokke te oorkom.

Die doeltreffende behandeling van enige toestand vereis dat die pasiënt die voorgeskrewe medikasie getrou en korrek moet neem. Hierdie konsep is uiters belangrik en verwys daarna dat antiretrovirale medikasie volgens die korrekte regimen aan die MIV-positiewe pasiënt toegedien word, in die regte kombinasies van antiretrovirale middels, met die regte dosering, op spesifieke gegewe tye, soos voorgeskryf. Dit is uiters belangrik dat bogenoemde voorskrifte gevolg moet word om sodoende die deurlopende replikasie van die MI-virus te onderdruk, die siekte uit te stel en te voorkom dat medikasieweerstandigheid ontstaan (Pratt, 2003:378; Barnes, 2003:38).

Lachman (1999:33, 478) meen ook dat, deur nie getrou by die antiretrovirale medikasie-regimen te hou nie, die behandeling van die MIV-positiewe pasiënt bemoeilik word en soms onmoontlik is, veral as gevolg van nuwe-effekte, middelinteraksie, tye wanneer medikasie geneem word asook kossoorte wat in interaksie tree met die antiretrovirale medikasie. Verder voer Lachman (1999:478) ook aan dat toegang tot mediese sorg vir die behandeling van MIV en VIGS steeds beperk is. Die behandeling is duur en is dus nie vir almal beskikbaar nie.

Pratt (2003:381) wys op die belangrikheid van getrouheid aan die regimen, naamlik

- dat die terapeutiese sukses afhang van die deurlopende onderdrukking van die MIV- virale lading in die bloed tot vlakke wat nie opspoorbaar is nie; en
- dat 'n optimale terapeutiese geneesmiddelvlak in die bloed dus gehandhaaf moet word om die doeltreffendheid van antiretrovirale terapie te verseker.

2.6.8.10 FAKTORE WAT GETROUHEID VAN DIE NEEM VAN ANTIRETROVIREALE MEDIKASIE KAN BEÏNVLOED

• FASSILITERENDE FAKTORE

Die *New York State Department of Health-AIDS Institute* (2004:23) noem faktore wat tot verhoogde getrouheid aan die antiretrovirale regimen kan bydra, naamlik

- 'n goeie verhouding tussen die MIV-positiewe pasiënt en die gesondheidswerker;
- 'n spesifieke plan vir 'n spesifieke MIV-positiewe pasiënt ten opsigte van sy antiretrovirale regimen;
- spesifieke tye vir die neem van antiretrovirale medikasie en die belangrikheid daarvan om hierdie medikasie telkens op dieselfde uur van die dag te neem;
- die verduideliking aan die MIV-positiewe pasiënt rakende sekere kossoorte waarmee antiretrovirale middels saam geneem mag word;
- deur die moontlike newe-effekte te bespreek en voorligting te gee ten opsigte van optrede indien newe-effekte sou voorkom;
- deur byvoorbeeld "Jellie Beans" te gebruik om sekere antiretroviralemedikasie-dosisse te verduidelik;
- 'n goed gemotiveerde pasiënt wat oor voldoende kennis van MIV/VIGS en die terapie beskik (Wilson *et al.*, 2004:331);
- opvoeding in 'n pasiënt se eie huistaal voor en gedurende antiretrovirale terapie (Wilson *et al.*, 2004:331);
- deelname aan 'n ondersteuningsgroep van MIV-positiewe pasiënte wat ook antiretrovirale medikasie gebruik (Wilson *et al.*, 2004:331);
- die feit dat die MIV-positiewe pasiënt in die laat simptomefase van die MIV-siekte verkeer (Wilson *et al.*, 2004:331); en
- 'n twaalfuurlikse regimen en kleiner aantal middels met minder newe-effekte (Wilson *et al.*, 2004:331).

- **BELEMMERENDE FAKTORE**

Belemmerende faktore volgens *New York State Department of Health-AIDS Institute* (2004:23-24) en *Wilson et al.* (2004:331) is onder andere

- swak kommunikasie tussen die MIV-positiewe pasiënt en die gesondheidswerker;
- die feit dat die MIV-positiewe pasiënt nie die werking van die antiretrovirale regimen verstaan nie;
- die feit dat die MIV-positiewe pasiënt moontlik ook verdowingsmiddels en alkohol gebruik;
- depressie, stres en geestesongesteldheid;
- 'n besige werk- en lewenskedule;
- nuwe-effekte van die antiretrovirale medikasie;
- die feit dat die MIV-positiewe pasiënt nie sy positiewe status aan sy familie en vriende bekend wil maak nie;
- die feit dat die pasiënt in die vroeë asimptoomfase van die MIV-siekte verkeer; en
- die feit dat die doserings groot getalle middels insluit met ernstige en voortdurende nuwe-effekte.

Die *New York State Department of Health-AIDS Institute* (2004:24) doen sekere voorstelle aan die hand om getrouheid ten opsigte van die neem van antiretrovirale medikasie te bevorder, naamlik

- deur die MIV-positiewe pasiënt te leer en te onderrig ten opsigte van die nuwe-effekte van die antiretrovirale middels voordat met die behandeling begin word sodat die pasiënt dit beter kan hanteer;
- deur gebruik te maak van pilhouers en wekkers om die dosering en tye wanneer antiretrovirale medikasie geneem moet word, te vergemaklik;
- deur 'n maaltydplan uit te werk met dit wat die MIV-positiewe pasiënt tot sy beskikking het, en hom in te lig oor watter kosse vermy moet word of watter veilig is om saam met die medikasie te gebruik;
- deur familie en vriende van die MIV-positiewe pasiënt te versoek om hom in hierdie proses by te staan en te ondersteun;

- deur aan te beveel dat die pasiënt by 'n ondersteuningsgroep moet aansluit om gemeenskaplike probleme te kan bespreek en om ondersteun te kan word; en
- deur seker te maak dat die MIV-positiewe pasiënt beseft dat hy nie die aanbevole dosis van sy antiretrovirale regimen kan verander nie en te alle tye die volle regimen moet neem;

Pratt (2003:383) meen dat, alhoewel getrouheidsvlakke vir die neem van medikasie nie altyd voorspelbaar is nie, sekere faktore deur gesondheidswerkers in ag geneem kan word, naamlik die regimen/voorskrif/kombinasie van die antiretrovirale medikasie.

• **DIE REGIMEN/VOORSKRIF OF KOMBINASIE VAN DIE MEDIKASIE**

Pratt (2003:383) voer aan en Barnes (2003:37) bevestig dat uit navorsing bewys is dat probleme om antiretrovirale middels getrou te neem dikwels met die volgende gepaard gaan

- die kompleksiteit van die regimen;
- die hoeveelheid pille wat die MIV-positiewe pasiënt moet drink;
- die impak van die medikasie op die pasiënt, met ander woorde die newe-effekte wat vir sommige pasiënte erger is as die siekte self, wat dus lei tot die oorslaan van doserings;
- die doseringskedsule;
- die duur van die antiretrovirale terapie; en
- voedings- en leefstylbeperkings.

Lachman (1999:34) beveel aan dat 'n nuwe klas antiretrovirale middels ontwikkel moet word wat draagliker is om te gebruik en geriefliker is om te neem. 'n Teenargument is dat medikasie reeds ontwikkel is om virale lading te verlaag en dat pasiënte met gevorderde VIGS die meeste hierby sal baat. Die voordeel daarvan om asimptomaties pasiënte met hierdie hoogs toksiese medikasie te behandel bly 'n ope vraag.

- **STRIKELBLOKKE WAT DIE GETROUHEID VAN DIE NEEM VAN ANTIRETROVIRALE MEDIKASIE KAN BEÏNVLOED**

Lachman (1999; 478) voer aan dat goeie vordering gemaak is met die behandeling van die MIV-infeksie, maar dat daar steeds struikelblokke voorkom wat langtermynsukses kortwiek, veral ten opsigte die virale onderdrukking in die bloed. Birkhead (2004:4) meen dat struikelblokke van persoon tot persoon, van tyd tot tyd en van opset tot opset wissel en dat hierdie struikelblokke reeds in die beplanningsproses geïdentifiseer en uit die weg geruim moet word. Voorbeelde van sodanige struikelblokke is:

- Kommunikasieprobleme kom voor wat uitgeklaar moet word. Die gesondheidswerker moet op 'n nie-veroordelende wyse met die MIV-positiewe pasiënt kommunikeer, anders sal die MIV-positiewe pasiënt nie vertrouwe in die gesondheidswerker hê om probleme te bespreek en om aspekte van kommer uit te klaar nie.
- Onstabiele situasies ontstaan tuis waar sosiale ondersteuning nie beskikbaar is nie;
- Vrees kom by die pasiënte voor dat hul MIV-positiewe status aan ander bekend sal word sodra hulle medikasie begin gebruik.
- 'n Onvermoë bestaan by sommige om langtermyn doelwitte te stel.
- Onvoldoende inligting en begrip rakende die siekte en effektiwiteit van medikasie vir 'n gesonde lewenstyl kortwiek sukses.
- Swak behuising, kos of ander belangrike lewensbehoefte wat soms meer problematies is as om gereeld antiretrovirale medikasie te neem is 'n verdere struikelblok.
- Armoede staan in die weg van geslaagde langtermynsukses.

2.6.8.11 ALTERNATIEWE MEDIKASIE EN KOMPLIMENTÊRE BEHANDELING

Barnes (2003:45-46) en Daniels (2004: 835-838) verduidelik dat komplementêre of alternatiewe terapie lank reeds toegepas word om 'n pasiënt se algemene welstand, verligting van spesifieke simptome, vermindering van stres, herstel en handhawing van gesondheid te hanteer. Vir die meeste individue is komplementêre terapie 'n tipe terapie wat die konvensionele medikasie-regimen komplementeer. Die verskil tussen

konvensionele, alternatiewe en komplementêre terapie is bloot die idee van 'energie' of 'krag' en hoe dit die pasiënt fisies, psigies, geestelik en emosioneel kan bevoordeel. Alhoewel komplementêre terapieë nie aan al die streng toetse van kliniese eksperimente onderwerp is nie, hou hierdie terapieë tog voordele in. Dit is veral meer bekend op die gebied van MIV en VIGS. Die reikwydte van komplementêre terapie is uiters omvattend en die besluit oor watter terapie om toe te pas berus by die individuele pasiënt. Dit is egter belangrik dat, ongeag watter terapie ook al oorweeg word, die pasiënt hom moet vergewis van enige negatiewe impak of kontra-indikasies van enige ander medikasie-regimen.

Volgens Chou *et al.* (2004:336), Daniels (2005: 835-838) en Sukati *et al.* (2004:8) sluit komplementêre of alternatiewe terapie vitamine, minerale, kruie en sommige substansie wat aangewend word om simptome te verlig in. Dit is byvoorbeeld akupunktuur, meditasie, kruieprodukte, marijuana en sigarette. Uit Manuskrip 2876, '*HIV/AIDS Symptom Management in Southern Africa*' berig die outeurs dat MIV-positiewe pasiënte komplementêre terapieë toepas om simptome te beheer en sluit onder andere vitamien, mineraalsupplemente, Chinese kruie en plantkundige produkte in. Komplementêre terapieë is volgens hierdie outeurs 'n wyse waarop MIV-positiewe pasiënte 'n mate van beheer oor hulle siekte uitoefen om dus nie antiretrovirale medikasie te gebruik en insgelyks nie gestigmatiseer te word nie.

In die Rapport van 1/8/04 berig Malan dat 'n sekere mnr Stephen Leivers van die biofarmaseutiese navorsingsmaatskappy "Secomet" net buite Stellenbosch daarop aanspraak gemaak het dat hy 'n plant-ekstrak ontwikkel het wat die simptome van VIGS byna laat verdwyn. Leivers het na drie jaar se intensiewe navorsing die ekstrak van 'n "Afrika-plant" aan prof Girish Kotwal, hoof van die afdeling Mediese Virologie aan die Universiteit van Kaapstad, voorgelê. Prof G Kotwal en sy navorsingspan het ook reeds twee jaar lank intensiewe navorsing gedoen wat resultate opgelewer het wat Leivers se teorie ondersteun. Dit is dat geringe hoeveelhede van die ekstrak 'n kragtige antivirale uitwerking het, geen nuwe-effekte toon soos die meeste antiretrovirale middels nie en terselfdertyd 'n magdom ander virale infeksies blokkeer. Wat egter nou nodig is, is om die presiese dosisse te bepaal, en hiervoor doen Leivers nou internasionaal aansoek om finansiële steun om hierdie navorsing te voltooi. "Secomet V" moet, soos enige ander medisyne, deur die Medisynebeheerraad goedgekeur word (Malan, 2004).

Professor Salim Abdool-Karim, visekanselier van die Universiteit van KwaZulu-Natal en 'n wêreldkundige op kliniese epidemiologie, het genoem dat die uiteenlopende menings oor die behandeling van MIV/VIGS uitloop het op 'n polemieks waarin voorgestel word dat goeie voeding in plaas van antiretrovirale middels vir die behandeling van MIV/VIGS gebruik moet word. Hy meen voorts dat goeie voeding in elk geval uiters belangrik is vir enige MIV-positiewe pasiënt en wat reeds op antiretrovirale medikasie is (Abdool & Abdool, 2005: 422).

Pratt (2003:395) meen dat komplementêre en/of alternatiewe behandeling algemeen gebruik word en dat hierdie behandeling buite die Westerse ortodokse mediese behandeling lê. Alhoewel hierdie praktyke heel uiteenlopend is, moet die holistiese en geïndividualiseerde aard van die behandeling en die fokus op die heelmens, naamlik liggaam, gees en siel, raakgesien word. Die outeur noem ook dat die hoofrede vir die gebruik hiervan is dat dit stres verlig, die psigologiese gesondheid van die MIV-positiewe pasiënt bevorder, pyn verlig en nuwe-effekte van antiretrovirale medikasie laat afneem.

Pratt (2003:395) en Evian (2002:92) noem dat alternatiewe en/of komplementêre behandeling die volgende insluit: naturopatie, akupunktuur, geestelike oefening en beweging, ontspanningsoefeninge, aromaterapie, kruie, Bachblom-terapie, homopatie, hipnoterapie, refleksologie en osteopatie.

Wilson *et al.* (2004:429), UNAIDS (2002g: Fact Sheet 4:4-5) en Evian (2002:92) noem dat daar in Suid Afrika ook reeds 'n groot aantal MIV-positiewe pasiënte is wat van kruiemiddels en tradisionele medikasie gebruik maak en dat hierdie MIV-positiewe pasiënte glo dat hierdie medikasie die simptome van die MIV-siekte verlig. Sommige van hierdie middels is egter besonder duur, en daar is ook bevind dat sekere van hierdie middels in interaksie tree met antiretrovirale middels, naamlik

- St Johns Wort, wat die werking van antiretrovirale middels inperk;
- Aalwynpreparate soos "Aloextra", wat 'n diuretikum is, kan die virale lading in die bloed van die MIV-positiewe pasiënt verhoog en kalium laat verlaag;
- Knoffel, wat die serumvlakke van protease-inhibitore verlaag.

Die Minister van Gesondheid, Dr Mantho Tshabalala-Msimang, meen ook dat die eet van beet, olyfolie en knoffel die progressie van VIGS vertraag, soos berig in PlusNews September 2004 en staan teenoor protease-inhibitore (Wilson *et al.*, 2004:429).

2.7 OPSOMMING

'n Opsomming van konsepte en gevolgtrekkings, gebaseer op die teoretiese raamwerk rakende MIV en VIGS verwante inligting word vervolgens in Tabel 2.5 weergegee. Hierdie opsomming word in hoofstuk 5 benut as begroning vir riglyne om die familie van die MIV-positiewe pasiënt te bemagtig om dié pasiënt te ondersteun.

Tabel 2.5 Opsomming van hoofkonsepte, subkonsepte en gevolgtrekkings gebaseer op die teoretiese raamwerk rakende MIV en VIGS verwante inligting

Hoofkonsepte	Subkonsepte	Gevolgtrekkings
<p>1. MIV- en VIGS-verwante inligting</p> <p>MIV en VIGS is een van die grootste pandemies wêreldwyd. Dit is 'n komplekse ongesteldheidstatus</p>	<p>1. Oorsprong</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oorgang van 'n spesiale skans van primate na die mens. ▪ Simian-immuno-onderdrukkende virus wat slegs patologies in die mens is. ▪ Besmette polio-vaksienes per abuis besmet. ▪ Sosio-ekonomiese en demografiese veranderinge op Afrika-kontinent bydraend. <p>2. Geskiedkundige verloop</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ MIV is in 1981 in die VSA ontdek tussen 'n populasie van homoseksuele mans tussen 20-45 jaar wat kenmerkend gelyk het aan pneumocystis carinii en Karposi se sarkoom. ▪ Die siekte was na die diagnosering in die VSA baie vaag beskryf deur gesondheidswerkers in Afrika. ▪ Die virus is in 1986 finaal benoem nadat miljoene mense wêreldwyd die toestand reeds onder lede gehad het. <p>3. MIV as retrovirus</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ MIV word geklassifiseer as deel van die groep Retroviridale met MIV Tipe 1 en Tipe 2 is geïsoleer. MIV Tipe 1 (MIV-1) is hoofsaaklik teenwoordig in die Suid-Afrikaanse konteks. 	<p>Daar is tans nog nie konsensus oor die oorsprong van MIV nie. Alhoewel verskillende teorieë geformuleer is oor die oorsprong van MIV, is dit wel 'n oortuiging dat die unieke toestande op die Afrika-kontinent 'n bydraende rol gespeel het in die oordrag van MIV.</p> <p>MIV en VIGS is 'n toestand met tekens van 'n klassieke kliniese infeksie wat 'n wêreldwye gevolg het.</p> <p>Dit is juis die kompleksiteit wat op sellulêre vlak voorkom wat MIV 'n besonder moeilike toestand maak om te voorkom en te hanteer. Sellulêre monitoring speel 'n kardinale rol as indikator van die verloop van MIV en die geskikte hantering</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MIV -1 word in drie groepe weens verskillende genotipes geklassifiseer as Groep M (major)-; Groep O- en Groep N-virus. ▪ MIV-1 word gekenmerk aan 'n hoë virale omkeer en die vermoë tot vinnige diversifisering en hou dus ernstige implikasies in ten opsigte van die oordrag en hantering daarvan. ▪ MIV-1 het 'n kenmerkende struktuur wat die proses van oordrag en infektering bepaal. <p>4. Die effek van MIV op die immuunstelsel</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die immuunstelsel word lamgelê, aangesien die MI-virus die T-limfosiete aanval en dus die pasiënt se immuniteit verswak. Die liggaam kan homself dus nie teen hierdie eksterne patogene verdedig nie. ▪ Die CD4-telling word gebruik as kliniese merker van die fases wat MIV op die immuunstelsel het. <p>5. Oordrag en verspreiding van MIV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die oordrag van MIV vind plaas weens hoërisiko-seksuele gedrag en onbeskermde seksuele omgang, gekontamineerde bloed, moeder-tot-kind oordrag asook weens die belemmerende effek van sosio-ekonomiese toestande op gemeenskappe. <p>6. Mites</p> <p>Verskeie mites word versprei oor die oordrag en behandeling van MIV en VIGS. Voorbeelde van mites is oordrag van MIV via informele kontak, sport, muskiete en knaagdier asook deur die gebruik van dieselfde toiletgeriewe. Mites oor</p>	<p>daarvan.</p> <p>Dit is juis die direkte effek wat MIV op die mens se immuniteit het, wat MIV 'n lewensbedreigende toestand maak.</p> <p>Onkunde en verkeerde inligting oor die oordrag en verspreiding van MIV kan lei tot kriminele dade en selfs tot die verspreiding van MIV. Die belemmerende sosio-ekonomiese, demografiese status en armoede van gemeenskappe maak dit meer kompleks om die oordrag van MIV te hanteer.</p> <p>Alhoewel die metodes van MIV-verspreiding bekend is, kom mites en onkunde daarvoor nog steeds voor.</p>
--	---	---

dikwels onwettige seksuele praktyke met minder-jariges dien as goeie voorbeeld van heersende mites oor die behandeling van MIV.

7. Verskillende fases van MIV

MIV verloop in die primêre fase, die asimptomatiese latente fase, die geringe simptomatiese fase, die major simptomatiese fase en daarna die finale fase van VIGS.

8. Resente behandeling van MIV

Antiretrovirale medikasie word beskou as 'n doeltreffende wyse vir ensiem-inhibering van die oordrag van MIV. Hierdie middels beskik oor wesenlike voordele en nadele vir die MIV-positiewe pasiënt. Dit is egter 'n komplekse behandelingsregimen en doeltreffende monitering is noodsaaklik en kan lei tot weerstandigheid teen die middels. Getrouheid aan antiretrovirale behandelingsregime word dus genoodsaak.

Antiretrovirale medikasie word in 'n spesifieke kombinasie regimen voorgeskryf wat hoofsaaklik deur die CD4-telling van die pasiënt bepaal word.

Ten spyte van die kliniese voordeligheid van antiretrovirale medikasie bestaan daar ook alternatiewe hantering van die pasiënt, vernameklik vir diegene wat om verskeie redes nie antiretrovirale medikasie ontvang nie.

MIV is 'n progressiewe toestand wat in fases onderverdeel kan word. Weens die progressiewe en dikwels asimptomatiese aard van MIV kan dit moeilik wees om 'n persoon wat MIV-positief is, te diagnoseer. As die finale fase van MIV word VIGS beskou as fataal. In die hantering van die pasiënt met MIV en VIGS moet die rol van eksterne patogene deurlopend in ag geneem word.

Weens die fatale aard van MIV word hoop op antiretrovirale medikasie geplaas om die verloop van MIV te rem. Alhoewel antiretrovirale medikasie voordele vir die MIV-positiewe pasiënt inhou, is dit ook vir MIV-positiewe pasiënte nadelig. Daarom is antiretrovirale medikasie nie 'n wonderkuur nie, maar word dit beskou as 'n komplekse behandelingsregimen wat met absolute akkuraatheid en kontrole toegedien kan word weens die risiko van weerstandigheid.

Die gebruik van antiretrovirale middels is nie die enigste of noodwendig die beste behandeling van MIV en VIGS nie. Daar is verskeie tipes alternatiewe behandeling wat oorweeg kan word.

<p>2. MIV en VIGS en die pasiënt</p>	<p>1. Die MIV-positiewe pasiënt as individu Die individu as sosiale wese is 'n eenheid binne die gesin as sosiale struktuur. Die individu se deelname en ondersteuning aan die gesin word bepaal deur die kulturele kenmerke en individuele persepsies van die individu.</p> <p>2. Die MIV-positiewe pasiënt en die familie Die familie dien as primêre ondersteuningstelsel vir die MIV-positiewe pasiënt. Die pasiënt se lidmaatskap ten opsigte van 'n gesonde familie is onderliggend aan gesonde intra- en interpersoonlike ontwikkeling. Die risiko bestaan dat, wanneer die individu met MIV gediagnoseer word, die familie die toestand kan ontken en die familie gestigmatiseer word.</p> <p>3. Die MIV-positiewe pasiënt en die gemeenskap Binne gemeenskappe speel kultuur 'n belangrike rol. Die betekenis gekoppel aan MIV asook die wyse waarop die VIGS-pandemie hanteer word, word beïnvloed deur die kulturele verskille tussen sosiale gemeenskappe. Die MIV-positiewe pasiënt en sy familie dien as boustene vir die gemeenskap. Die geletterdheidsvlak van gemeenskappe asook hulle opvattinge dien as veranderlikes wat in ag geneem moet word met die hantering van MIV en VIGS.</p>	<p>Die individu wat MIV-positief is, funksioneer binne 'n sosiale struktuur, genaamd die familie. Die familie vervul 'n integrale rol in die ontwikkeling en funksionering van elke individu. Die individu is onlosmaaklik aan die familie verbind, alhoewel die individu se persepsies van dié van die familie kan verskil.</p> <p>Die familie dien as primêre toevlug ten opsigte van ondersteuning vir die individu. Die risiko bestaan dat die familie met 'n gesinslid wat MIV-positief is, deur die gemeenskap gestigmatiseer kan word.</p> <p>Die MIV-positiewe pasiënt funksioneer in 'n sosiale struktuur, genaamd die gemeenskap. Die gemeenskap speel 'n kardinale rol in die hantering van MIV en VIGS. Daarom moet die gemeenskap by alle MIV- en VIGS-verwante aktiwiteite in ag geneem en betrek word.</p>
---	--	---

<p>3. Die gesondheidswerker en MIV en VIGS</p> <p>Die gesondheidswerker is deurlopend op die toneel in die hantering van die pasiënt (individu, familie en gemeenskap) wat geaffekteer is deur MIV en VIGS.</p>		<p>Die gesondheidswerker speel 'n belangrike en integrale rol in die hantering van die pasiënt, familie en gemeenskap wat deur MIV en VIGS geaffekteer word. Die gesondheidswerker kom die pasiënt te hulp deur spesifieke interaksies van ondersteuning, berading, voorligting, kennisoordrag en verwysing.</p>
<p>4. Interaksie tussen die MIV-positiewe pasiënt en die gesondheidswerker</p> <p>Die gesondheidswerker vervul 'n betekenisvolle rol in die hantering van MIV en VIGS deur doelgerigte interaksies tussen die gesondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt. Hierdie interaksie is handelinge en vaardighede van die gesondheidswerker en is gerig om 'n bepaalde impak in die omvattende versorging van die pasiënt met MIV en VIGS te bewerkstellig. Die doelgerigte interaksies van die gesondheidswerker is dié van ondersteuning, die oordrag van kennis, die gee van berading en die oordra</p>	<p>1. Ondersteuning</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die gesondheidswerker vervul 'n sentrale rol in die ondersteuning van die pasiënt met MIV en VIGS. ▪ Die teenwoordigheid van verwysingsnetwerke vir die ondersteuning van pasiënte met MIV en VIGS is noodsaaklik om die pasiënt bekend te stel aan bykomstige mediese sorg en ondersteuningsdienste. ▪ Verwysingsnetwerke dien as indikator om aan pasiënte met MIV en VIGS aan ondersteuningstelsels bekend te stel wat die pasiënt se toestand verstaan en dus spesifieke, gemeenskaplike en unieke ondersteuning kan bied. <p>2. Kennisoordrag</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikasie word steeds voorgehou as 'n integrale faset in die oordrag van inligting oor MIV en VIGS. Beide intra- en interpersoonlike kommunikasie kom voor. Gesondheidswerkers moet bewus wees van hul eie menswees. ▪ Kommunikasie word beïnvloed deur 'n persoon se 	<p>Om ondersteuning aan die pasiënt met MIV/VIGS te verskaf is meer as 'n spontane omgee deur die gesondheidswerker. Die gesondheidswerker kan ondersteuning aan die pasiënt bewerkstellig deur die skep van ondersteuningsnetwerke en die verbinding van die pasiënt daarmee. Dit word bewerkstellig deur die proses van verwysing. Doeltreffende verwysing deur 'n gesondheidswerker wat ingelig is oor beskikbare ondersteuningsnetwerke kan 'n positiewe uitwerking op die hantering van die pasiënt met MIV en VIGS hê.</p> <p>Kennisoordrag van die gesondheidswerker na die pasiënt met MIV/VIGS word onder andere gedoen deur die kommunikasieproses. Wanneer die gesondheidswerker homself ken en ingelig is oor die uitwerking van kommunikasie tydens kennisoordrag, sal hy ook bewus wees van die tipe kommunikasie wat gebruik word.</p>

<p>van inligting in die vorm van gesondheidsvoorligting deur die gesondheidswerker aan die MIV-positiewe pasiënt.</p>	<p>persoonlikheid, verwysingsraamwerk en emosies.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikasie kan dien as katalisator vir sosiale verandering. ▪ Daar is verskeie strategieë tot doeltreffende kommunikasie wat tydens die proses van berading gebruik kan word. <p>3. Berading</p> <p>Doeltreffende berading kan die MIV-positiewe pasiënt mobiliseer tot ingeligte besluite.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die berader maak gebruik van dialoog en kommunikasie vaardighede om inligting oor te dra binne 'n konteks van 'n goeie vertrouensverhouding. ▪ Weens die kulturele diversiteite in Suid-Afrika is daar wesenlike struikelblokke in die doeltreffende kommunikasie van die pasiënt soos taal, geloof, etnisiteit, stereotipering en vooroordele van die gesondheidswerker, te kort aan vertroue en selfvertroue by die berader. ▪ Die keuring van beraders is baie belangrik om doeltreffende berading te verseker. ▪ Berading word beskou as die dialoog waardeur die individu bemaagtig word om 'n bepaalde situasie te kan hanteer. ▪ Die doelwitte van MIV-berading is om inligting met betrekking tot alle fasette van die toestand oor te dra asook om die pasiënte te fasiliteer om risikogedrag te identifiseer en te voorkom. ▪ Berading word as noodsaaklik beskou met betrekking tot die fasilitering van die pasiënt om 	<p>Kommunikasievaardighede kan aangeleer word ten einde meer doeltreffende kommunikasie te verseker. Alhoewel dit deurlopend noodsaaklik is, word kommunikasievaardighede hoofsaaklik tydens berading toegepas.</p> <p>Berading vir die pasiënt met MIV en VIGS is 'n uiters belangrike interaksie. Die rol en belang van berading in MIV/VIGS word selfs op wetlike vlak vasgelê. Wanneer berading gedoen word deur 'n persoon wat oor kommunikasie vaardighede, kliniese inligting en selfvertroue beskik, kan dit die pasiënt bemaagtig om deelnemend meer ingeligte besluite te neem rakende MIV en VIGS. Die teendeel is ook waar. Ondoeltreffende berading kan daartoe lei dat die pasiënt met MIV en VIGS nie ingeligte besluite kan neem nie.</p> <p>Alhoewel berading 'n resepmatige proses is ten einde omvattende inligting en ondersteuning aan die pasiënt te gee, moet die uniekheid van die pasiënt binne 'n kultuur-diverse omgewing nie genegeer word nie.</p> <p>Ten spyte van die vlak van onaangenaamheid moet die berader selfs "slegte" aspekte rondom MIV en VIGS en die dood kan hanteer.</p>
---	---	---

	<p>MIV en VIGS beter te begryp en die uitdagings daarvan beter te hanteer.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berading vereis spesifieke vaardighede wat by die berader teenwoordig moet wees, soos aktiewe luister en akkurate refleksie met 'n ondersteunende kliënt-gesentreerde benadering. ▪ Berading word as voor- en na-toetsberading geklassifiseer en word in verskillende fases uitgevoer as die verhoudingsfase, die aksie-fase gevolg deur die evalueringsfase. ▪ Berading moet in 'n terapeutiese omgewing geskied en dien as 'n veranderlike waarop die berader 'n sterk invloed het. ▪ Daar bestaan verskillende modelle wat tydens MIV-berading toegepas kan word, en dit sluit onder ander in die sisteemmodel en die persoon-gesentreerde model en Carkhuff se ontwikkelingsmodel vir hulp. ▪ Belangrike aspekte wat gedurende MIV-berading onder die loep geneem moet word, is die vrees vir die dood, alleenheid en depressie, gevoelens van skuld en spyt, geestelike ondersteuning, die opstel van 'n testament asook dat die pasiënt nie tydens die sterwensproses alleen gelaat moet word nie. <p>3. Voorligting</p> <p>'n Belangrike deel van voorligting is die oordra van die beginsel van voorkoming van MIV as 'n lewensdoel. Voorligting moet kultuur-sensitief wees en moet deur inligtingsbrosjures versterk word.</p>	<p>Voorligting aan pasiënte is baie belangrik en moet 'n boodskap van voorkoming van MIV en VIGS deurgee. Voorligting is alleenlik doeltreffend indien dit kultuursensitief is en aangevul word deur aanvullende media soos inligtingspamflette en brosjures.</p>
--	--	---

2.8 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die teoretiese raamwerk deur middel van 'n literatuurstudie oor die kennis van die MIV-positiewe pasiënt sowel as sy familie rakende MIV en VIGS beskryf.

Eerstens is gefokus op die individu as pasiënt met MIV en VIGS (2.2). Aspekte soos die basiese behoeftes (2.2.1), MIV- en VIGS-verwante inligting (2.2.2) wat die oorsprong (2.2.2.1) en geskiedkundige verloop (2.2.2.2) weergee, die MI-virus as 'n retrovirus (2.2.3.1), klassifikasie van die MI-virus, die virale struktuur en funksies (2.2.3.2), die lewensiklus van die MI-virus (2.2.3.3), die effek op die immuunstelsel (2.2.2.4), die oordrag en verspreiding van die MI-virus (2.2.2.5), die verskillende fases (2.2.2.6), geletterdheid en oordrag van inligting rakende MIV en VIGS (2.2.4) is breedvoerig bespreek en saamgevat (2.2.5).

Die uitwerking van die MIV-positiewe pasiënt se toestand op sy familie is vervolgens bespreek (2.3), asook die familie van die MIV-positiewe pasiënt (2.3.1) en die sosio-ekonomiese toestande wat hierdie families beleef, asook armoede (2.3.2).

Die funksionering van die gemeenskap waarbinne die MIV-positiewe pasiënt hom bevind (2.4), asook erosie van sosiale strukture in die gemeenskap (2.4.1), verbrokkeling van gesinstrukture (2.4.2), stigmatisering (2.4.3), gemeenskapsbetrokkenheid (2.4.4), modelle van gesondheid en teoretiese perspektiewe (2.4.6) asook kultuur en MIV en VIGS (2.4.7) is breedvoerig bespreek.

Die gesondheidswerker (2.5), die verskillende kategorieë van gesondheidswerkers (2.5.1), die rol en funksie van die gesondheidswerker (2.5.2), kommunikasiestrategieë (2.5.3), doeltreffende kommunikasie tydens berading (2.5.4), kommunikasiestruikelblokke (2.5.5.), gebrekkige kennis rakende ander kulture en houdings oor kultuur (2.5.5.1), stereotipering en vooroordele van die gesondheidswerker teenoor die MIV-positiewe pasiënt, afwesigheid van empatie vir die MIV-positiewe pasiënt (2.5.5.3), te min selfvertroue van die gesondheidswerker (2.5.5.4), te min vertroue van die gesondheidswerker (2.5.5.5), kommunikasiekategorieë (2.5.6), faktore wat kommunikasie beïnvloed (2.5.7) en kommunikasie met die oog op sosiale verandering (2.5.7) is volledig hierin bespreek.

Die interaksie van die MIV-positiewe pasiënt met die gesondheidswerker om voldoende begrip van kennis rakende MIV- en VIGS-verwante inligting wat oorgedra is, te bevorder is vervolgens indringend bespreek (2.6), die oordrag van inligting rakende MIV en VIGS

(6.2), die doeltreffende oordrag van inligting (2.6.2.1), faktore wat die oordrag van inligting rakende MIV en VIGS kan beïnvloed (2.6.2.2) is ook breedvoerig bespreek. Die wyses van inligtingoordrag (2.6.2.4) is ook toegelig, voorligting (2.6.3) en berading (2.6.4) is indringend bespreek, en wel onder die volgende hoofde, die doel en definisie van berading (2.6.4.1), belangrikheid van berading (2.6.4.2), vaardighede ten opsigte van berading (2.6.4.3), die beradingsproses (2.6.3.4), die fases van die beradingsproses (2.6.4.5), die beradingsomgewing (2.6.4.6), die nasionale beleid rakende berading (2.6.4.7), die beginsels van berading en toetsing (2.6.4.8), die doelwitte van berading (2.6.4.9), die voordele van voortoetsberading (2.6.4.10), die aspekte wat aandag moet geniet tydens berading (2.6.4.11), die voortoetsberadingsproses (2.6.4.12) en die natoetsberadingsproses (2.6.4.13). Beradingsmodelle (2.6.5) en die toepassings op die navorsing is ook breedvoerig bespreek en toegepas, naamlik die Sisteemmodel (2.6.5.1), Carkuff se ontwikkelingsmodel (2.6.5.2) en die persoon-gesentreerde model (2.6.5.3). Verwysingsnetwerke ter ondersteuning van die MIV-positiewe pasiënt (2.6.6) is ook onder die volgende opskrifte bespreek: die aard van ondersteuning (2.6.6.1) en die funksies van 'n ondersteuningsnetwerk (2.6.7). Die huidige mediese behandeling van MIV en VIGS is ook indringend bespreek (2.6.8) en wel onder die volgende titels, naamlik die agtergrond (2.6.8.1), die beginsels van antiretrovirale medikasie (2.6.8.2), die aanvang van antiretrovirale medikasie (2.6.8.3), die voordele van antiretrovirale medikasie (2.6.8.4), die nadele van antiretrovirale medikasie (2.6.8.5), die nuwe-effekte van antiretrovirale medikasie (2.6.8.6), die monitering van antiretrovirale medikasie (2.6.8.7), die weerstandigheid van antiretrovirale medikasie (2.6.8.8), die getrouheid in die neem van antiretrovirale medikasie (2.6.8.9) en die faktore wat die getrouheid in die neem van antiretrovirale medikasie kan beïnvloed (2.6.8.10). Die alternatiewe medikasie en komplimentêre behandeling is ook indringend bespreek (2.6.8.11).

In Hoofstuk 3 word die navorsingsontwerp en -metode van die navorsing breedvoerig volgens die raamwerk wat in Hoofstuk 1 as oorsig verskaf is, bespreek.

HOOFSTUK 3

NAVORSINGSONTWERP EN -METODE

3.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk het die navorser 'n teoretiese raamwerk uit literatuur saamgestel en bespreek. Die doel van hierdie hoofstuk is om 'n uitvoerige beskrywing te gee van die navorsingsontwerp en -metode van hierdie navorsing met die oog daarop om die begrip van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie rakende MIV- en VIGS-verwante inligting te verken en te beskryf ten einde riglyne te formuleer om inligtingoordrag te bevorder en die familie van die MIV-positiewe pasiënt te bemagtig om hom te kan ondersteun.

3.2 DIE NAVORSINGSONTWERP

Die navorsingsontwerp word beskou as die bloudruk vir die uitvoer van die navorsing ten einde die beoogde resultate te verkry (Burns & Grove, 2001:223). In hierdie navorsing word gebruik gemaak van 'n kwantitatiewe navorsingsbenadering, naamlik 'n kontekstuele opname om die begrip van MIV- en VIGS-verwante inligting van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie te verken en beskryf ten einde riglyne te formuleer om inligtingoordrag te bevorder en die familie van die MIV-positiewe pasiënt te bemagtig om die pasiënt te kan ondersteun.

3.2.1 KWANTITATIEWE OPNAME

Hierdie opname behels dat twee vraelyste ingevul moet word. Vraelys 1 verken die begrip van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV- en VIGS-verwante inligting, en vraelys twee verken die begrip van die familie van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV- en VIGS-verwante inligting.

Die doel van kwantitatiewe navorsing is om verfynde teorie van die spesifieke vakgebied te genereer en dit weer in die praktyk toe te pas (Burns & Grove, 2001:63-64). Die navorser gaan dus spesifiek van 'n opname-ontwerp gebruik maak met die doel om die begrip van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie rakende MIV- en VIGS-verwante

inligting te verken en te beskryf. Uit die subjektiewe waarneming van die navorser as verpleegkundige in die munisipale klinieke van Potchefstroom is die probleem waarskynlik die begrip van die MIV-positiewe pasiënt ten opsigte van MIV- en VIGS- verwante inligting en verwysingsnetwerke vir ondersteuning. Die navorser wil riglyne vir die familie van die MIV-positiewe pasiënt formuleer sodat hulle die MIV-positiewe pasiënt kan ondersteun.

3.2.2 DIE NAVORSINGSKONTEKS

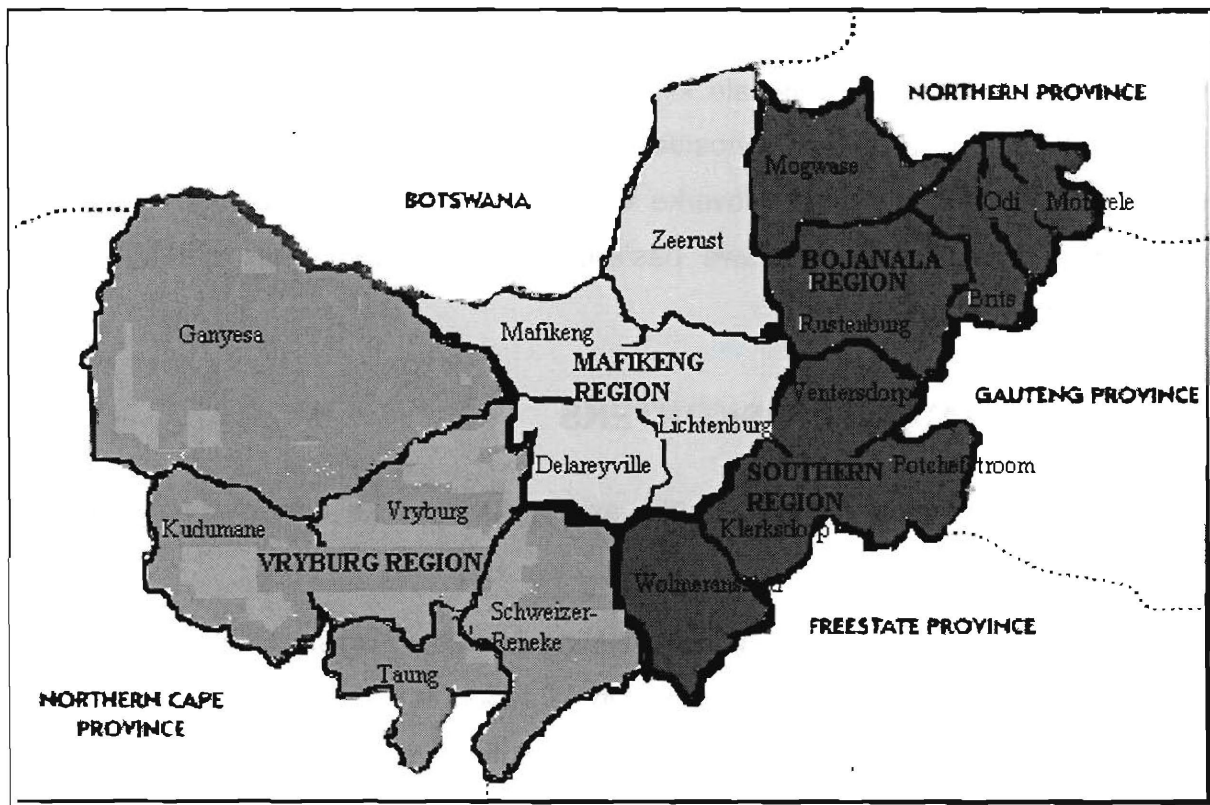
Die konteks van beide die loodsstudie asook die werklike opname word vervolgens breedvoerig bespreek.

Die navorsing word in die klinieke van Heuningvlei in die Kagiso-distrik van die Vryburgstreek (Bophirima) in die Noordwes-Provinsie asook in die Potchefstroom-klinieke van die suidelike streek van die Noordwes-Provinsie uitgevoer.

Die navorsing maak deel uit van die Tswaragano-projek wat op die Heuningvlei-area fokus. 'n Loodsstudie word dus in Heuningvlei in die Kagiso-distrik van die Vryburgstreek (Bophirima) in die Noordwes-Provinsie uitgevoer. Die werklike opname word in die 8 munisipale klinieke van die groter Potchefstroom in die suidelike streek van die Noordwes-Provinsie uitgevoer. Die navorsingsbevindings sowel as die gevolgtrekkings uit die literatuur sal as raamwerk vir die formulering van riglyne dien.

Beide die loodsstudie en die werklike opname word vervolgens breedvoerig bespreek

Vervolgens 'n geografiese skets wat die areas aandui waar hierdie navorsing plaasvind, naamlik die Vryburg- asook suidelike distrik.



Figuur 3.1: Die Vryburg- en suidelike distrik in die Noordwes-Provinsie

Bron: Noordwes Gesondheid, Sub distrikkantoor, Potchefstroom.

3.2.2.1 LOODSSTUDIE – HEUNINGVLEI

Heuningvlei is in die Kagiso-distrik in die Vryburg-streek (Bophirima) van die Noordwes-Provinsie geleë, ongeveer 270 kilometer noordwes van Vryburg. Heuningvlei word deur 'n hoofman bestuur en word deur verskeie lede van die gemeenskap geadviseer. Heuningvlei beskik oor 'n bevolking van ongeveer 700 huisgesinne. Dit is in 'n groot mate 'n tradisioneel Afrika-gemeenskap en word deur twee primêre gesondheidsorg-klinieke bedien waar voor- en na-MIV- en VIGS-toetsberading deur geregistreerde verpleegkundiges, ingeskrewe verpleegkundiges en 'n gesondheidsvoorligter wat ook 'n opgeleide berader is, gedoen word.

Hierdie gemeenskap is steeds besonder vas aan die Afrika-tradisies en -kulture en is redelik afgesonder deurdat die paaie nie toeganklik is nie en die grootste deel van die gemeenskap nie ver buite die grense van die gemeenskap beweeg nie en daar ook steeds uiterste armoede voorkom. Daar is tans ongeveer 700 huisgesinne en die grense van Heuningvlei is omvangryk en die bewoonde gebiede ver uitmekaar geleë.

’n Kort opsomming van biografiese data word vervolgens in tabelvorm aangebied (Sien tabel 3.1).

Tabel 3.1 Heuningvlei – Biografiese data

Streek	Aantal inwoners	Kultuur	Etniese groepe	Taal
Heuningvlei	Ongeveer 700 huishoudings	Tswana	Swart, Kleurling	Setswana

Heuningvlei beskik oor ’n laerskool, ’n hoërskool, verskeie winkeltjies wat soos ’n supermark funksioneer, ’n polisiestatie en ’n poskantoor. Die telekommunikasiesisteme is nie goed nie en sommige huishoudings besit sellulêre telefone.

Kerkgroepe in Heuningvlei is goed verteenwoordig, en veral die Metodiste Kerk, African Methodist Evangelism-beweging maar hoofsaaklik die Rooms Katolieke Kerk is goed gevestig en aktief in die gemeenskap.

Daar word geboer met veral beeste en bokke, en wel op plase aan die buitewyke van Heuningvlei. In die woonbuurtes het byna elke huisgesin sy eie bokkraal waar die bokke snags slaap, maar bedags wei hierdie bokke in die veld en word dan deur ’n wagter opgepas. Die omgewing het verskeie groot soutpanne, maar sout word tans nie ontgin nie, aangesien die sout te nat is. Heuningvlei het sy naam te danke aan ’n klein berg met ’n grot waarin heuningbyes nes maak en heuning geproduseer het. Na bewering wou die hoofman met ’n heuningboerdery begin om sodoende die armoede in die gebied te verlig, maar het toe ’n boodskap van die "voorvaders" ontvang waarin hulle hul misnoeë bekend maak het as gevolg waarvan hy die projek, wat reeds in ’n gevorderde stadium was, gestaak het.

Die gesondheidsorgklinieke is goed toegerus, maar die gemeenskap besoek die kliniek ongereeld en hoofsaaklik soggens. Twee keer per maand besoek ’n mediese dokter uit Ganyesa die klinieke om probleemgevalle te ondersoek. Omvattende primêre gesondheidsorg-dienste word wel in beide klinieke gelewer. Antiretrovirale middels word egter net in Ganyesa Hospitaal voorsien. MIV-positiewe pasiënte moet dus een maal per maand na Ganyesa reis, wat ongeveer 130 kilometer van Heuningvlei is, om die hospitaal daar te besoek en medikasie te ontvang. Hierdie inligting is in tabel 3.2 weergegee.

Tabel 3.2 Heuningvlei – kliniekinligting

Klinieke	Aantal gesondheids werkers	Pasiëntbywoning per week	Voor- en na-MIV- en -VIGS- toetsing en -berading per week
Heuningvlei 1	5	800-1000	2
Heuningvlei 2	3	780-1530	0-2

Daar is tans slegs 19 MIV-positiewe pasiënte wie se MIV-positiewe status aan hulle bekend is en wat die klinieke gereeld besoek (Kwartaalstatistiek: Vryburg-streek, 2005).

3.2.2.2 WERKLIKE OPNAME - POTCHEFSTROOM

Potchefstroom het 'n aantal jare gelede stadstatus verwerf en is dus 'n meer westerde gemeenskap, alhoewel armoede ook hiër opvallend is. Die stad se ekonomie is gemeng en 'n wye verskeidenheid industrieë en boerderye is hier verteenwoordig.

Potchefstroom beskik oor talle pre-primêre, primêre en sekondêre skole en wel ook oor 'n aantal tersiêre instellings, waarvan die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus, die grootste is.

Verskeie kerkgroepe is in die groter Potchefstroom aktief, en die opleiding van predikante van hoofsaaklik die Gereformeerde Kerk aan die Fakulteit Teologie van die Noordwes-Universiteit Potchefstroomkampus vind dan ook hier plaas.

Die agt gesondheidsorg-klinieke in die groter Potchefstroom is goed toegerus, en een van die klinieke, naamlik Boiki Thlapi, funksioneer op 'n 24-uur-basis, en geringe ongesteldhede, noodgevallen en kraamgevallen word hier hanteer. Die gemeenskap besoek die kliniek gereeld, en 'n mediese dokter maak vir die grootste deel van die week deel van die span uit. Omvattende primêre gesondheidsorg-dienste word in al die klinieke gelewer. Antiretrovirale middels is steeds slegs by Potchefstroom Hospitaal se 'Wellness'-kliniek beskikbaar en pasiënte gaan maandeliks daarheen vir opvolgbesoeke en vir die afhaal van hulle medikasie.

Die werklike opname in hierdie navorsing word spesifiek in die konteks van die Potchefstroom-distrik in die suidelike streek van die Noordwes-Provinsie van Suid-Afrika uitgevoer. Die inwonertal van die Potchefstroom-distrik is ongeveer 165 000, wat soos volg geklassifiseer word ten opsigte van kultuur, etniese groepe en taal in tabel 3.3:

Tabel 3.3 Biografiese inligting – Potchefstroom-distrik

Dorp	Aantal inwoners	Kultuur	Etniese groepe	Taal
Potchefstroom	Ongeveer 165,000	Afrikaans, Engels, Tswana, Moslem	Wit, Swart, Kleurling, Asiate	Afrikaans, Engels, Setswana

Die ekonomiese status van die Potchefstroom-distrik is sodanig dat ongeveer een derde van die totale aantal inwoners skynbaar werkloos is. Meer as een derde van die totale inwonertal is skoolgaande kinders en dra nie by tot die ekonomiese welvaart van die Potchefstroom-distrik van die suidelike streek in die Noordwes-Provinsie nie (soos verkry uit die Sosiale-omgewingstudies van die Potchefstroomse Stadsraad, 2005).

Primêre gesondheidsorg-dienste word deur die Stadsraad van Potchefstroom en die distriksgesondheidsdienste van die Noordwes-Provinsie gelewer. Die dienslewering van hierdie gesondheidsdienste strek van 07:00 tot 17:00, van Maandag tot Vrydag. Boiki Thlapi-kliniek in Ikageng, Potchefstroom, funksioneer reeds sedert 1 April 2004 op 'n vier-en-twintig-uur-basis. Gesondheidsbenutting en bywoning van klinieke deur pasiënte in die Potchefstroom-distrik word soos volg geïllustreer in tabel 3.4:

Tabel 3.4 Aantal gesondheidswerkers en pasiëntbesoeke in Potchefstroom klinieke

Klinieke	Aantal gesondheids-werkers	Pasiëntbywoning per week	Voor- en na-MIV- en -VIGS-toetsing en –berading per week
1	9	800-1000	111-193
2	15	780-1530	108-230
3	4	564-778	67-104
4	5	599-780	50-130
5	6	653-796	63-140
6	7	880-1790	150-293
7	5	464-601	34-104
8	5	495-780	180-220

Volgens kwartaallikse statistiek verkry van die Departement Gesondheid en die Potchefstroomse Stadsraad (Januarie 2004) woon gemiddeld 12 800 tot 16 000 pasiënte hierdie klinieke maandeliks by. Besoeke is nie noodwendig gelyk aan die aantal pasiënte nie, aangesien een pasiënt die diens moontlik meermale besoek, of meer as een "diens" per besoek ontvang.

Indien 'n pasiënt wat die munisipale klinieke bywoon, aandui dat hy vir MIV en VIGS getoets wil word, word die pasiënt spesifiek na 'n gesondheidswerker verwys wat voortoetsberading vir MIV en VIGS doen. Hierdie prosedure behels 'n siftingstoets vir die MI-virus. Die gesondheidswerker doen die voortoetsberading vir MIV en VIGS met die pasiënt, waartydens inligting aan die pasiënt verstrekk word — onder andere oor hoe om die nuus te hanteer indien die MIV-toets positief sou wees. Die siftingstoets word dan uitgevoer, waarna die gesondheidswerker die natoetsberading vir MIV en VIGS doen, indien die bloeduitslag positief is. Indien die bloedtoets negatief is, verduidelik die gesondheidswerker aan die pasiënt die toetsresultate en ook die "vensterperiode" en hoe die pasiënt sy lewenstyl moet inrig om MIV-negatief te bly. Hierdie berading en toetsing geskied vertroulik tussen die gesondheidswerker en die pasiënt. Indien daar verdere bloedtoetse gedoen moet word, sal die gesondheidswerker, indien nie 'n verpleegkundige nie, met die verpleegkundige in die kliniek skakel om die pasiënt vir 'n opvolgafpraak na die verpleegkundige te verwys. Die uitslag van die bloedtoets, berading en toetsing word nie op die pasiënt se kaart aangedui nie. Die gesondheidswerker wat dus nie by die natoetsberading van 'n spesifieke pasiënt betrokke is nie, ken dus nie hierdie pasiënt se MIV-toetsuitslag nie.

In hierdie klinieke gee die gesondheidswerker, wat persoonlik met hierdie pasiënt in gesprek tree, die voorligting rakende MIV- en VIGS-verwante inligting aan die pasiënt. Tydens hierdie persoonlike gesprekke word ook berading na gelang van die behoefte van die MIV-positiewe pasiënt gedoen. Die klinieke volg ook 'n voorligtingsprogram waartydens gesondheidsvoorligting aangaande verskillende temas wat vir pasiënte van belang is, gegee word. Die bronne vir gesondheidsvoorligting sluit voorligtingsbrosjures, pamflette, slapband- en strokiesverhaal-boeke in. Ander inligting sluit ook die radio, die TV, reeds vervaardigde videobande oor verskeie gesondheidsonderwerpe, byvoorbeeld "Soul City" in, wat deurlopend in die klinieke gebruik word.

Gesondheidswerkers is gemoeid met die voor- en na-MIV-toetsing en -berading van die MIV-positiewe pasiënt. Die opleiding en funksies van die kategorieë gesondheidswerkers wat by hierdie navorsing betrokke is, is die volgende:

- Geregistreeerde verpleegkundiges in klinieke is by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging as verpleegkundiges geregistreer en wel ook as gemeenskapsverpleegkundiges. Hierdie gesondheidswerkers het ook 'n beradingskursus ondergaan, asook deurlopende indiensopleiding ten opsigte van berading. Die primêre funksie van die geregistreeerde verpleegkundiges is die omvattende lewering van primêre gesondheidsdienste aan die gemeenskap, ooreenkomstig die omvang van hul praktyk. Hierdie omvang van hul praktyk sluit dan ook voor- en na-MIV- en -VIGS-toetsing en -berading in.
- Ingeskrewe verpleegkundiges by klinieke is by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging as ingeskrewe verpleegkundiges geregistreer. Hierdie gesondheidswerkers het ook 'n beradingskursus ondergaan, veral ten opsigte van voor- en na-MIV- en -VIGS-toetsberading asook deurlopende indiensopleiding ten opsigte van berading. Die primêre funksie van die ingeskrewe verpleegkundiges is die lewering van primêre gesondheidsdienste aan die gemeenskap ooreenkomstig die omvang van hul praktyk. Hierdie omvang van hul praktyk sluit dan ook voor- en na-MIV- en -VIGS-toetsing en -berading in, mits hulle spesiaal opleiding daarin ontvang het.
- Gemeenskapsgesondheidswerkers wat 'n sertifikaatkursus van agt weke aan die voormalige "Boskop Opleidingskollege" deurloop het om hoofsaaklik gesondheidsifting te doen en ook om gesondheidsvoorligting aan pasiënte in klinieke en ook tydens huisbesoeke in die gemeenskap te doen. Hierdie kategorie werkers staan in diens van die plaaslike owerheid en het ook beradingskursusse wat deur "Attic" aangebied is, deurloop, en kry ook deurlopende indiensopleiding ten opsigte van berading. Die primêre funksie van hierdie kategorie werkers is gesondheidsvoorligting aan die gemeenskap en sifting van pasiënte en verwysing van pasiënte na klinieke vir spesifieke toetse en dienslewering, terwyl die gesondheidswerker met tuisbesoeke in die gemeenskap besig is.
- Gesondheidsvoorligters wat 'n sertifikaatkursus van agt weke aan die voormalige "Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling" deurloop het om hoofsaaklik gesondheidsifting te doen en ook gesondheidsvoorligting aan pasiënte in veral

mobiele klinieke en ook tydens tuisbesoeke in die gemeenskap te doen. Hierdie kategorie werkers staan in diens van die Noordwes-Provinsie, maar is ook in die munisipale klinieke van die plaaslike munisipale owerheid werksaam. Hierdie gesondheidsvoorligters het ook beradingskursusse wat deur "Attic" aangebied is, deurloop, en kry ook deurlopend indiensopleiding deur die opleidingsbeampte van die Noordwes-Provinsie se Gesondheidsdienste.

- Vrywillige werkers wat sonder enige vergoeding diens in die klinieke en/of tuisversorging lewer. Hierdie vrywillige werkers het ook spesiale beradingskursusse deurloop wat hoofsaaklik die voor- en na-MIV- en -VIGS-toetsberading insluit. In hierdie groep kom daar ook verskeie kategorieë voor. Sommige van hierdie werkers is lede van organisasies soos die "Tsepong Aids Group" en het soms die geleentheid om deurlopend meer gevorderde kursusse in berading te volg.

3.3 NAVORSINGSMETODE

Die doelstelling van die empiriese gedeelte van hierdie navorsing is om die begrip van MIV- en VIGS-verwante inligting van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie te verken en te beskryf. Die metodologie wat in die loodsstudie en die werklike opname gevolg is, word vervolgens bespreek.

3.3.1 LOODSSTUDIE IN HEUNINGVLEI

Soos genoem, word die loodsstudie in Heuningvlei as deel van die Tswaragano-projek uitgevoer.

Die steekproef, populasie, steekproefneming en steekproefgrootte word vervolgens bespreek.

3.3.1.1 STEEKPROEF

Die populasie, steekproefneming en steekproefgrootte word vervolgens bespreek.

- **POPULASIE**

Die populasie is saamgestel uit MIV-positiewe pasiënte en hulle families in die Kagiso distrik van die Vryburgstreek (Bophirima) van die Noordwes-Provinsie wat reeds voor-

en na-MIV- en -VIGS-toetsberading deurloop het en oor hulle MIV-positiewe status ingelig is .

- **STEEKPROEFNEMING**

'n Doelgerigte steekproefneming word binne die twee Primêre gesondheidsorg-klinieke asook in die gemeenskapsaal van die Rooms Katolieke Kerk in Heuningvlei in die Kagiso-distrik van die Vryburgstreek van die Noordwes-Provinsie uitgevoer (Burns & Grove, 2001:376; **Brink, 2002:141**). Geselekteerde gesondheidswerkers in die Kagiso-distrik, Vryburgstreek (Bophirima) van die Noordwes-Provinsie tree vrywillig as tussengangers op om MIV-positiewe pasiënte volgens sekere kriteria te identifiseer.

Die steekproef word geneem deur middel van 'n voorop gestelde vraelys (Sien bylaag I), wanneer die pasiënte die kliniek besoek en aan gestelde kriteria voldoen. Hierdie MIV-positiewe pasiënte is tydens vorige besoeke aan die klinieke ingelig oor die navorsing asook deur middel van telefoniese oproepe om hulle aan die projek te herinner.

Die navorser besoek op afspraak elke toesighouer van die twee klinieke waartydens die toesighouer gesondheidswerkers wat as tussengangers sou kon optree, identifiseer en hulle betrokkeheid by hierdie navorsing met hulle bespreek. Skriftelike toestemming is verkry nadat gesondheidswerkers ingestem het om as tussengangers in hierdie navorsing op te tree.

Indien 'n gesondheidswerker dus aandui dat hy as tussenganger (Bylaag F) in die navorsing wil optree, verduidelik die navorser die doel, die navorsingsontwerp en -metode van die navorsing aan die gesondheidswerker. Die rol van die gesondheidswerker as tussenganger in hierdie navorsing is om MIV-positiewe pasiënte te identifiseer wat moontlik aan die navorsingskriteria sou voldoen. Hierdie MIV-pasiënte word deur die gesondheidswerker genader en die doel van die navorsing word op so 'n wyse verduidelik dat die pasiënte wel 'n ingeligte besluit kan neem om aan die navorsing deel te neem al dan nie en ook om te verneem of die MIV-positiewe pasiënte sou toestem dat hulle families aan die navorsing deelneem.

Soos genoem in hoofstuk 1 word die volgende kriteria vir insluiting van MIV-positiewe pasiënte as deelnemers asook vir die familie van die MIV-positiewe pasiënte as deelnemers gegee.

Kriteria vir insluiting van MIV-positiewe pasiënte as deelnemers

- Die pasiënt moet 'n inwoner wees van Heuningvlei in die Kagiso-distrik, Vryburg-streek (Bophirima) van die Noordwes-Provinsie;
- Die pasiënt moet bewus wees van sy MIV-positiewe status;
- Die pasiënt moet reeds volwasse wees (minimum 18 jaar) en 'n ingeligte besluit kan neem;
- Die pasiënt moet bereid wees om skriftelik in te stem om aan die navorsing deel te neem;
- Die pasiënt moet Engels of Setswana verstaan;
- Die pasiënt moet beskikbaar wees en bereid wees om tydens spesifieke afsprake, soos met die pasiënt ooreengekom word, aan die navorsing deel te neem.

Kriteria vir insluiting van die familie van die MIV-positiewe pasiënt as deelnemers:

- Die familie van die MIV-positiewe pasiënt moet 'n inwoner wees van Heuningvlei in die Kagiso-distrik, Vryburg-streek (Bophirima), of van Potchefstroom in die Suidelike streek van die Noordwes-Provinsie.
- Die familie van die MIV-positiewe pasiënt moet die pasiënt tuis ondersteun.
- Die familie van die MIV-positiewe pasiënt mag ook deel uitmaak van die uitgebreide familie van die MIV-positiewe pasiënt.
- Die familie van die MIV-positiewe pasiënt mag ook deel uitmaak van die bure van die familie van die MIV-positiewe pasiënt.
- Die familie van die MIV-positiewe pasiënt mag ook deel uitmaak van die sosiale of ondersteuningstelsels van die familie van die MIV-positiewe pasiënt.
- Die familie van die MIV-positiewe pasiënt mag ook deel uitmaak van die kerk-groepe van die familie van die MIV-positiewe pasiënt.
- **STEEKPROEFGROOTTE**

Die grootte van die steekproef word in samewerking met die Statistiese Konsultasie-diens van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus bepaal en ook aan die

hand van die beskrywing deur Burns en Grove (2001:377) om te verseker dat dit verteenwoordigend is van die beoogde populasie in die navorsing.

Daar word dus van 'n doelgerigte steekproef gebruik gemaak word, en alle pasiënte wat die twee klinieke in die bepaalde tydperk waarin die navorsing plaasvind, besoek, en wat aan die gestelde kriteria voldoen, word versoek om aan die navorsing deel te neem.

3.3.2 DIE WERKLIKE OPNAME IN POTCHEFSTROOM

- **STEEKPROEF**

Die populasie, steekproefneming en steekproefgrootte wat in hierdie fase van toepassing is, word vervolgens bespreek.

- **POPULASIE**

Die populasie is saamgestel uit MIV-positiewe pasiënte en hulle families in die Potchefstroom-distrik van die Noordwes-Provinsie wat reeds voor- en na-MIV- en -VIGS-toetsberading deurloop het en oor hulle MIV-positiewe status ingelig is.

- **STEEKPROEFNEMING**

Doelgerigte steekproefneming word binne die agt verskillende Primêre gesondheidsorg-klinieke in die Potchefstroom-distrik van die Noordwes-Provinsie uitgevoer (Burns & Grove, 2001:376; Brink, 1996:141). Die steekproef word geneem wanneer die MIV-positiewe pasiënte die kliniek besoek en aan gestelde kriteria voldoen. Hulle word genader om te verneem of hulle aan die navorsing sal deelneem (Bylaag F).

Geselekteerde gesondheidswerkers in die Potchefstroom-distrik, suidelike streek van die Noordwes-Provinsie vind op soortgelyke wyse plaas as tydens die loodsstudie. Skriftelike toestemming is verkry as gesondheidswerkers instem tot optrede as tussengangers in hierdie navorsing.

Die rol van die gesondheidswerker as tussenganger in hierdie navorsing is om MIV-positiewe pasiënte te identifiseer wat moontlik aan die navorsingskriteria sou voldoen. Hierdie MIV-pasiënte word deur die gesondheidswerker genader en die doel van die navorsing word op so 'n wyse verduidelik dat die pasiënte wel 'n ingeligte besluit kan neem om aan die navorsing deel te neem al dan nie.

Kriteria vir insluiting van MIV-positiewe pasiënte as deelnemers en ook vir die familie van die MIV-positiewe pasiënt as deelnemers is dieselfde as vir die loodsstudie.

- **STEEKPROEFGROOTTE**

Die grootte van die steekproef word in samewerking met die Statistiese Konsultasiediens van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus bepaal en ook aan die hand van die beskrywing deur Burns en Grove (2001:377) om te verseker dat dit verteenwoordigend is van die beoogde populasie in die navorsing.

3.3.3 DATA-INSAMELING

'n Vraelys wat uit die literatuur opgestel en begrond is, word gebruik om pasiënte en hulle familie se begrip rakende MIV- en VIGS-verwante inligting te verken.

3.3.3.1 ONTWIKKELING VAN DIE INSTRUMENT

'n Vraelys is 'n gedrukte vorm waarop vrae op so 'n wyse geformuleer is dat deelnemers dit kan beantwoord deur dit op die vorm in te vul (aangeheg as Bylaag I). Burns en Grove (2001:426) noem dat 'n vraelys wesenlik dieselfde is as 'n onderhoud, met die uitsondering dat 'n vraelys nie werklik indringende inligting kan meet nie en die deelnemer nie op vrae kan uitbrei nie. 'n Goed ontwerpte vraelys is vir die deelnemer maklik om in te vul, en die administrasie daarvan vir die navorser is ook relatief maklik en dit is goedkoop en skakel sydigheid uit (Burns & Grove, 2005:399).

Die eerste fase van die ontwikkeling van die instrument is om te identifiseer wat gemeet moet word en word die universum of domein van die konstruk genoem. Dit moet ook aansluit by die opvoedingsvlak van die deelnemer. Die vraelys word deur studieleiers wat kundiges op die gebied van MIV en VIGS asook navorsing is, nagegaan, asook dat die aangewese statistikus van Statistiese Konsultasiediens van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus, om te verseker dat die vrae gepas is vir en van toepassing is op die navorsing (Burns & Grové, 2005:399). Daar moet gevolglik eerstens besluit word watter inligting by die vraelys ingesluit moet word sodat die spesifieke navorsingsdoelwitte bereik kan word.

Tydens die literatuurstudie word ondersoek ingestel na inligting wat aan die navorsingsdoelwitte sou beantwoord. Burns en Grove (2005:398) noem dat die voordeel daarvan

daarin lê dat die uitslae van verskillende studies met mekaar vergelyk kan word. Geen geskikte vraelys kon egter opgespoor word wat inligting sou verstrek wat aan die navorsingsdoelwitte sou beantwoord nie; daarom word 'n vraelys ontwerp op grond van 'n literatuurstudie. Hierdie vraelys voldoen aan algemeen gestelde vereistes vir vraelyste, naamlik dat:

- Dit die deelnemer nie langer as 30 minute neem om in te vul nie.
- Dit die deelnemer se opvattinge, houdings, menings en bedoelings vasstel.
- Dit die deelnemer se kennisvlak rakende die onderwerp van bespreking bepaal.

Die wyse waarop vrae in die vraelys geformuleer en saamgestel word, is uiters belangrik, aangesien dit die antwoorde van die deelnemer kan beïnvloed word en die deelnemer gelei word ten opsigte van die beantwoording van vrae (Brink, 2002:154). Vraelyste kan ook ontwerp word om biografiese inligting van die persoon, asook opvattinge, houdings, menings en kennisvlakke te bepaal. Die ontwikkeling van 'n vraelys is baie belangrik omdat die inligting wat benodig word, geïdentifiseer word. Dit is dus ook belangrik dat vraelyste nie te lank moet wees nie, aangesien deelnemers onwillig is om lang vraelyste in te vul (Burns & Grove, 2005:398).

Die loodsstudie is ook besonder belangrik in dié sin dat enige leemtes wat in die vraelys geïdentifiseer is, reggestel en verfyn kan word. Na afloop van hierdie loodsstudie word die ontwerpte vraelys aangepas, indien nodig. Dit is ook belangrik dat die omstandighede tydens die invul van die loodsstudie-vraelys met dié van die beplande vir die werklike navorsing moet ooreenstem. Burns en Grove (2005:42) noem ook die redes vir die loodsstudie, naamlik:

- Om vas te stel of die voorgenome navorsing uitvoerbaar is.
- Om die instrument te verfyn.
- Om probleme met die ontwerp te identifiseer.
- Om vas te stel of die steekproef verteenwoordigend is van die populasie;
- Om te bepaal of die tegniek doeltreffend is;
- Om die geldigheid en betroubaarheid van die instrument te ondersoek.

Genoemde omstandighede stem wel ooreen met dié van hierdie navorsing.

Met die saamstel van die items moet die vrae en instruksies duidelik gestel word sodat die deelnemer presies verstaan wat met die spesifieke vraag bedoel word. Indien die deelnemer oor 'n vraag sou twyfel, word die gezondheidswerker wat in die spesifieke kliniek werksaam is en ook die navorser gevra om te verduidelik en/of te tolk. In hierdie navorsing word van geslote-antwoordvrae of meervoudigekeusevrae, sowel as oop-antwoordvrae gebruik gemaak. Hoewel geslote-antwoordvrae makliker is om te ontleed en dit vinniger is om sodanige vraelyste af te neem, kan dit gebeur dat nie alle belangrike data daardeur verkry word nie. Die navorser sien toe dat vrae wat oor dieselfde tema handel, saam gegroepeer word, en dat meer sensitiewe vrae aan die einde van die vraelys gestel word. Die lengte van die vraelys word ook bepaal deur die hoeveelheid inligting wat nodig is om aan die navorsingsdoelstellings te voldoen (Brink, 1996:156). Alhoewel geslote-antwoordvrae makliker is om te ontleed en vinniger is om af te neem, kan belangrike data ontbreek as daar nie ook van oop-antwoordvrae gebruik gemaak word nie. Die navorser sien dus toe dat hierdie tipe vrae wel by die vraelys ingesluit word.

Algemene items is eerste gestel en meer gekompliseerde vrae later in die vraelys (Burns & Grove, 1997:360). Burns en Grove (2001:427-428) meen dat belangrike vrae eerste gestel moet word en minder belangrike vrae later. Daar moet ook in gedagte gehou word dat die respons op sommige vrae moontlik ook 'n latere respons kan beïnvloed. Die navorser het hierdie beginsels gevolg met die opstel van die vraelys.

Soos deur Burns en Grove (2005:400) voorgestel, is instruksies vir die invul van die vraelys bo-aan die lys voorsien. Elke vraag asook dit wat die navorser van die deelnemer vereis, is duidelik uiteengesit. Die navorser beplan opleidingsessies met geïdentifiseerde gezondheidswerkers waartydens die navorser die vraelys en instruksies aan hierdie gezondheidswerkers sal deurgee. Die navorser stel duidelike riglyne waarin die vrae in die vraelys toegelig word om dit ook aan geïdentifiseerde gezondheidswerkers voor te lê wat as moontlike tolke sal optree vir deelnemers wat vrae wat gestel is, dalk nie verstaan nie, sodat hulle vooruit kan voorberei.

'n Belangrike faktor is die tyd wat benodig word om die vraelys in te vul. Brink (1996:156) beveel aan dat dit 'n persoon nie langer as 20 tot 25 minute moet neem om die vraelys in te vul nie. Die lengte van die vraelys word dus bepaal deur die data wat

benodig word om die navorsingsdoelstellings te kan bereik asook die tyd wat beskikbaar is vir die invul van die vraelys.

Die navorser stel die vraelys in Afrikaans op en laat dit in Engels en Setswana vertaal. Die vrae sal, waar moontlik, in algemene woordeskat geformuleer word (Brink, 1996:43). Die navorser poog ook om vrae nie wetenskaplik te laai nie en ook om sydigheid uit te skakel. Geïdentifiseerde gesondheidswerkers wat in hierdie navorsing as tussengangers optree, word opgelei om, indien nodig, vir Setswana-sprekende deelnemers te kan tolk en die vrae in die vraelys duideliker toe te lig.

'n Dekbrief word opgestel wat die vraelys vergesel, soos deur Burns en Grove (2005:400) beskryf en word as Bylaag G aangeheg. Hierin word die doel van die navorsing duidelik uiteengesit asook die naam van die navorser en die geïdentifiseerde gesondheidswerker en die hoeveelheid tyd wat dit die deelnemer behoort te neem om die vraelys in te vul.

3.3.3.2 GELDIGHEID VAN DIE VRAELYS

Die geldigheid van die vraelys is baie belangrik omdat die risiko bestaan dat, indien 'n belangrike alternatief of respons weggelaat word, die ware weergawe nie verkry sou word van wat beoog was nie (Burns & Grove, 2005:401). Volgens Brink (1996:167) is die vraelys 'n meetinstrument en moet dit meet wat dit veronderstel is om binne die konteks waarin dit gebruik word, te meet. Volgens Brink (1996:167) is daar vier algemene tipes geldigheid wat hier van toepassing is, naamlik:

- Inhoudsgeldigheid
- Siggeldigheid
- Kriteria-gerigte geldigheid
- Konstruktiegeldigheid

Brockopp en Hastings-Tolsma (1995:190) se uiteensetting van 'n vraelys sluit ook voorspellingsgeldigheid en differensiëringsegeldigheid in.

In hierdie navorsing is veral inhoudsgeldigheid en siggeldigheid van toepassing. Die navorser stel die vraelys op nadat die literatuur nagegaan is om sodoende seker te maak dat hierdie vraelys 'n ware weergawe is van wat ondersoek word, naamlik of die

vraelys die begrip van die MIV–positiewe pasiënt en sy familie rakende MIV- en VIGS-verwante inligting ondersoek. Hierdie vraelys word ook aan die studieleiers van die navorser, wat kundiges is, voorgehou, waarna 'n statistikus van die Statistiese Konsultasiediens van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus, die vraelys ook kontroleer.

- **INHOUDSGELDIGHED**

Die navorser maak van literatuur gebruik om die vraelys te begrond. Hierdie literatuur-oorsig dui dan spesifiek noodsaaklike aspekte van die veranderlikes aan wat by die inhoud van die vraelys ingesluit behoort te word (Brink, 2002:168). Brink (2002:168) noem verder dat die bepaling van inhoudsgeldigheid altyd die werklike data-insameling voorafgaan. Brockopp en Hastings-Tolsma (1995:190) noem ook dat die oordeel hieroor ook dikwels subjektief van aard is; dus sal 'n groep kundiges, soos genoem, op die gebied van die onderwerp die vraelys as instrument evalueer.

- **SIGGELDIGHED**

Siggeldigheid is subjektief van aard. Volgens Brink (1996:168) is dit intuïtiewe beoordeling deur kundiges in die veld waarbinne die navorser sy navorsing doen. Brockopp en Hastings-Tolsma (1995:190) noem hier dat siggeldigheid 'n oppervlakkige oordeel oor 'n instrument is ten opsigte van die konsep onder bespreking.

Die navorsing as geheel moet ook beantwoord aan die vereistes vir geldigheid en betroubaarheid. Die navorsing moet wetenskaplik uitgevoer wees sodat die resultate daarvan geloofwaardig is. In hierdie navorsing word dus van verskillende strategieë soos deur Burns en Grove (2001:406-407) bespreek, gebruik gemaak om geldigheid te verseker, naamlik:

- Deurdat die deelnemers verteenwoordigend is van die populasie, word verseker dat sydigheid ten opsigte van seleksie uitgeskakel is. Verder is die navorsing geldig weens die feit dat die vraelyste verseker dat dit verteenwoordigend is, dat die vrae op die literatuur gebaseer is en die vraelys deur kundiges gekontroleer is.
- Die invloed van die navorser se teenwoordigheid tydens die invul van die vraelyste word nagegaan omdat dit die gedrag van die MIV-positiewe pasiënte sowel as die familie van hierdie pasiënte kan beïnvloed. Die navorser sal sover moontlik fisies betrokke wees by die invul van die vraelyste en wel ook beskikbaar wees vir enige

navrae. Dit is egter ook belangrik om te noem dat die navorser tussen die klinieke sal beweeg en dus nie gelyktydig oral beskikbaar sal wees nie.

- Die betekenis van uitskieters in die resultate word vasgestel deur verklarings daarvoor te soek.

3.3.3.3 BETROUBAARHEID

Ten einde betroubaarheid te verseker moet die navorsing volgens Burns en Grove (2001:396-398) stabiel wees ten opsigte van herhaalbaarheid, billik wees waar verskillende navorsers die resultate dieselfde sal beoordeel en homogeen wees waar een helfte van die toets dieselfde as die ander helfte meet. Hierdie navorsing is konteksgebonde; dus kan dit nie veralgemeen word nie.

Om betroubaarheid te toets word op die volgende gefokus (Burns & Grove, 2001:396-398):

- Stabiliteit, wat verwys na herhaalbaarheid van toetse met dieselfde metingskale. In hierdie navorsing word data-insameling in die verskillende geografiese areas herhaal;
- Billikheid, wat fokus op die vergelyking van twee lesings van waarnemers of pen-en-papier-metings. Na opleidingsessies met gezondheidswerkers is die vrae in die vraelys deur die verskillende gezondheidswerkers dieselfde geëvalueer;
- Homogeniteit, wat hoofsaaklik verwys na 'n pen-en-papier-toets en dit meet korrelasie van verskeie items.

3.3.3.4 OPLEIDINGSESSIES VIR GEÏDENTIFISEERDE GESONDHEIDSWERKER

Die navorser identifiseer gezondheidswerkers in die klinieke met die hulp van die geregistreerde verpleegkundige in beheer van die spesifieke kliniek. Opleidingsessies word in elke kliniek met die geïdentifiseerde gezondheidswerkers gedoen nadat afsprake gemaak is en 'n tyd geskeduleer is. Die opleidingsessies word so beplan dat dit nie die gezondheidswerkers se take in die klinieke beïnvloed en inbreuk maak op reeds vasgestelde werkskedules nie. Die volgende sake word tydens hierdie opleidingsessie bespreek, naamlik

- die doel van die navorsing;

- die identifisering van MIV-positiewe pasiënte as deelnemers;
- die verkryging van skriftelike instemming van die deelnemers, na 'n ingeligte besluit;
- die verloop van die navorsing, wat insluit die verspreiding en invul van die vraelyste;
- die beskikbaarheid van die gesondheidswerker om die navorser te ondersteun sodat hy vir ongeletterde MIV-positiewe pasiënte of pasiënte wat nie Afrikaans of Engels verstaan nie, dit kan tolk om die vrae in die vraelys te kan toelig tydens die invul van die vraelys;
- die rekordering van antwoorde wat in Afrikaans, Engels of Setswana gedoen word;
- rolspeel wat ook gebruik kan word om te verseker dat die geïdentifiseerde gesondheidswerker werklik begryp wat van hom verwag word.

Die navorser gee ook 'n volledige lêer aan elke gesondheidswerker as tussenganger waarin die navorser die werksprotokol/skedule vir die data-insameling uiteensit asook al die vorms vir toestemming en vraelyste verskaf.

3.3.4 DIE ROL VAN DIE TUSSENGANGER

Die navorser beoog om met die verpleegkundige in beheer van elke kliniek 'n afspraak te reël om die doel, beplanning en uitvoer van die navorsing aan hom te verduidelik.

Tydens hierdie afspraak word die rol van die tussenganger duidelik uiteengesit asook die rol van die verpleegkundige.

Die rol van die gesondheidswerker as tussenganger is dat hy:

- Vir berading verantwoordelik is, MIV-positiewe pasiënte as moontlike deelnemers moet identifiseer en 'n lys van hierdie deelnemers moet saamstel.
- Die doel, voordeel en belangrikheid van die navorsing aan MIV-positiewe pasiënte as moontlike deelnemers moet verduidelik.
- Aan MIV-positiewe pasiënte as moontlike deelnemers moet verduidelik dat die navorser vertroulikheid en anonimiteit te alle tye sal handhaaf.

- Aan die MIV-positiewe pasiënte as moontlike deelnemers die data-insamelingsmetode in die geheel moet verduidelik.
- Aan die MIV-positiewe pasiënte moet verduidelik dat ondersteuning beskikbaar sal wees indien daar enige ongemak by hulle sou ontstaan.
- Tuisbesoeke moet reël waartydens die vraelyste van die familie van die MIV-positiewe pasiënt wat hiertoe instem, deur die gesondheidswerker en/of die navorser ingevul word.
- 'n Afspraak moet reël indien die invul van die vraelys gaan plaasvind tydens 'n tuisbesoek aan huis van die familie van die MIV-positiewe pasiënt as deelnemers.
- Aan die MIV-positiewe pasiënte en hulle families as deelnemers die skriftelike instemmingsvorm verduidelik (sien Bylaag D). Hy moet ook behulpsaam wees met die invul van die skriftelike instemmingsvorm.

3.3.5 DATA-ONTLEDING

Ingesamelde data word deur middel van die frekwensie-ontledingsmetode ontleed, soos deur Burns en Grove (2001:431) beskryf, met die hulp van die Statistiese Konsultasiediens van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus. Frekwensie-ontleding is 'n eenvoudige tipe beskrywende statistiese tegniek, want slegs die frekwensie van elke tipe respons word bepaal sonder dat enige aannames ten opsigte van oorsaak en gevolg gemaak word (Brink, 1996:192; Burns & Grove, 2001:499). Die resultate word aan die hand van verspreidingsdiagramme en tabelle weergegee. Die navorser verwys in hierdie verband na Hoofstuk 4 van hierdie navorsing.

3.4 ETIESE ASPEKTE

Standaard soos deur DENOSA (Democratic Nursing Organisation of South Africa) gepubliseer, is as riglyn vir verpleegkundiges wat met navorsing besig is of daaraan deelneem, gevolg (DENOSA, 1998:2). Riglyne soos deur **Brink (2002:39-46)** neergelê, word ook nagekom.

3.4.1 FUNDAMENTELE ETIESE BEGINSELS TER BESKERMING VAN DEELNEMERS

Die fundamentele etiese beginsels ter beskerming van MIV-positiewe pasiënte en hulle families word in hierdie navorsing toegepas en beskryf.

Aangesien die navorser respek teenoor die deelnemer betoon met betrekking tot regverdige seleksie en reg op privaatheid maak die navorser gebruik van 'n doelgerigte steekproef in die agt Primêre gesondheidsklinieke van die Potchefstroom-distrik van die Noordwes-Provinsie. Die navorser poog om hom te hou aan die ooreenkoms met die deelnemers, soos dat hul anonimiteit verseker word en dat geen inligting teen hulle gebruik sal word nie. Anonimiteit van die deelnemers word verseker deurdat geen name van enige deelnemer ooit bekendgemaak word nie. Die navorser hanteer alle inligting as vertroulik en sal geen inligting sonder die deelnemer se medewete openbaar maak nie.

Die deelnemer se privaatheid word verder deur die navorser verseker deurdat die persoon die reg het om in privaatheid te dink en aan die navorsing deel te neem. Geen inligting wat uit hierdie navorsing verkry is, mag later teen die persoon wat aan die navorsing deelneem, gebruik word nie (DENOSA, 1998:2). Die data uit hierdie navorsing verkry is egter nodig vir die bereiking van die doelwitte van die navorsing en om riglyne te formuleer om die familie van die MIV-positiewe pasiënt te bemagtig.

3.4.2 PROSEDURES EN MEGANISMES TER BESKERMING VAN MENSEREGTE

- **INGELIGTE INSTEMMING**

Die belangrikheid van die navorsing word aan die gesondheidswerkers wat in die 8 Primêre Gesondheidsorgklinieke van die suidelike-distrik van die Noordwes-Provinsie werksaam is, verduidelik. Die doel en voordele van die navorsing word verduidelik. Die MIV-positiewe pasiënt as deelnemer het die reg op vrywillige deelname. Hierdie keuse word gerespekteer indien die MIV-positiewe pasiënt as deelnemer sou verkies om hom aan deelname te onttrek (Bylaag C).

Ten opsigte van ingeligte instemming lig die navorser die MIV-positiewe pasiënt as deelnemer deeglik in oor die doel van die navorsing en wat dit behels. Die navorser

verkry ook skriftelik instemming van deelnemers om aan die navorsing deel te neem. Burns en Grove (1997:94) maak ook melding van die deelnemer se reg op self-beskikking. Dit behels dat die deelnemer self kan besluit of hy aan die navorsing wil deelneem al dan nie. In hierdie navorsing word die deelnemers versoek om aan die navorsing deel te neem nadat die doel en die prosedure aan hulle verduidelik is en hulle daarvan verseker is dat hulle identiteit beskerm sal word. Daar word ook geensins teen enige deelnemer gediskrimineer indien hy sou verkies om nie deel te neem nie.

Die doelwitte van die navorsing moet verduidelik word, naamlik

- die metode en die prosedure wat gevolg gaan word;
- die duur van die navorsing;
- die tipe deelname wat van die MIV-positiewe pasiënt as deelnemer verwag word. (’n Verduideliking van hoe die resultate gepubliseer word)
- die identiteit en kwalifikasies van die navorser en die tussengangers
- moontlike nagevolge en neue-effekte;
- ’n verduideliking van hoe vertroulikheid van privaatheid verseker word; en
- of dit enige finansiële implikasies vir die MIV-positiewe pasiënt as deelnemer inhou.

Ingeligte instemming om aan die navorsing deel te neem moet vergesel wees van ’n inligtingsbrief (DENOSA, 1998:3).

3.4.3 MEGANISMES TER VERSEKERING VAN ANONIMITEIT

Die navorser of veldwerker sal die deelnemers verseker van hul anonimiteit, vertroulikheid en privaatheid; vandaar die anonieme vraelyste.

In studies oor MIV en VIGS bestaan ’n sterk moontlikheid om die risiko te loop om oneties op te tree ten opsigte van vertroulikheid en anonimiteit omdat dit so ’n sensitiwe onderwerp is. Aangesien dit in hierdie navorsing gaan oor die begrip van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie rakende MIV- en VIGS verwante inligting, is die navorser noodwendig ook bewus van die MIV-positiewe status van die pasiënt. Die navorser stel dit baie duidelik aan die deelnemers dat hierdie inligting vertroulik is en so

hanteer word. Tydens die data-insameling en ontleding van die vraelyste word van nommers in plaas van name gebruik gemaak. Deelnemers word daarvan verseker dat inligting wat in die loop van die navorsing aan die navorser bekend word, nie aan individue gekoppel word nie.

3.4.3.1 DIE RISIKO-VOORDEEL-RATIO

Dit is noodsaaklik dat die risiko-voordeligheid-ratio deur die navorser geëvalueer moet word om sodoende te verseker dat die nadele nie die voordele oortref nie. Dit is belangrik dat die navorser nie meer data insamel as wat vir die navorsing noodsaaklik is nie. Die navorser verkry toestemming van die adjunk direkteur van die Distrik-gesondheidsdienste in die Potchefstroom-distrik van die Noordwes-Provinsie om die 8 Primêre Gesondheidsorgklinieke in die Potchefstroom-distrik van die Noordwes-Provinsie te besoek en navorsing te doen. Tydens hierdie besoeke word vraelyste oor MIV- en VIGS-verwante inligting aan die MIV-positiewe pasiënte en hulle families uitgedeel om in te vul om sodoende die begrip van hierdie inligting te verken. Deur hierdie maatreëls toe te pas word menslike respek aan die MIV-positiewe pasiënte en hulle families wat die vraelyste invul, betoon (DENOSA, 1998:2).

Die deelnemers word op fisiese, emosionele, geestelike, ekonomiese, sosiale en regsgronde beskerm by wyse van respek vir die beginsel van voordeligheid deurdat die navorser geen inligting teen hul sin bekend maak nie. Die omgewingstoestand word beheer om gemak en privaatheid te verseker. Die navorser stel ook 'n verwysingspersoon aan, naamlik die verpleegkundige in beheer van die bepaalde kliniek om sodoende na die deelnemers om te sien indien enige klagtes sou ontstaan (DENOSA, 1998:4). Die navorser sal ook deurlopend tydens die data-insameling tussen die klinieke beskikbaar wees. Die navorser sal ook te alle tye telefonies beskikbaar wees.

Dit is ook een van die navorser se prioriteite om die risiko-voordeligheid-ratio, wat 'n belangrike etiese aspek is, tydens hierdie navorsing in ag te neem, aangesien die moontlikheid bestaan dat die pasiënt ontstel kan raak. Die voordeel weeg egter volgens die navorser swaarder, aangesien die deelnemer die geleentheid gegun sal word om vrae te stel en gesprek te voer oor sy siektetoestand en dus baat te vind by die voorligting, onder andere beskikbare verwysingsnetwerke vir ondersteuning. Die navorser is ook van mening dat die risiko en voordele aan die individuele deelnemer in hierdie navorsing die verhoogde kans ten opsigte van die deelnemer se siekte en

verwysingsnetwerke vir ondersteuning asook die lewering van gesondheidsorg kan bied. Die deelnemer se eiewaarde kan ook moontlik versterk deurdat spesiale aandag aan die pasiënt geskenk word in 'n individuele gesprek tussen die deelnemer en die MIV-positiewe pasiënt (Brink, 1996:45).

3.4.3.2 VERANTWOORDELIKHEID OM DIE REGTE VAN DIE DEELNEMERS TE RESPEKTEER

Die verantwoordelikheid om die regte van die deelnemers te respekteer is van kardinale belang en word te alle tye in hierdie navorsing vooropgestel. Dit behels die volgende aspekte:

- **DIE REG OP VOORDEEL EN VOORKOMING VAN NADEEL**

Brink (1999:40) maak ook melding van die beginsel van voordeel en dat die navorser seker moet maak dat deelnemers teen nadeel beskerm word, wat ook insluit dat hulle op hulle gemak gestel moet word. In hierdie navorsing kan deelnemers dit moontlik ongemaklik vind om oor die MIV-positiewe pasiënt se status te praat. Die navorser verseker dat die MIV-positiewe pasiënte as deelnemers aan hierdie navorsing 'n ingeligte besluit neem en dat hulle skriftelik instem om aan die navorsing deel te neem. Die navorser verseker dat 'n psigiatriese verpleegspesialis beskikbaar is vir die MIV-positiewe pasiënte as deelnemers indien enige deelnemer geestesongemak ervaar.

- **DIE REG OP REGVERDIGE SELEKSIE EN BEHANDELING**

Volgens Brink (1996:40) moet deelnemers aan navorsing nie bloot geselekteer word omdat hulle maklik beskikbaar is nie, maar moet dit gebaseer wees op die spesifieke doelstellings van die navorsing. Hierdie navorsing handel oor die begrip van die MIV-positiewe pasiënte en hulle families rakende MIV en VIGS. Die steekproef sal geneem word uit die Potchefstroom-distrik van die Noordwes-Provinsie en wel uit al agt Primêre gesondheidsorgklinieke in hierdie distrik.

- **DIE REG OP INLIGTING**

MIV-positiewe pasiënte as deelnemers aan die navorsing word mondeling en ook skriftelik ingelig oor die doelstelling en aard van die navorsing asook die voor- en nadele van deelname. Die deelnemers het die reg om te weier om deel te neem sonder dat

hulle daardeur benadeel word. Die navorsingsmetode, die hantering en publikasie van die navorsingsresultate word ook breedvoerig aan die deelnemers verduidelik. Die identiteit van die gesondheidswerker as tussenganger asook die kwalifikasies van die navorser en die kontakbesonderhede van die navorser word verstrek ingeval van klagtes.

- **DIE REG OP PRIVAATHEID**

Deelnemers het die reg op privaatheid, soos deur Burns en Grove (1999:203) beskryf, en hulle kan die tyd, die duur en die algemene omstandighede, soos deur inligting met ander te deel of nie te deel nie, bepaal. Private inligting van 'n pasiënt verwys na 'n persoon se houding, opvattinge, gedrag, menings en persoonlike rekords. Die MIV-positiewe pasiënt as deelnemer se privaatheid word gevolglik beskerm deurdat die deelnemer 'n ingeligte besluit neem en vrywillig private inligting met die navorser deel. Die navorser poog dus om nie die deelnemer se privaatheid onnodig te bedreig nie. Aangesien MIV en VIGS reeds 'n uiters persoonlike onderwerp is, sal verlies aan waardigheid en vriendskappe nie bevorderlik wees nie. Gevoelens van angs, skuld, skaamte en verleentheid (Burns & Grove, 1999:204) kan geredelik tydens die data-insamelingproses voorkom, aangesien indringende vrae gestel word soos dié rakende seksuele aktiwiteite. Die navorser het daadwerklik ten doel om deelnemers deeglik bewus te maak van hul reg op privaatheid.

3.4.3.3 VERANTWOORDELIKHEID OM RESULTATE MEE TE DEEL

Die verantwoordelikheid rus ook op die navorser om resultate mee te deel en terugvoer aan die deelnemers en ander rolspelers te gee. Die inligting moet ook aan ander wetenskaplikes verstrek word.

- **TERUGVOER OOR DIE NAVORSING AAN DIE DEELNEMERS EN ANDER BETROKKNES**

Die deelnemers aan die navorsing wat graag terugvoer oor die resultaat van die navorsing wil hê, kan hulle name en kontakbesonderhede by die navorser opgee. Die resultate word dan na afloop van die navorsing aan die betrokke deelnemers verstrek (DENOSA, 1998:5).

- **VERSPREIDING VAN INLIGTING OOR DIE NAVORSING AAN ANDER WETENSKAPLIKES EN DIENSVERSKAFFERS**

Na afloop van die navorsing moet alle resultate aan ander wetenskaplikes en diensverskaffers versprei word, aangesien die verpleegpraktyk voordeel hieruit kan trek. Die navorsingsresultate word in artikelformaat in 'n vakwetenskaplike tydskrif gepubliseer. Die resultate word ook aan die diensverskaffers deurgegee sodat die riglyne geïmplementeer kan word (DENOSA, 1998:5).

3.4.3.4 VERANTWOORDELIKHEID OM DIE KORREKTE PROSEDURE TE VOLG OM TOESTEMMING VIR DIE UITVOER VAN DIE NAVORSING TE VERKRY

Goedkeuring om hierdie navorsing te doen is verkry van die navorsingskomitee en die Fakulteitsraad van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus. Aangesien hierdie navorsing deur twee aangewese studieleiers geskied en ook onder toesig van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus, as akademiese inrigting, word deurentyd verseker dat die navorsingsproses in die geheel eties en eerlik verloop en dat menseregte nie misken word nie (sien Bylaag C).

Afgesien van die toestemming wat by die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus, verkry word, word ook skriftelike toestemming gevra van die adjunktdirekteur distriksgesondheid van die Noordwes Provinsie om die navorsing by die agt Primêre gesondheidsorgklinieke in die Suidelike streek van die Noordwes-Provinsie uit te voer (sien Bylaag B). Hierdie persone ontvang ook die resultate, die data insamelingsinstrument gepaard met die wyse waarop die steekproef geselekteer word, die tipe deelname van die deelnemers asook die kwalifikasie van die navorser en ander persone wat by die navorsing betrokke is.

3.4.3.5 DIE VERANTWOORDELIKHEID OM NAVORSING VAN HOË GEHALTE TE DOEN

- Die handhawing van hoë standaarde ten opsigte van die beplanning en implementering van en verslaglewering oor die navorsing word nagekom. Projekte wat buite die vermoë van die navorser asook die studieleiers val, word nie aangepak nie.

- Die navorsing word met integriteit gedoen deur ondersteunende asook opponerende standpunte, soos in die literatuur gestel, te bespreek en deurentyd bedag te wees op sydigheid.
- Die navorsing word eerlik en sonder enige bedrog gedoen.
- Al die resultate word gerapporteer, sonder om enige inligting te verbloem.
- Die bydraes van al die medewerkers en enige finansiële steun of borgskap word skriftelik erken.
- 'n Etiese verantwoordelikheid rus ook op die navorser om navorsing van hoë gehalte uit te voer en te alle tye hoë standaarde te handhaaf.

3.5 SAMEVATTING

Die metode en ontwerp van hierdie navorsing is breedvoering in hierdie hoofstuk bespreek. Ten eerste is die spesifieke navorsingsontwerp wat gebruik word, bespreek, en tweedens die steekproef, data-insamelingstegnieke en data-ontledingstegniek, sowel as geldigheid, betroubaarheid. Ten slotte is die etiese aspekte wat 'n rol kan speel, ook aangeraak.

In die volgende hoofstuk word navorsingsresultate rakende die MIV-positiewe pasiënt en sy familie se begrip van MIV- en VIGS-verwante inligting weergegee.

HOOFSTUK 4

NAVORSINGSRESULTATE

4.1 INLEIDING

In die voorafgaande hoofstuk is die navorsingsontwerp en -metode wat gevolg is, bespreek. In hierdie hoofstuk word die realisering van die data-insameling, die ontleiding van die vraelyste asook die resultate en gevolgtrekkings van die navorsing bespreek.

4.2 REALISERING VAN DIE NAVORSING

Die navorser het twee vraelyste ontwikkel, naamlik:

- Om die begrip van die MIV -positiewe pasiënt rakende MIV- en VIGS-verwante inligting te verken en te beskryf,
- Om die begrip van die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV- en VIGS-verwante inligting te verken en te beskryf.

Twee gestruktureerde vraelyste (sien Bylae I en J) is as meetinstrumente vanuit die literatuur opgestel. Beide die vraelyste bestaan uit geslote, oop en meervoudigekeuse-vrae, soos bespreek in Burns en Grove (2001:427).

Die eerste vraelys het ten doel om die MIV-positiewe pasiënt se begrip te verken rakende MIV- en VIGS-verwante inligting, soos aan hom deur die gesondheidswerker, familie, eggenoot/e, saamblymaat of vriende oorgedra ten opsigte van sy MIV-positiewe status, seksuele praktyke sowel as antiretrovirale medikasie. Die belewenis as 'n MIV-positiewe persoon is ook verken en beskryf deurdat van oopantwoord-vrae rakende die onderwerp in Afdelings C en G van die vraelys ingesluit is (sien Bylaag I).

Die tweede vraelys verken die begrip van families van die MIV-positiewe pasiënte rakende MIV- en VIGS-verwante inligting en antiretrovirale medikasie. Die families van MIV-positiewe pasiënte is slegs genader vir deelname indien die MIV-positiewe pasiënt reeds sy MIV-positiewe status aan die familieledede bekend gemaak het (sien Bylaag J).

Die vraelyste is saamgestel nadat 'n literatuurstudie onderneem is om die begrip van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV en VIGS en verwante inligting vas te stel. Sig- en inhoudsgeldigheid is verseker deurdat die vraelyste aan kundiges voorgelê is.

Die uitvoerbaarheid van die vraelys is getoets deurdat 'n loodsstudie uitgevoer is om die duidelikheid van die vrae te verseker en die tydsduur te bepaal (Polit et al., 2001:268; Brink, 1996:156).

Die vraelyste wat tydens die loodsstudie te Heuningvlei in die Vryburgstreek (Bophirima) van die Noordwes-Provinsie gebruik is, maak nie deel uit van die aantal vraelyste van die werklike studie in Potchefstroom nie. Laasgenoemde vraelyste is wel geskik vir rekenaarmatige data-analise, soos in De Vos (2002:178) beskryf is.

Aanpassings is aan die vraelyste wat in die loodsstudie gebruik is, aangebring, nadat leemtes geïdentifiseer is (Cluett & Bluff, 2000:61). Vraelyste is ook volgens aanbevelings van kundiges aangepas:

- Die vraelys is verkort, aangesien die oorspronklike weergawe omslagtig en tydrowend was.
- Dubbelsinnige vrae wat op herhaling van response dui, is weggelaat.
- Vrae wat oor dieselfde onderwerp handel, is gekombineer.
- Vrae is herbelyn om te verseker dat response suiwerder is.
- 'n Derde keuse-kategorie is by sommige vrae, naamlik "ek weet nie/onseker", bygevoeg.

Tolking het moontlik die betekenis van vrae in die oorspronklike vraelys wat tydens die loodsstudie gebruik is, verbloem, en hierdie moontlike struikelblok is tydens opleidingssessies met gesondheidswerkers wat in die werklike studie met die navorsing behulpzaam was, uitgeklaar.

4.2.1 LOODSSTUDIE

Dr CC Wessels, leier van die Tswaragano projek, Dr C Strydom asook 'n groep van 10 navorsers wat met M- en PhD-studie besig was, waarvan die navorser een was, het Heuningvlei (Vryburgstreek – Bophirima) i die Noordwes Provinsie besoek om data in te samel. Die Rooms Katolieke Kerk se terrein en gemeenskapsaal is vir hierdie doel

gereël en gebruik waartydens vooraf opgestelde vraelyste deur die gemeenskap ingevul is.

Die navorser het beide die primêre gesondheidsorgklinieke in Heuningvlei op afspraak-basis besoek om gesprekke met MIV-positiewe pasiënte te voer en vraelyste te laat invul. Die MIV-positiewe pasiënte is aan die gesondheidswerkers wat in hierdie klinieke werksaam is, bekend, en is deur die gesondheidswerkers ingelig oor die navorsing en deelname aan die projek. Tydens die navorsing was daar gesamentlik **slegs 21 MIV-**positiewe pasiënte in hierdie twee klinieke in die register van 'n populasie van ongeveer 700 huisgesinne van Heuningvlei ingeskryf. Slegs nege MIV-positiewe pasiënte het vir afsprake opgedaag en die vraelyste ingevul. Gesondheidswerkers meen die verafstande wat die MIV-positiewe pasiënte moet aflê, kan as rede vir die swak deelname aan die navorsing dien.

Ook deelnemers wat binne die gestelde kriteria van die navorser val wat die gemeenskapsaal sonder afspraak, besoek het, het vraelyste ingevul. 'n Opgeleide maatskaplike werker is aan die navorser toegewys om haar behulpsaam te wees met die invul van vraelyste, wat ook as gesondheidswerker in Heuningvlei vir die navorser opgetree het (sien Bylaag E). Die maatskaplike werker was ook beskikbaar indien die MIV-positiewe pasiënt of sy familieledede enige geestesongemak tydens en na die onderhoud of invul van vraelyste sou ervaar.

4.2.2 WERKLIKE OPNAME

Die vraelyste is gefinaliseer en die werklike navorsing is in die agt primêre gesondheidsorgklinieke in Potchefstroom beplan. Die vraelyste is in Afrikaans opgestel en in Engels en Setswana vertaal en toe gedupliseer.

Toestemming is verkry om die navorsing uit te voer, en wel van:

- Die Adjunkdirekteur van die Potchefstroom Distriksgesondheidsdienste van die Noordwes-Provinsie (Bylaag B); en
- Die Etiekkomitee van die Noordwes-Universiteit (Potchefstroomkampus), vir die Tswaragano-projek, waarvan hierdie navorsing deel uitmaak. Die brief vir toestemming is hierby ingesluit (Bylaag C),

Die navorser het telefoniese afsprake met die toesighouers van elk van die agt primêre gesondheidsorgklinieke in Potchefstroom gereël om die navorser behulpsaam te wees met die identifisering van gesondheidswerkers as tussengangers vir hierdie navorsing. Nadat die veldwerkers as tussengangers geïdentifiseer is, het die navorser die gesondheidswerkers genader en verneem of hulle as veldwerkers aan die navorsing sal deelneem. Die doel van die navorsing is verduidelik en skriftelike instemming is verkry (Bylaag F). Opvolgafsprake is gereël om opleidingsessies vir die gesondheidswerkers voor die aanvang van die navorsing aan te bied.

Opleidingsessies met die gesondheidswerkers as tussengangers is afsonderlik by elke kliniek gehou, waartydens die data-insamelingsproses en werkskedule verduidelik is (Bylaag H). Die navorser het aan elke gesondheidswerker as tussenganger 'n volledige stel van die nodige dokumentasie voorsien asook 'n werkskedule tydens die data-insamelingsproses wat gevolg moet word. Die opleiding is op hierdie wyse uitgevoer om so min as moontlik inbreuk te maak op die gesondheidswerkers se werkskedule in die primêre gesondheidsorgklinieke.

Die vraelyste (Bylae I en J) is aan die gesondheidswerkers besorg om aan moontlike deelnemers uit te deel met die versoek om ook behulpsaam te wees met die invul daarvan. Elke vraelys is vergeesels van 'n brief aan die deelnemers (Bylaag G), wat die volgende bevat:

- Die doel van die navorsing
- Die versekering dat toestemming van die Departement Gesondheid van die Noordwes-Provinsie verkry is
- Die versekering dat toestemming verkry is van die Etiekkomitee van die Noordwes-Universiteit (Potchefstroomkampus)
- Versekering van anonimiteit
- Die versekering dat deelname vrywillig is en dat die deelnemers hulle op enige tyd sal mag onttrek sonder dat daar teen hulle gediskrimineer sal word
- 'n Uitnodiging aan die deelnemers om hul kontakbesonderhede te verstrek indien hulle na afloop van die navorsing 'n verslag rakende die resultate wil ontvang
- 'n Instemmingsvorm wat deur die deelnemer onderteken word (Bylaag G)

Daar is 105 vraelyste aan die gezondheidswerkers wat as tussengangers in agt primêre gesondheidsorgklinieke opgetree het, uitgedeel. Volgens die Statistiese Konsultasiediens van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus, sou 50-70 vraelyste genoeg wees vir hierdie navorsing. Daar is 79 (75,23%) vraelyste van MIV-positiewe pasiënte terug ontvang, soos blyk uit Tabel 4.1. Die vraelyste is per kliniek bereken op die aantal MIV-positiewe pasiënte wat die klinieke besoek. Slegs 34 familieledede van hierdie 79 (75,23%) MIV-positiewe pasiënte het vraelyste ingevul, en ook dít is in Tabel 4.2 weergegee.

Die data-insameling van die werklike navorsing in Potchefstroom het een maand geduur en die vraelyste is as volg uitgedeel en terug ontvang:

Tabel 4.1 Vraelyste aan MIV-positiewe pasiënte in primêre gesondheidsorgklinieke

Klinieke	Aantal vraelyste uitgedeel	Aantal vraelyste terug ontvang	% deelname
1.	20	16	80%
2.	20	19	95%
3.	10	7	70%
4.	10	3	30%
5.	10	9	90%
6.	15	11	73%
7.	10	5	50%
8.	10	9	90%
N	105	79	72,25%

Die MIV-positiewe pasiënt as deelnemer wat reeds sy MIV-positiewe status aan sy familieledede bekend gemaak het, verleen toestemming dat sy familieledede aan die navorsing mag deelneem. Skriftelike instemming is van die familielid verkry nadat die doel van die navorsing aan sodanige persoon verduidelik is (Bylaag G). Indien die familielid van die MIV-positiewe pasiënt die pasiënt na die kliniek vergesel het, is die vraelyste by die kliniek deur die familielid ingevul. Andersins is afsprake met die familielid, wat die MIV-positiewe pasiënt versorg, gereël, en is die vraelyste tuis ingevul.

Die navorser was elke dag deurlopend betrokke by die data-insamelingsproses deur van kliniek na kliniek te ry, asook tuisbesoeke te doen. Tydens hierdie besoeke is vraelyste deur die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt ingevul. Die invul van die vraelyste is deurlopend gemonitor en waar sy kon, was die navorser behulpsaam daarmee. Die afstande tussen die klinieke is nie te groot nie; gevolglik kon die navorser by al die klinieke betrokke wees en kon sy te alle tye op haar selfoon bereik word indien die nodig sou wees.

In Tabel 4.2 is die aantal familieledede wat ingestem het om aan die navorsing deel te neem per kliniek weergegee.

Tabel 4.2 Vraelyste deur familieledede van die MIV-positiewe pasiënte ingevul

Klinieke	Aantal familieledede van MIV-positiewe pasiënte wat tot deelname ingestem het	% deelname
1.	2 van 16	5.87 %
2.	10 van 19	29.40%
3.	3 van 7	8.82 %
4.	0 van 3	0 %
5.	5 van 9	14.71%
6.	8 van 11	23.56 %
7.	1 van 5	2.94 %
8.	5 van 9	14.70%
	N = 34	100 %

4.3 BESPREKING VAN DIE NAVORSINGSRESULTATE

Vervolgens word navorsingsresultate van die loodsstudie in Heuningvlei, en die werklike navorsing in Potchefstroom, afsonderlik bespreek.

4.3.1 DIE LOODSSTUDIE IN HEUNINGVLEI

- **VRAELYSTE**

Nege vraelyste is deur MIV-positiewe pasiënte in die twee klinieke ingevul. Ses van hierdie afsprake is vooraf gereël. Drie MIV-positiewe pasiënte besoek die gemeenskap-

saal by die Rooms Katolieke Kerk. Geen vraelyste is deur familieledede van die MIV-positiewe pasiënte ingevul nie, aangesien slegs twee van hierdie pasiënte by familieledede gewoon het, alhoewel die pasiënte tans selfversorgend is. Die oorblywende sewe MIV-positiewe pasiënte woon alleen en is steeds selfversorgend.

Die familieledede van die twee MIV-positiewe pasiënte wat by hulle woon, wou nie by die navorsing betrokke raak nie.

4.3.2 WERKLIKE OPNAME IN POTCHEFSTROOM

OM DIE BEGRIP VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT RAKENDE MIV- EN VIGS-VERWANTE INLIGTING TE VERKEN EN TE BESKRYF: VRAELYS 1

Die eerste vraelys (Bylaag I) verken die begrip van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV- en VIGS-verwante inligting en die vrae word ooreenkomstig die volgende onderskeie afdelings bespreek.

Die vraelys (Bylaag I) is in sewe afdelings verdeel en handel oor die volgende aspekte wat die MIV-positiewe pasiënt raak:

- Afdeling A handel oor biografiese inligting
- Afdeling B handel oor opleiding en ondervinding
- Afdeling C handel oor die belewenis van die oordrag van inligting rakende MIV en VIGS
- Afdeling D handel oor die begrip rakende MIV- en VIGS-verwante inligting
- Afdeling E handel oor die begrip rakende die MIV-positiewe status en seksuele praktyke
- Afdeling F handel oor die begrip rakende antiretrovirale middels
- Afdeling G handel oor die belewenis van die MIV-positiewe pasiënt wanneer hy oor sy status ingelig word

AFDELING A: BIOGRAFIESE INLIGTING

Daar het 79 MIV-positiewe pasiënte aan hierdie navorsing deelgeneem, waarvan 30 manlik en 49 vroulik was. Die rede waarom meer vroue as mans aan hierdie navorsing deelgeneem het, is waarskynlik omdat die navorsing tydens die klinieke plaasgevind het, en klinieke gewoonlik meer dikwels deur vroue besoek word wat gewoonlik dan ook hulle kinders kliniek toe bring.

Die *ouderdomsgroepe* is in Diagram 4.1 opgesom. Die rede vir die bepaling van die ouderdomme van deelnemers wat MIV-positief is, spruit voort uit die noodsaak om vas te stel in watter ouderdomsgroep die meeste deelnemers wat geïnfekteer is, val.

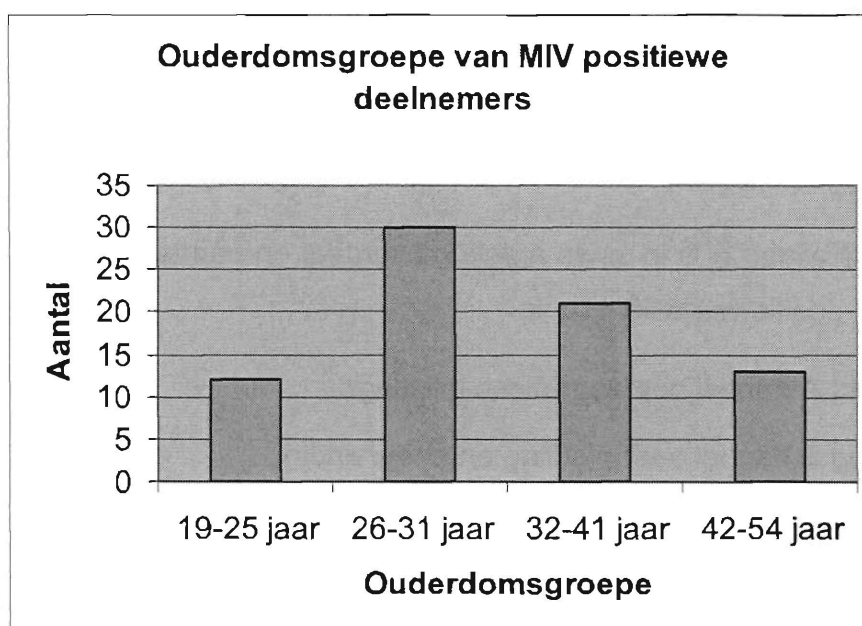


Diagram 4.1 Ouderdomsgroepe van MIV-positiewe deelnemers

Die ouderdomsgroep, in hierdie navorsing, wat die meeste geïnfekteer is, was dié tussen 26 en 31 jaar, waarvan daar 30 (37%) persone was. Hierdie groep deelnemers is na verwagting ekonomies aktiewe persone en die implikasie van 'n MIV-positiewe diagnose is groot vir die ekonomiese funksionering van die persoon se familie. Dit kan weer 'n uitwerking op die sosio-maatskaplike funksionering van 'n familie hê, wat op sy beurt armoede nog meer kan laat toeneem (Wessels, 2003:88).

- 12 (15%) deelnemers tussen die ouderdomme 19 en 25 jaar was MIV-positief. Wat kommerwekkend is, is die feit dat so 'n persoon pas sy skoolloopbaan agter die rug het en aan die begin van 'n nuwe lewensfase staan, wat dan onmiddellik

'n inpak het op sosio-maatskaplike en finansiële aspekte van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie (Raath, 2001:79).

- 21 (26%) MIV-positiewe deelnemers het in die ouderdomsgroep 32 en 41 jaar geval.
- 13 (16,4%) deelnemers het in die ouderdomsgroep 42 tot 54 jaar geval.

Wat ook kommerwekkend is, is dat 17 (21,5%) MIV-positiewe deelnemers in die ouderdomsgroep 40 tot 54 jaar geval het. Weereens word die ekonomiese en sosio-maatskaplike aspekte hier geïmpliseer, veral as jonger en ouer persone as die primêre versorgers moet optree.

Die implikasie is dat persone wat moontlik nie bemagtig is om versorgingsrolle te vervul nie, dit noodgedwonge sal moet doen en verantwoordelikhede sal moet aanvaar waarvoor hulle nie toegerus is nie. Barnett en Blaikie (1992:35) beaam dat kinders gesinsrolle moet oorneem waarvoor hulle nie opgelei en opgewasse is nie. Wessels (2003:89) meen dat kinders nie alleen hul kindwees ontnem word nie, maar ook nie die geleentheid het om skool toe te gaan nie. Ouers en grootouers moet ook rolle oorneem met meer verantwoordelikheid as waartoe hulle moontlik in staat is. Die *beroepstatus* van die MIV-positiewe deelnemers is grafies in Diagram 4.2 voorgestel.

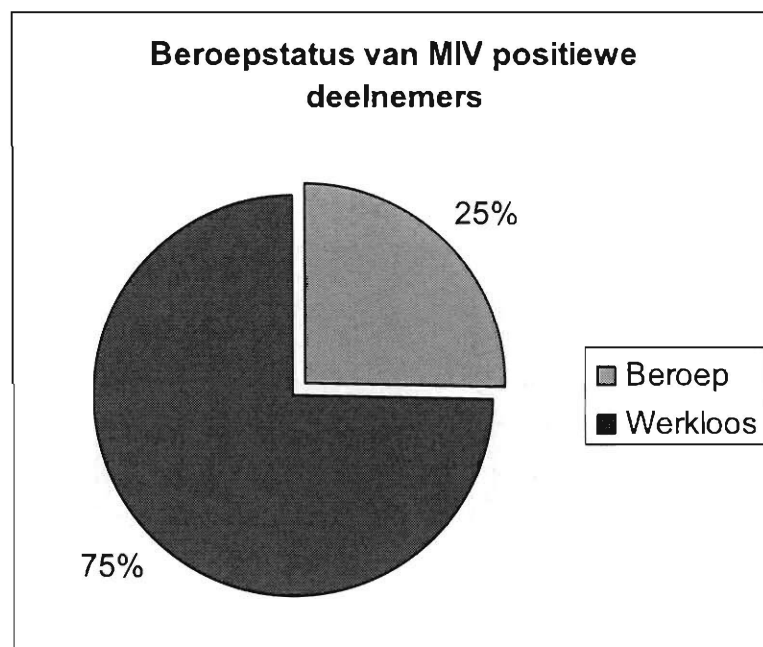


Diagram 4.2 Die beroepstatus van die MIV-positiewe deelnemers

In hierdie navorsing is bevind dat 59 (74.7%) deelnemers werkloos was en slegs 20 (25.3%) in 'n beroep gestaan het. Hierdie statistiek dui op die omvang van armoede onder hierdie groep deelnemers wat ook die families waarvan hulle deel uitmaak, raak. Wessels (2003:90) meen dat armoede wat uit werkloosheid voortspruit, 'n rol speel in die maatskaplike funksionering van mense wat geen inkomste het nie, en ook nie in hulle eie of families se basiese lewensmiddele, soos voedsel, kan voorsien nie. Volgens die "Centre for Health Systems Research and Development" (**Outeur1992:15**) is armoede ongetwyfeld besig om drasties in Suid-Afrika toe te neem. Wessels (2003:91) meen ook dat families wat die swaarste deur MIV en VIGS getref word, weens werkloosheid en armoede nog swaarder gaan kry. Sy noem ook dat, om 'n terminaal siek pasiënt onder moeilike omstandighede te versorg, spesifieke kennis en vaardighede verg. In hierdie navorsing verwys dit na kennis en vaardighede, veral rakende fisiese, psigiese, finansiële en sosio-maatskaplike versorging van die MIV-positiewe pasiënt.

Die *inkomste* van hierdie 43 (54,4%) werklose MIV-positiewe deelnemers is hoofsaaklik die staatsubsidie wat hulle vir hulle MIV-positiewe status ontvang. Agtien (22.8%) deelnemers het aangedui dat hulle deur familieledede onderhou word en 'n verdere agtien (22.8%) dat hulle deur hulle saambly-maat onderhou word.

Die inkomstebron van die werklose MIV-positiewe deelnemers is in Diagram 4.3 uiteengesit.

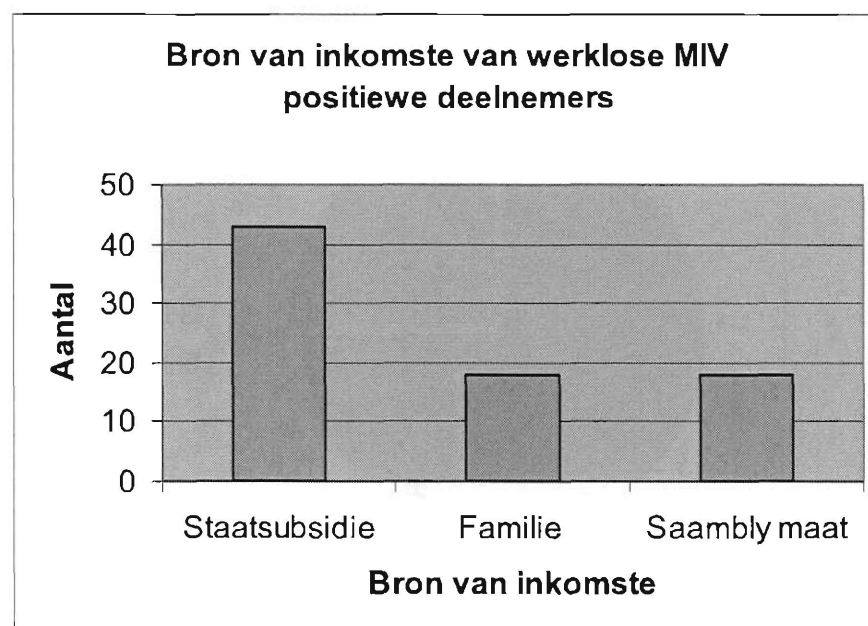


Diagram 4.3 Die inkomstebron van die MIV-positiewe deelnemers

Die maandelikse inkomste van 11 van die twintig werkende MIV-positiewe deelnemers het aangedui dat hulle tussen R500 - R1 000 per maand verdien, en agt MIV-positiewe deelnemers het aangedui dat hulle meer as R1 000 per maand verdien.

Die *huwelikstatus* van die groep MIV-positiewe deelnemers aan dié navorsing is by die vraelys ingesluit om te bepaal of daar 'n eggenoot en eggenote in die huishoudings van deelnemers is om die versorging van die MIV-positiewe pasiënt waar te neem. Die huwelikstatus wissel ook en die grootste persentasie deelnemers in die groep is enkellopend, naamlik 35 (44,3%). Sestien (20%) deelnemers staan in 'n saamblyverhouding en 13 (16%) het aangedui dat hulle getroud is.

Hierdie inligting rakende die huwelikstatus van die groep MIV-positiewe deelnemers is grafies in Diagram 4.4 uitgebeeld.

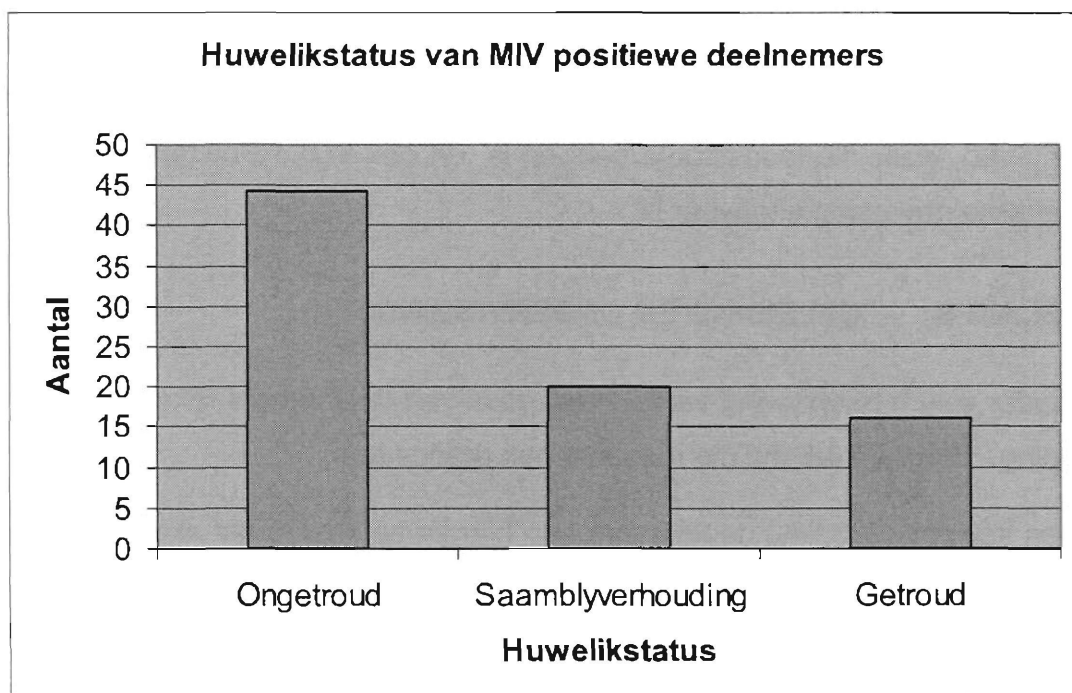


Diagram 4.4 Die huwelikstatus van MIV-positiewe deelnemers

Persone wat MIV-positief is en nie 'n lewensmaat het wat hom kan ondersteun nie, is emosioneel veel meer kwesbaar. Die grootse hoeveelheid deelnemers, naamlik 35 (44.3%), val binne hierdie groep. Bure en ander familieledes van die MIV-positiewe pasiënt moet noodwendig help met die versorging van die MIV-positiewe pasiënt (Wessels, 2003:90). Hierdie versorging sluit die fisiese, psigiese en emosionele versorging in, en dit is belangrik dat die persone wat as primêre versorgers optree, vir

hierdie taak bemagtig en toegerus moet word. Hierdie navorsing het ten doel om riglyne vir juis dié familieledede te ontwikkel.

Die hoë voorkoms van persone wat MIV-positief is en in die groep val wat nie in 'n vaste verhouding staan nie, maak hierdie persone finansieel, emosioneel en fisies kwesbaar, veral as hulle reeds siek is (Wessels, 2003:90).

Ten opsigte van *Religieuse aktiwiteite* van die 79 MIV-positiewe deelnemers aan die navorsing het 66 (83%) deelnemers aangedui dat hulle wel aan 'n kerk behoort en 13 (16,4%) dat hulle aan geen kerk behoort nie. Die grootste aantal deelnemers behoort aan 'n kerk wat kan voorsien in die geestelike behoeftes wat verband hou met emosionele isolasie en die stigmatisering van die MIV-positiewe pasiënte en hul familieledede, en wat hulle ook kan ondersteun. Wessels (2003:91) bevestig ook bogenoemde en is van mening dat die kerk 'n belangrike plek as steun vir lidmate behoort in te neem. Die kerk as ondersteuningstelsel is in enige persoon se lewe baie belangrik, en dit is ook sigbaar in die gemeenskappe van Heuningvlei, Kagiso-distrik van die Vryburgstreek (Bophirima), waar die loodsstudie gedoen is, en ook in die Potchefstroom-distrik waar die werklike navorsing uitgevoer is.

AFDELING B: OPLEIDING EN ONDERVINDING

Hieronder volg 'n beskrywing van die response van deelnemers rakende hul onderrig en opleiding. Diagram 4.5 dui die resultate ook grafies aan.

Vier en sewentig (93,6%) deelnemers aan hierdie navorsing het skoolonderrig ontvang. Slegs 26 (32,9%) deelnemers uit hierdie 74 het tot Graad 7 gevorder, 19 (24%) deelnemers het tot Graad 10 gevorder, 24 (30,3%) deelnemers het Graad 12 behaal en slegs vyf (6,32%) MIV-positiewe deelnemers het tersiêre opleiding ondergaan. Vyf (6,3%) deelnemers het geen skoolonderrig ontvang nie.

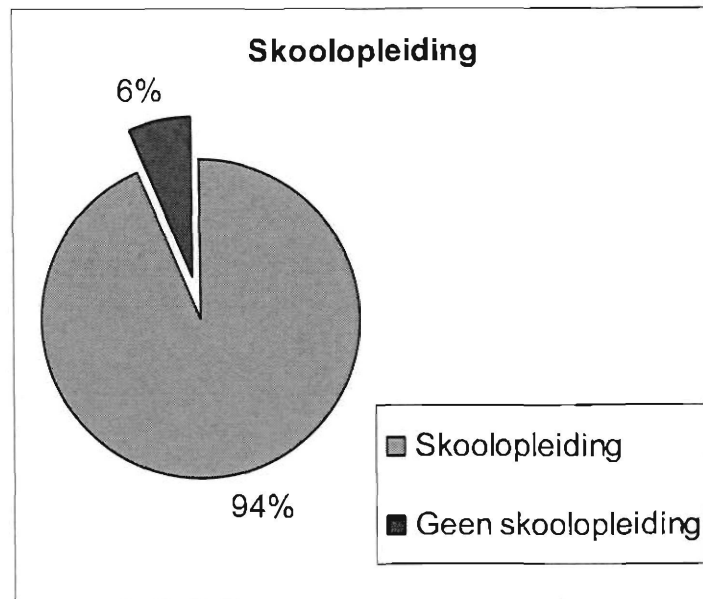


Diagram 4.5 Skoolopleiding van die MIV-positiewe pasiënte

Vier en twintig van die 79 MIV-positiewe deelnemers het Graad 12 behaal, en slegs vyf deelnemers het tersiëre opleiding ondergaan en kan moontlik 'n beter inkomste verdien. Hierdie situasie volg 'n bose kringloop wat weer tot werkloosheid en armoede lei. Volgens Wessels (2003:90) speel armoede wat uit werkloosheid voortspruit ook 'n rol in die maatskaplike funksionering van persone wat geen inkomste het nie. Hierdie persone kan ook nie voorsien in hulle eie of hulle families se basiese lewensmiddele soos voedsel nie.

Die grootste groep deelnemers, naamlik 26 (32.9%), word as laag geskool beskou, aangesien hierdie deelnemers net tot Graad 7 op skool gevorder het. Dit sal in aanmerking geneem word wanneer riglyne vir die families van die MIV-positiewe pasiënte rakende MIV- en VIGS-verwante inligting geformuleer word, soos in Hoofstuk 5 bespreek sal word. Dié wat wel Graad 12 behaal het en tersiëre opleiding ondergaan het, kan betrek word by "train-the-trainer"-programme, wat voordelig kan wees.

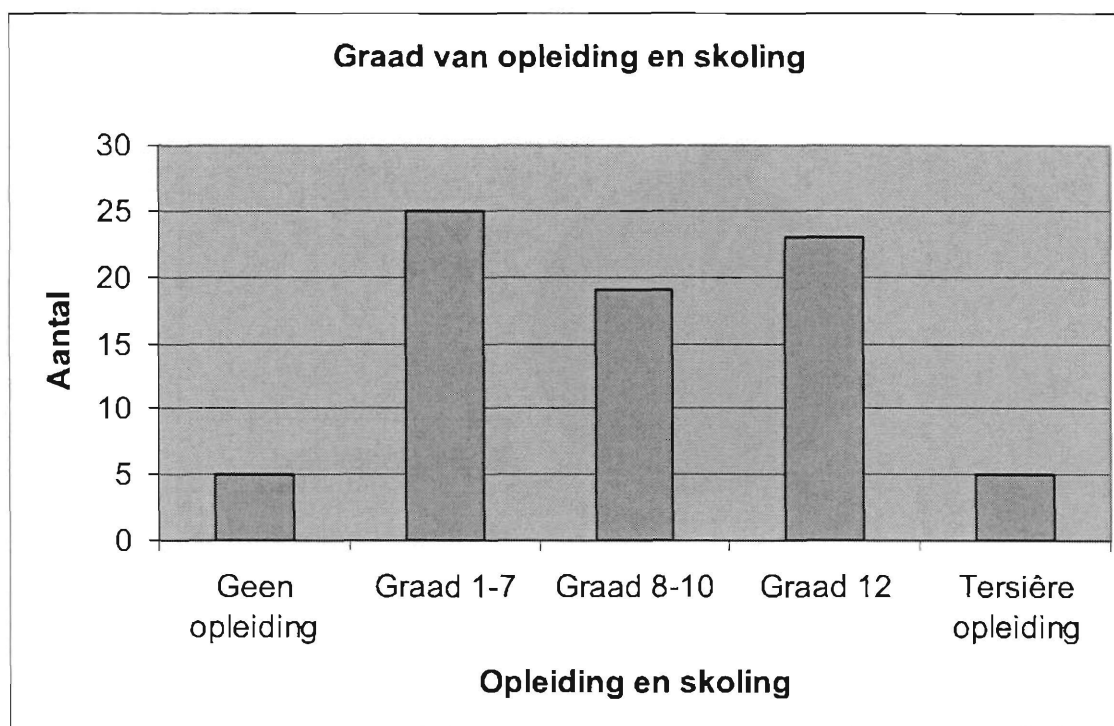


Diagram 4.6 Die graad van skoolopleiding van die MIV-positiewe pasiënte

AFDELING C: DIE BELEWENIS VAN DIE POSITIEWE PASIËNT TEN OPSIGTE VAN DIE OORDRAG VAN INLIGTING RAKENDE MIV- EN VIGS-VERWANTE INLIGTING

Hierdie afdeling gee die belewenis weer van die MIV-positiewe pasiënt ten opsigte van hul MIV-positiewe status, soos van die gesondheidswerker verneem .

By 55 (69,6%) deelnemers is hulle deur 'n gesondheidswerker by 'n primêre gesondheidskliniek oor hul MIV-positiewe status ingelig. Twintig (25,3%) deelnemers is deur 'n gesondheidswerker by die provinsiale hospitaal oor hul MIV-positiewe status ingelig. Vier (5,06%) deelnemers is deur 'n privaat geneesheer oor hul MIV-positiewe status ingelig.

Volgens die Nasionale Wet op Gesondheid van 2003 mag geen MIV-bloedtoets van enige persoon geneem word voordat voortoetsberading gedoen is en die persoon skriftelik toestemming verleen het nie (Hamilton & Dinat, 2006:75). Die voordele van 'n ingeligte besluit is dat

- die pasiënt minder angstig voel as hy weet en verstaan wat gedoen word;

- die pasiënt geredelik sy samewerking gee met betrekking tot intervensie en behandeling;
- die pasiënt voel dat hy gerespekteer word en by die intervensie en behandeling ingesluit is. (Die persoon aanvaar dan eienaarskap van die plan vir sy behandeling, wat lei tot sterker toewyding aan gedragsverandering);
- enige misverstande uitgeklaar word;
- hy emosioneel voorbereid is indien hy MIV-positief verklaar sou word;
- hy die MIV-positiewe status aanvaar en hy lewenstyl-aanpassings maak.

Voortoetsberading is met 74 (93,6 %) MIV-positiewe pasiënte as deelnemers gedoen, en vyf deelnemers (6,3 %) het aangedui dat daar nie voortoetsberading gedoen is voordat bloed getrek is om vir die MI-virus te toets nie. Die deelnemers het genoem dat die gesondheidswerker aan hulle die rede vir die toetsing verduidelik het en dat die gesondheidswerker ook moeite gedoen het om die werking van die toets te verduidelik. Die deelnemers het ook aangedui dat die gesondheidswerker vra dat hulle terugvoer gee oor die inligting oorgedra.

Uit bostaande inligting blyk dit dat die meerderheid deelnemers wel voortoetsberading ontvang het en dat dit duidelik en verstaanbaar oorgedra is. Dit blyk ook dat genoegsaam tyd gegun is vir die uitklaring van vrae wat die deelnemer wou stel.

Natoetsberading is by 73 (92,4%) deelnemers gedoen, en deelnemers het aangedui dat die gesondheidswerker toeganklik is en na vrae luister wat die deelnemer stel. Ses (7,5%) deelnemers het aangedui dat natoetsberading nie gedoen is nie, en vier (5,06%) het aangedui dat die gesondheidswerker nie genoegsaam tyd toelaat om vrae te stel nadat die deelnemer sy MIV-positiewe status aangehoor het nie.

Op vrae ten opsigte daarvan of die gesondheidswerker die deelnemers se MIV-positiewe status *konfidensieel* en *in 'n private* omgewing oordra, het 77 (97,4%) deelnemers genoem dat die gesondheidswerker dit wel so doen, terwyl slegs twee (2,5%) deelnemers die teendeel aangedui het. Agt en sewentig (98,7%) deelnemers het genoem dat die gesondheidswerker *ondersteunend optree* tydens die mededeling van sy MIV-positiewe status en dat deelnemers met *respek* behandel is. Drie (3,79%) deelnemers het aangedui dat dit nie in hulle geval so was nie.

Op die vroe of inligting rakende MIV- en VIGS-verwante inligting duidelik en verstaanbaar oorgedra is, het 75 (94,9%) deelnemers genoem dat dit wel duidelik en verstaanbaar gedoen is, en vier (5,06%) deelnemers het die teendeel genoem. Op die vroe of daar van illustrasies en prente gebruik gemaak is, het 33 (3,79%) deelnemers genoem dat dit nie gedoen is nie.

Alhoewel die meerderheid deelnemers aangedui het dat hulle *respekvol* behandel is en dat die gesondheidswerker ondersteunend optree, het 17 (21,5%) deelnemers aangedui dat hulle tog 'n *veroordelende houding* by die gesondheidswerker bespeur het. Die meerderheid deelnemers, naamlik 62 (78,48%), het genoem dat hulle geen veroordelende houding by die gesondheidswerker gewaar het nie.

Uit bogenoemde blyk dit dus dat die meerderheid deelnemers wel voor- en natoetsberading ontvang het, en dat die gesondheidswerker hierdie inligting in privaatheid en met die nodige vertroulikheid hanteer het.

'n Leemte is dat die prente en illustrasies ten opsigte van MIV- en VIGS-verwante inligting nie doeltreffend is nie, of glad nie gebruik is nie. Die inligting wat die gesondheidswerker kan verstrek, word visueel deur middel van prente en illustrasies aan die MIV-positiewe pasiënt gedemonstreer. Parker *et al.* (1997:36) beklemtoon bogenoemde feit, en in Hoofstuk 2 word verduidelik dat die begrip en internalisering van inligting onder sodanige omstandighede doeltreffender sou wees.

AFDELING D: DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT SE BEGRIP VAN MIV- EN VIGS-VERWANTE INLIGTING

In hierdie afdeling word die begrip van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV- en VIGS-verwante inligting verken en beskryf. Die resultate van hierdie afdeling het aangedui dat die deelnemers in hierdie navorsing wel in 'n groot mate begrip toon, soos blyk uit die volgende bespreking.

Op die vraag of 'n persoon gesond kan lyk en terselfdertyd MIV-positief kan wees, het 70 uit die 79 (88,6%) deelnemers genoem dat 'n persoon wel nog gesond kan lyk terwyl hy MIV-positief is. Ses (7,5%) deelnemers het gesê dat 'n persoon nie gesond kan lyk terwyl hy MIV-positief is nie, en drie (3,79%) was onseker.

Die vrae wat gehandel het oor seksuele oordrag en die verband tussen MIV/VIGS en seksuele praktyke, seksueel oordraagbare siektes en kondoomgebruik, is as volg beantwoord:

- Met betrekking tot kondoomgebruik en die oordraagbaarheid van die MI-virus het 74 (93,6%) deelnemers gemeen dat die MI-virus wel voorkom kan word as 'n kondoom tydens geslagsomgang gebruik word, en vyf (6,32%) was van mening dat kondoomgebruik nie die oordrag van die MI-virus kan voorkom nie.
- Op die vraag of die oordrag van die MI-virus by 'n persoon wat reeds 'n seksueel oordraagbare infeksie het, makliker plaasvind, het 68 (86%) deelnemers gemeen dat 'n persoon makliker die MI-virus kan opdoen. Twee (2,53%) was van mening dat dit nie noodwendig die geval is nie, en nege (11,3%) was onseker.
- Die vraag of 'n vrou makliker met die MI-virus geïnfekteer kan raak as 'n man, is bevestigend deur 60 (75,9%) beantwoord. Vier (5,06%) het ontkenend hierop geantwoord, en 15 (18,9%) was onseker.
- Op die vraag of homoseksuele verhoudings die verspreiding en oordrag van MIV en VIGS kan bevorder, het 58 (73,4%) deelnemers gemeen dat hierdie tipe verhoudings bevorderlik is vir die verspreiding en oordrag van die MI-virus. Agt (10,1%) was van mening dat dit nie die geval is nie, en elf (14,0%) was onseker. Twee deelnemers het nie die vraag beantwoord nie.
- Die vraag of orale seks die verspreiding van die MI-virus kan bevorder, is deur 54 (68,3%) deelnemers beaam. 12 (15,1%) het gemeen dat orale seks nie die verspreiding van MIV en VIGS kan bevorder nie, en 13 (16,4%) was onseker.
- Op die vraag of meervoudige seksmaats die verspreiding van die MI-virus kan bevorder, het 71 (89,8%) deelnemers bevestigend geantwoord. Vyf (6,32%) was van mening dat meer as een seksmaat nie die voorkoms van MIV en VIGS kan verhoog nie, en drie (3,79%) was onseker.

Die afleiding wat uit bogenoemde antwoorde gemaak word, is dat die meeste MIV-positiewe pasiënte as deelnemers wel bewus is van kondoomgebruik, die oordraagbaarheid van die MI-virus by seksueel oordraagbare infeksie, orale seks en veelvuldige seksmaats, maar dat daar steeds 'n mate van onsekerheid oor bogenoemde heers.

Die ontleding van hierdie vrae word ook grafies in Diagram 4.7 voorgestel.

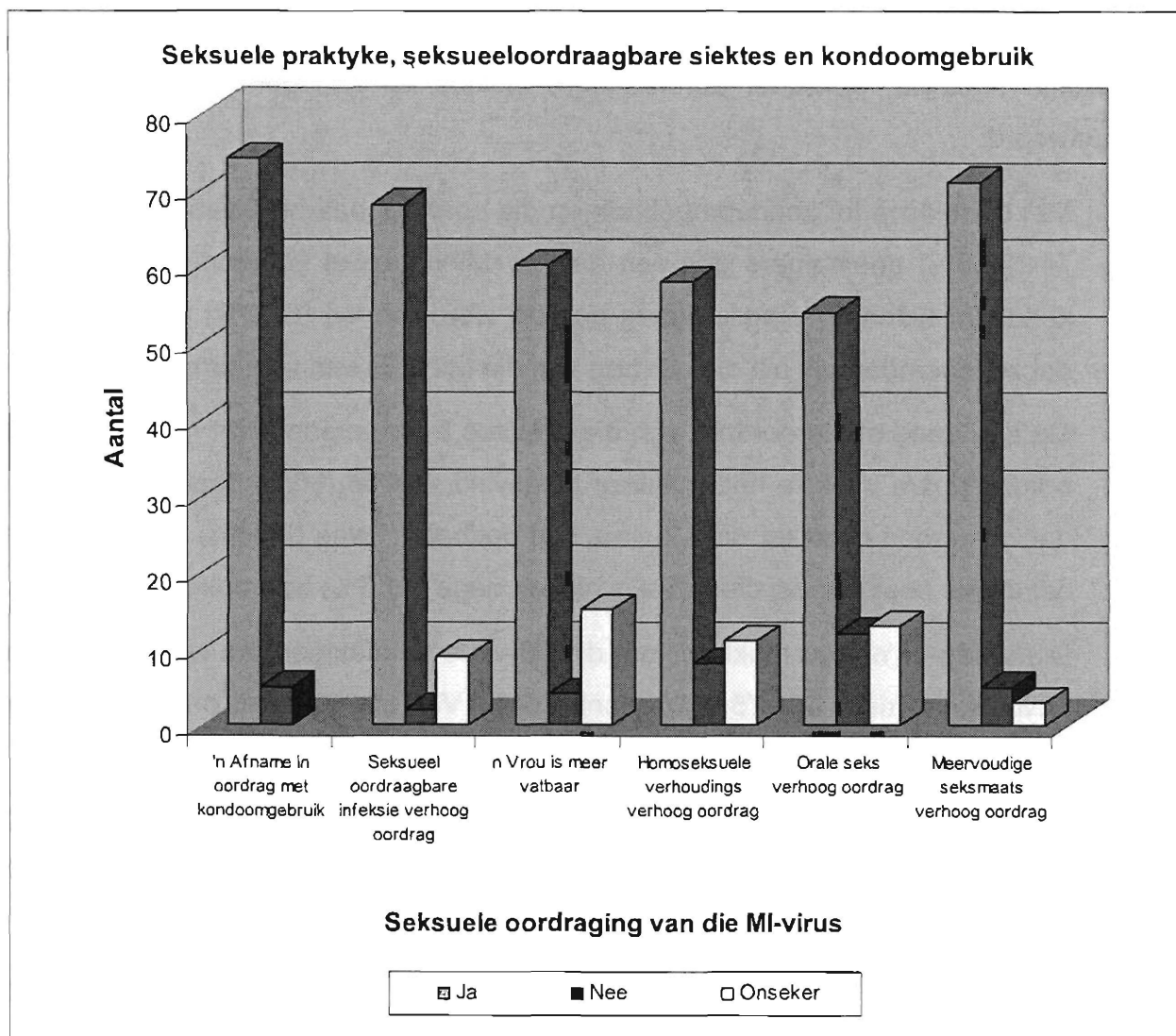


Diagram 4.7 Seksuele praktyke, seksueel oordraagbare siektes en kondoomgebruik

Op die vrae wat oor *mites, opvattinge en seksuele oordrag van die MI-virus handel*, is die vrae as volg beantwoord. Hierdie bevindings word ook grafies in Diagram 4.8 voorgestel.

- Sewe (8,86%) deelnemers het gemeen dat 'n persoon wat MIV-positief is, wel genees kan word as dié persoon geslagsomgang met 'n maagd of met jong meisies of jong seuns het. Die meerderheid deelnemers, naamlik 70 (88,6%), het gesê dat dit nie moontlik is nie, en twee (2,53%) was onseker.
- Op die vraag of 'n persoon wat MIV-positief is, genees kan word as dié persoon geslagsomgang met 'n bejaarde dame het, het agt (10,1%) deelnemers gemeen

dat so 'n persoon wel genees kan word. 69 (87,3%) deelnemers het gesê dat dit nie moontlik is nie, en twee (2,53%) was onseker.

Alhoewel slegs 'n klein persentasie van die deelnemers die mites aanhang, is dit kommerwekkend dat mites enigszins as geldig beskou word. Die afleiding wat hier gemaak kan word, is dat daar steeds te veel wanpersepsies bestaan ten opsigte van mites, opvattinge en seksuele oordrag van die MI-virus. Die navorser het tydens die opleidingssessies met tussengangers wat MIV-positiewe pasiënte behulpsaam was met die invul van die vraelyste, die vrae duidelik gestel en verduidelik. Die moontlikheid dat deelnemers die vraag verkeerd verstaan het, is dus gering. 'n Indringende ondersoek na mites en opvattinge en na die verband wat moontlik tussen verskillende kulture waardes, norme en gebruike kan voorkom, moet onderneem word.

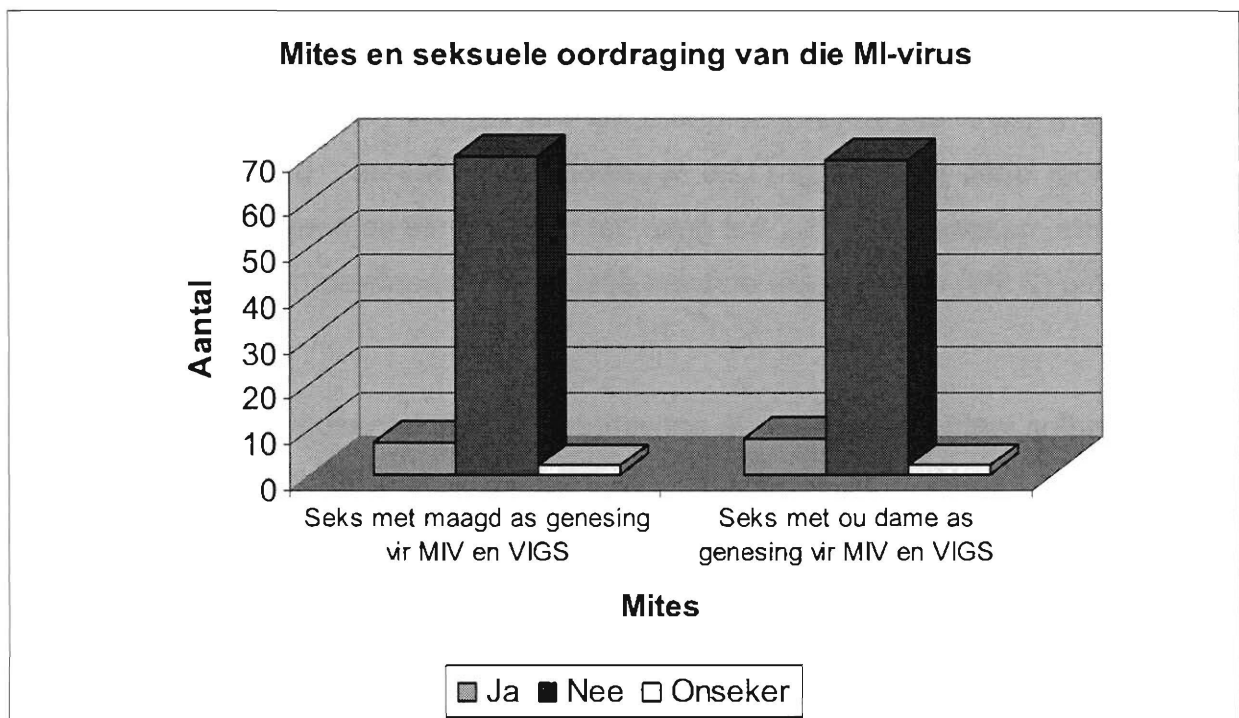


Diagram 4. 8 Mites en seksuele oordrag van die MI-virus

Die vrae wat oor *sosiale optrede en die oordraagbaarheid van MI-virus handel*, is as volg beantwoord, en dit is grafies in Diagram 4. 9 opgesom:

- Met betrekking tot die moontlikheid dat die MI-virus oorgedra kan word as 'n MIV-positiewe persoon hoes of nies en speeksel dan op 'n ander persoon beland, het 14 (17,7%) deelnemers genoem dat dit wel moontlik is. Die oorgrote meerderheid

deelnemers, naamlik 59 (74,6%), het gemeen dat die MI-virus nie so oorgedra word nie, en ses (7,5%) was onseker.

- Op die vraag of die MI-virus deur 'n soen oorgedra word, het 13 (16,4%) deelnemers genoem dat die MI-virus wel so oorgedra kan word. Die meerderheid deelnemers, naamlik 56 (70,8%), het gesê dat die virus nie so oorgedra word nie, en nege (11,3%) was onseker en een deelnemer beantwoord nie die vraag nie.
- Die vraag of die MI-virus deur aanraking oorgedra word, is bevestigend deur nege (11,3%) deelnemers beantwoord. Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 65 (82,2%), het ontkennend hierop geantwoord, en vyf deelnemers (6,3%) was onseker.
- Op die vraag of die MI-virus oorgedra word as die MIV-positiewe pasiënt 'n telefoon met 'n ander deel, het 10 (12,6 %) deelnemers genoem dat die MI-virus wel so oorgedra word. Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik nege en sestig (87%), het gemeen dat dit nie moontlik is nie.
- Die vraag of die MI-virus oorgedra word as die MIV-positiewe pasiënt 'n bord met 'n ander deel, is deur agt (12,6 %) deelnemers beaam. Die meerderheid deelnemers, naamlik 67 (84%), het gesê dat die virus nie so oorgedra word nie, en slegs twee (2,5%) was onseker en twee deelnemers beantwoord nie die vraag nie.

Die afleiding wat uit bogenoemde antwoorde gemaak kan word, is dat deelnemers wel begrip toon van MIV- en VIGS-verwante inligting en sosiale oordrag van die MI-virus. Dit wil egter voorkom of die inligting wat oorgedra is, nie duidelik is nie, of dat nie almal hierdie inligting verstaan het nie, aangesien daar steeds deelnemers is wat nie sekerheid oor hierdie saak gehad het nie.

Die navorser beveel aan dat riglyne wat moontlik reeds bestaan, ontleed moet word en dat moontlike aanpassings gemaak moet word sodat MIV- en VIGS-verwante inligting wat deur die gesondheidswerker oorgedra word, in alle tale van die streek verstaanbaar kan wees. Verder wil die navorser ook die persoon wat die inligting oordra, bewus maak daarvan dat hy eers die begripvlak van die persoon aan wie hy die inligting oordra, moet vasstel. As die persoon wat die inligting oordra, sou vasstel of hierdie inligting vir die pasiënt verstaanbaar is, en of internalisering van die inligting plaasvind, sou ook dít waarde inhou. Die navorser sal hierdie feit in die riglyne beklemtoon deur

aan te beveel dat gezondheidswerkers gedurende die voorligtingssessie van refleksie gebruik moet maak.

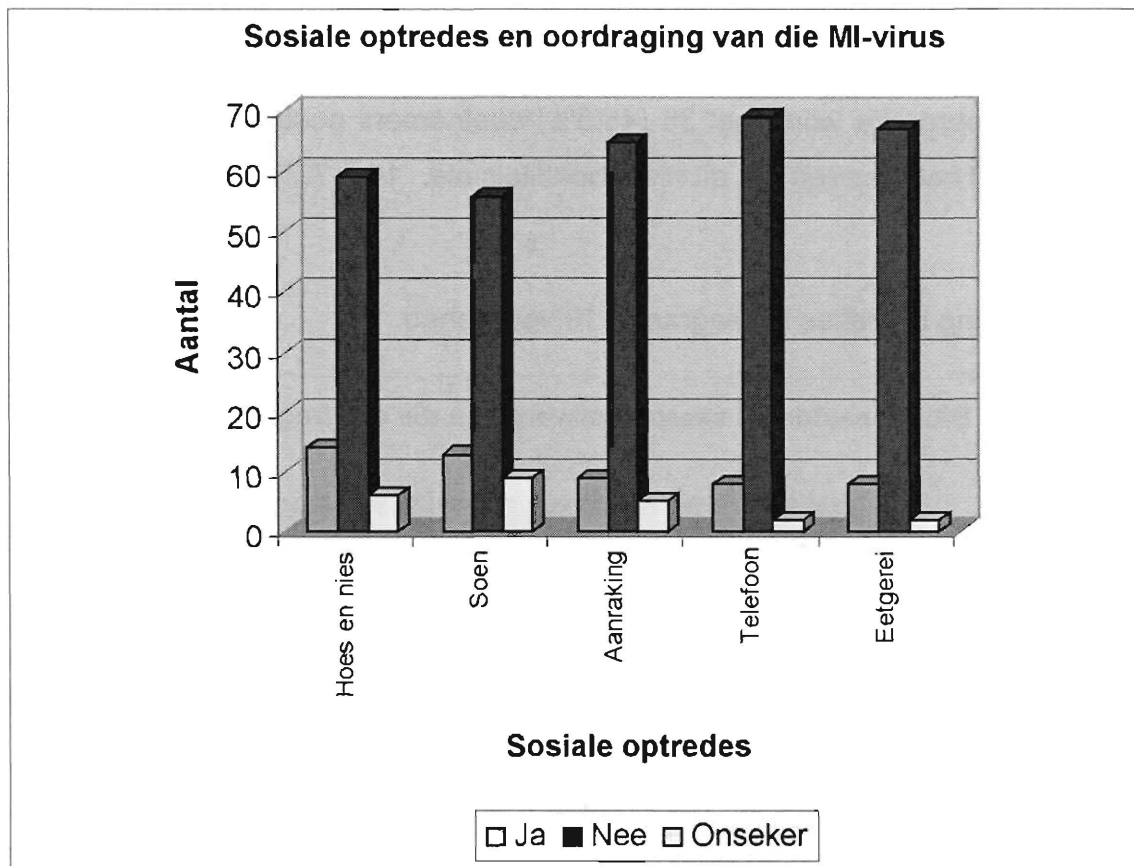


Diagram 4. 9. Sosiale optredes en die oordrag van die MI-virus

Op die vrae ten opsigte van wat die oordrag van die MI-virus en die verband tussen die oordrag van die virus en bloed, naalde en skerp voorwerpe is, is die vrae as volg beantwoord:

- Met betrekking tot die moontlikheid van die oordrag van die MI-virus wanneer bloed van 'n persoon wat MIV-positief is, ontvang is, het die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 71 (89,8%), genoem dat dit moontlik is. Twee (2,5%) het gemeen dat die MI-virus nie so oorgedra word nie, en ses (7,5%) was onseker.
- Op die vraag of die MI-virus deur besmette naalde oorgedra word, het die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 63 (79,7%), gemeen dat dit moontlik is, en vyf (6,3%) het gemeen dat dit nie moontlik is nie. 11 (13,9%) was onseker.

- Die vraag of die MI-virus deur tatoeëring oorgedra word, is bevestigend deur 31 (39,2%) deelnemers beantwoord, en 25 (31,6%) het ontkennend hierop geantwoord. 23 (29,1%) was onseker.
- Op die vraag of die MI-virus deur besmette skeermeslemme en ander skerp voorwerpe oorgedra word, het 36 (45,5%) deelnemers gesê dat dit moontlik is, en 29 (36,7%) het gemeen dat dit nie moontlik is nie. 14 (17,7%) was onseker.

Hierdie inligting is grafies in Diagram 4.10 voorgehou.

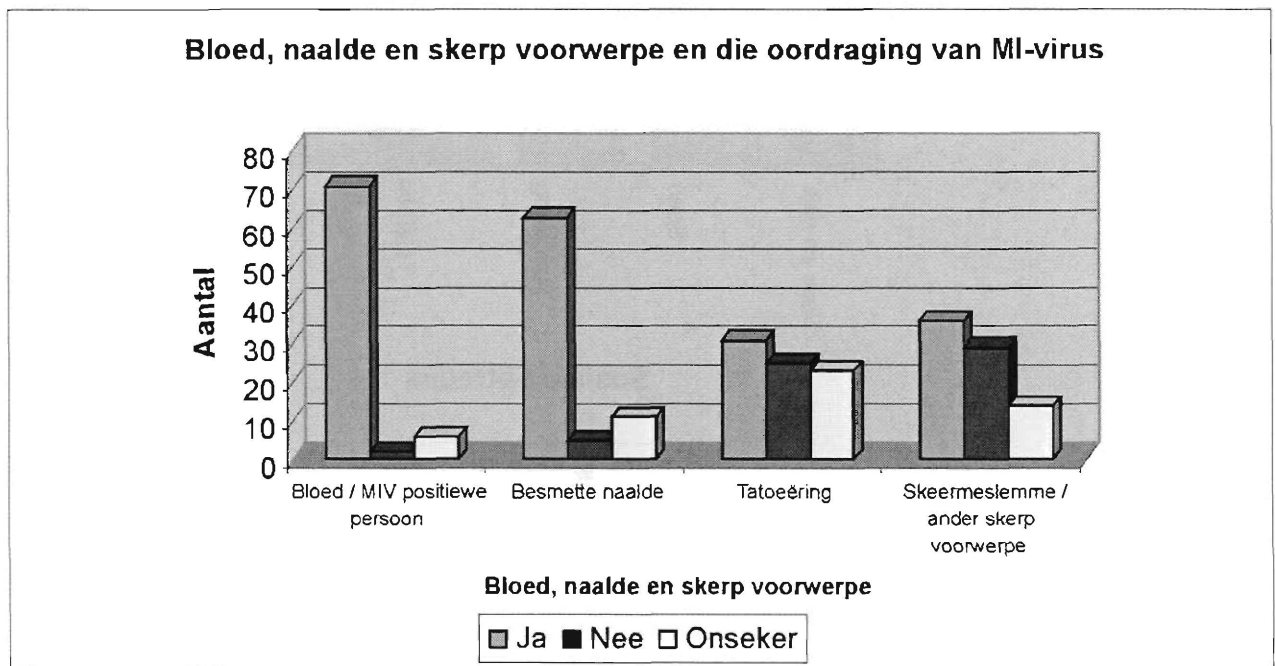


Diagram 4.10 Begrip van die oordag van die MI-virus deur bloed, naalde en skerp voorwerpe

Die afleiding wat hier gemaak word, is dat die meerderheid deelnemers geweet het dat die MI-virus deur bloed en besmette naalde oorgedra kan word. Minder as die helfte van die deelnemers het nie geweet nie, of was onseker oor die oordrag van die MI-virus deur tatoeëring, skeermeslemme en ander skerp voorwerpe. Die vraag is of die deelnemers die MIV- en VIGS-erwante inligting nie ontvang nie, of die korrelasie dalk nie verstaan nie, en of inligting nie duidelik genoeg deurgegee word nie en die deelnemers dit gevolglik nie begryp nie.

Op die vrae wat betrekking gehad het op die verband tussen die *oordrag van die MI-virus en swangerskap, geboorte en borsvoeding* het die deelnemers as volg geantwoord:

- Die vraag of die MI-virus gedurende swangerskap deur die MIV-positiewe moeder op die fetus oorgedra kan word, het die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 58 (73,4%), gemeen dat dit wel die geval is, en 15 (18,9%) het die teendeel aangedui. Ses (7,5%) was onseker.
- Op die vraag of die MI-virus gedurende baringsproses deur die MIV-positiewe moeder op die baba oorgedra kan word, dui die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 67 (84,8%), aan dat dit wel so is. Drie (3,7%) deelnemers het aangedui dat die MI-virus nie deur die moeder op die baba oorgedra kan word nie. Nege (11,3%) was onseker.
- Met betrekking tot die vraag of die MI-virus tydens borsvoeding deur die MIV-positiewe moeder op die baba oorgedra kan word, het die meerderheid deelnemers, naamlik 70 (88,6%), gemeen dat dit moontlik is, en drie (3,7%) het die teendeel aangedui. Ses (7,5%) was onseker.

Hierdie word grafies in Diagram 4. 11 voorgestel.

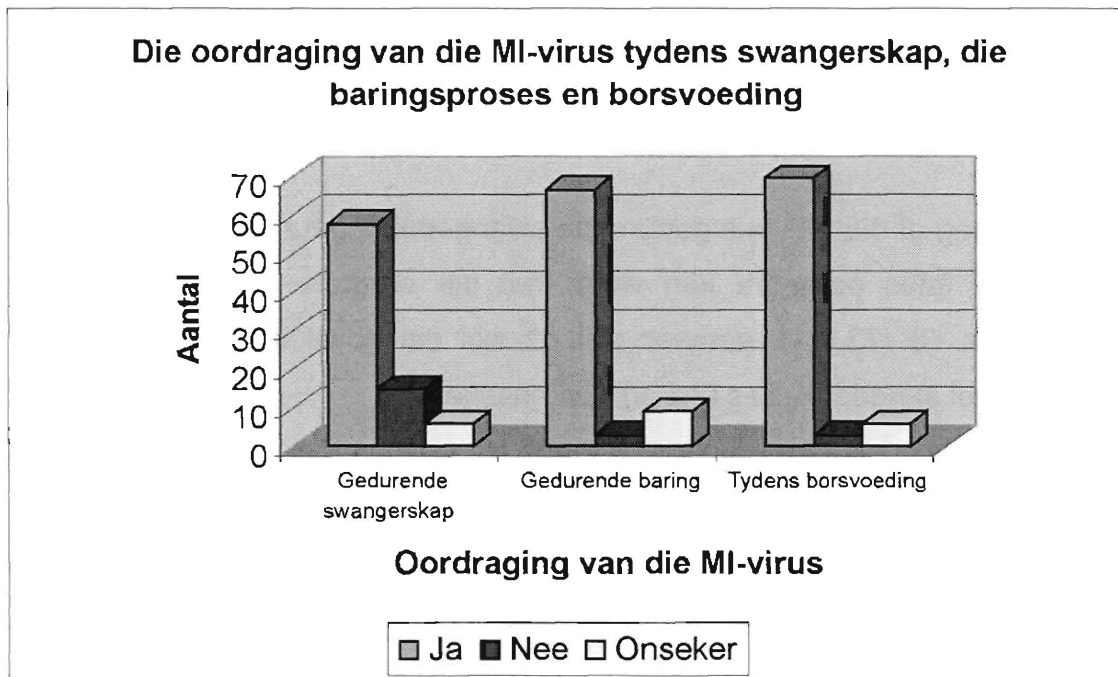


Diagram 4.11 Die begrip van die oordrag van die MI-virus tydens swangerskap, geboorte en borsvoeding

Die gevolgtrekking waartoe hier gekom kan word, is dat die oorgrote meerderheid deelnemers bewus was van die verband tussen die oordrag van die MI-virus en swangerskap, die baringsproses en borsvoeding, maar dat daar steeds 'n leemte rakende MIV- en VIGS- verwante inligting, veral tydens swangerskap, die baringsproses en borsvoeding by deelnemers voorkom.

Op die vraag waar die deelnemers *inligting rakende MIV en VIGS bekom het*, is die resultate as volg:

- 69 (87,3%) deelnemers het inligting van 'n gesondheidswerker bekom,
- 53 (67%) deelnemers het inligting uit tydskrifte bekom,
- 25 (31,6%) deelnemers het inligting in die skool bekom,
- 69 (87,3%) deelnemers het inligting op TV en oor die radio bekom,
- 73 (92,4%) deelnemers het inligting by klinieke bekom,
- 40 (50,6%) deelnemers het inligting via familielede bekom.

(Die navorser wil beklemtoon dat 'n deelnemer meer as een opsie kon kies om aan te dui waar hy sy inligting rakende MIV en VIGS bekom het).

Die inligting is grafies in Diagram 4.12 weergegee.

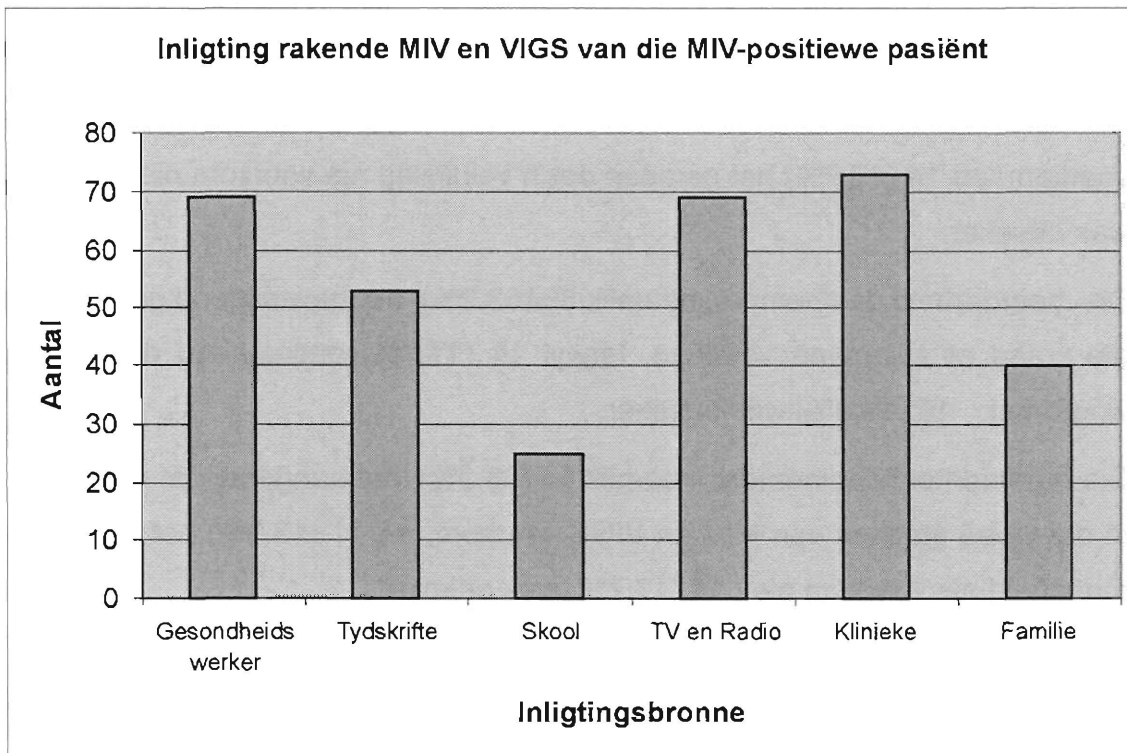


Diagram 4.12 Inligting rakende MIV en VIGS deur die MIV-positiewe pasiënt bekom

Die gevolgtrekking waartoe hier gekom is, is dat deelnemers inligting wel uit verskeie bronne bekom het, soos blyk uit die resultate. Van die deelnemers besoek ook klinieke, lees tydskrifte en volg programme op TV en oor die radio. Hierdie response deur MIV-positiewe pasiënte rakende inligting oor MIV en VIGS en waar hierdie inligting bekom is, het implikasies vir die wyses van inligtingoordrag en hoe dit gedoen behoort te word. Dit is vir hierdie navorsing ook belangrik dat 40 (50,6%) van die MIV-positiewe deelnemers genoem het dat hulle die inligting rakende MIV en VIGS van familieledede ontvang het.

Op die vroeë wat gestel is met die doel om die begrip van die deelnemers ten opsigte van die simptome wat in die vroeë stadium van MIV en VIGS voorkom, te verken, het die deelnemers as volg gereageer. (Dit is ook grafies in Diagram 4.13 voorgestel):

- Meer as die helfte van die deelnemers, naamlik 41 (51,8%), het aangedui dat vergrote limfnodes wel voorkom, teenoor 11 (13,9%) wat gemeen het dat limfnodes nie vergroot nie. Meer as 'n derde van die deelnemers, naamlik 27 (34,1%), was onseker.

- Meer as die helfte van die deelnemers, naamlik 43 (54,4%), het aangedui dat koors wel voorkom en 13 (16,4%) het gemeen dat koors nie voorkom nie. 23 (29,1%) was onseker.
- Die meerderheid deelnemers, naamlik 55 (69,6%), het beaam dat 'n veluitslag voorkom, en 14 (17,7%) het gemeen dat 'n veluitslag nie voorkom nie. 10 (12,6%) was onseker.
- Die meerderheid deelnemers, naamlik 50 (63,2%), het bevestigend geantwoord op die vraag of spierpyne voorkom, terwyl 14 (17,7%) ontkenend daarop geantwoord het. 15 (18,9%) was onseker.
- Die meerderheid deelnemers, naamlik 54 (68,3%), het aangedui dat moegheid wel in die vroeë stadium van MIV en VIGS voorkom, en 11 (13,9%) het aangedui dat moegheid nie voorkom nie. 14 (17,7%) was onseker.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 61 (77,3%), het beaam dat mondserre wel in die vroeë stadium van MIV en VIGS voorkom, terwyl 11 (13,9%) gemeen het dat mondserre nie voorkom nie. Sewe (8,8%) was onseker.
- Meer as die helfte van die deelnemers, naamlik 44 (55,6%), het bevestigend geantwoord op die vraag of 'n seer keel in die vroeë stadium van MIV en VIGS voorkom, terwyl 13 (16,4%) deelnemers ontkenend daarop geantwoord het. 22 (27,8%) was onseker.
- Meer as die helfte van die deelnemers, naamlik 49 (63%), het aangedui dat hoes wel in die vroeë stadium van MIV en VIGS voorkom, en 12 (15,1%) het gemeen dat hoes nie voorkom nie. 18 (22,7%) was onseker.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 69 (87,3%) %, het gemeen dat gewigsverlies wel in die vroeë stadium van MIV en VIGS waargeneem kan word, terwyl sewe (8,8%) gemeen het dat dit nie waargeneem kan word nie. Drie (3,7%) was onseker.
- Meer as die helfte van die deelnemers, naamlik 44 (55,6%), het bevestigend geantwoord op die vraag of nagsweet wel in die vroeë stadium van MIV en VIGS voorkom, terwyl 13 (16,4%) ontkenend daarop geantwoord het. 22 (27,8%) was onseker.

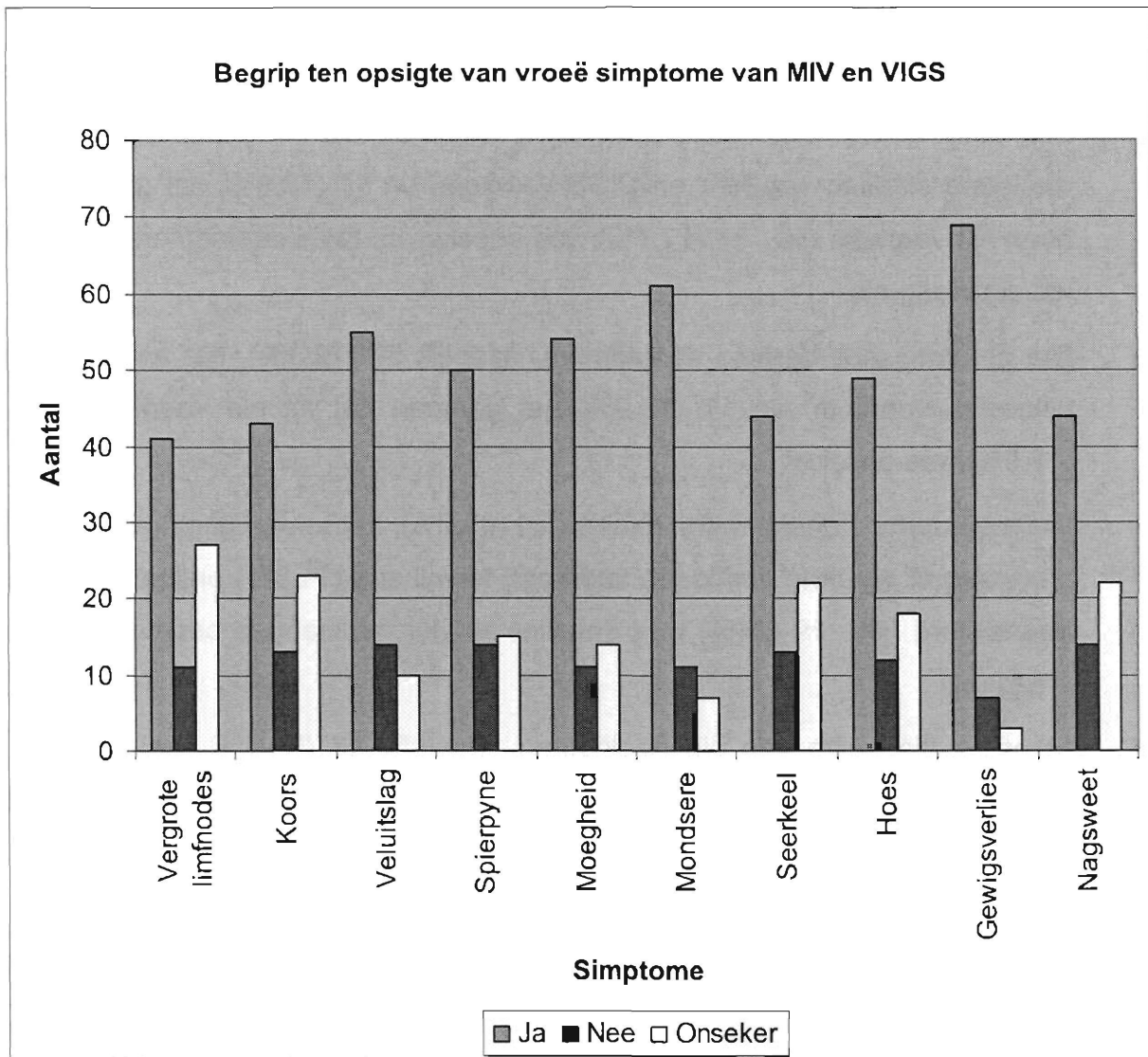


Diagram 4. 13 Begrip ten opsigte van vroeë simptome van MIV en VIGS

Die algemene afleiding uit vraelyste rakende die pasiënt se begrip van simptome in die vroeë stadium van VIGS is kommerwekkend. MIV-positiewe pasiënte as deelnemers aan hierdie navorsing was immers reeds oor hulle MIV-positiewe status ingelig en is ook veronderstel om reeds sommige van hierdie simptome self te ervaar. Tog kom 'n leemte in die begrip van hierdie deelnemers rakende die vroeë simptome van MIV en VIGS nog voor, veral ten opsigte van vergrote limfnodes, koors, keelseer en nagsweet. Dit wil ook voorkom of uitwendige simptome en tekens van VIGS soos veluitslag, mond-ulkusse en gewigsverlies meer algemeen opgemerk word as tekens en simptome soos koors en moegheid. Die inligting is ook grafies in Diagram 4.13 weergegee.

Op die vroe wat gestel is met die doel om die begrip van die MIV-positiewe pasiënt ten opsigte van simptome wat in die latere stadium van MIV en VIGS voorkom, te verken,

kom 'n soortgelyke patroon van onkunde en onsekerheid voor. Hierdie resultate word vervolgens weergegee en is ook grafies in Diagram 4.14 geïllustreer.

- Die meerderheid deelnemers, naamlik 52 (65,8%), het aangedui dat hoes wel in die latere stadium van MIV en VIGS voorkom, en 11 (13,9%) het gemeen dat 'n hoes nie voorkom nie. 14 (17,7%) was onseker en twee deelnemers beantwoord nie die vraag nie.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 57 (72,1%), het aangedui dat 'n veluitslag voorkom. en 11 (13,9%) het gemeen dat dit nie voorkom nie. 11 (13,9%) was onseker.
- Die meerderheid deelnemers, naamlik 50 (63,2%), het bevestigend geantwoord op die vraag of vergrote limfnodes voorkom, terwyl ses (11,3%) ontkenend daarop geantwoord het. 19 (24%) was onseker en vier deelnemers beantwoord nie die vraag nie.
- Meer as die helfte van die deelnemers, naamlik 43 (54,4%), het beaam dat "Karposi Sarkoom" voorkom, terwyl ses (7,5%) gemeen het dat dit nie voorkom nie. 29 (36,7%) was onseker en een deelnemer beantwoord nie die vraag nie.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 69 (87,3%), het aangedui dat drastiese gewigsverlies in die laat stadium van MIV en VIGS opvallend is, terwyl sewe (8,8%) gemeen het dat dit nie voorkom nie. Drie (3,7%) was onseker.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 57 (72,1%), het gemeen dat mondseerheid in die laat stadium van MIV en VIGS voorkom, terwyl 11 (13,9%) deelnemers gemeen het dat dit nie voorkom nie. Tien (12,6%) was onseker en een deelnemer beantwoord nie die vraag nie.

Hierdie inligting is ook grafies in Diagram 4. 14 weergegee

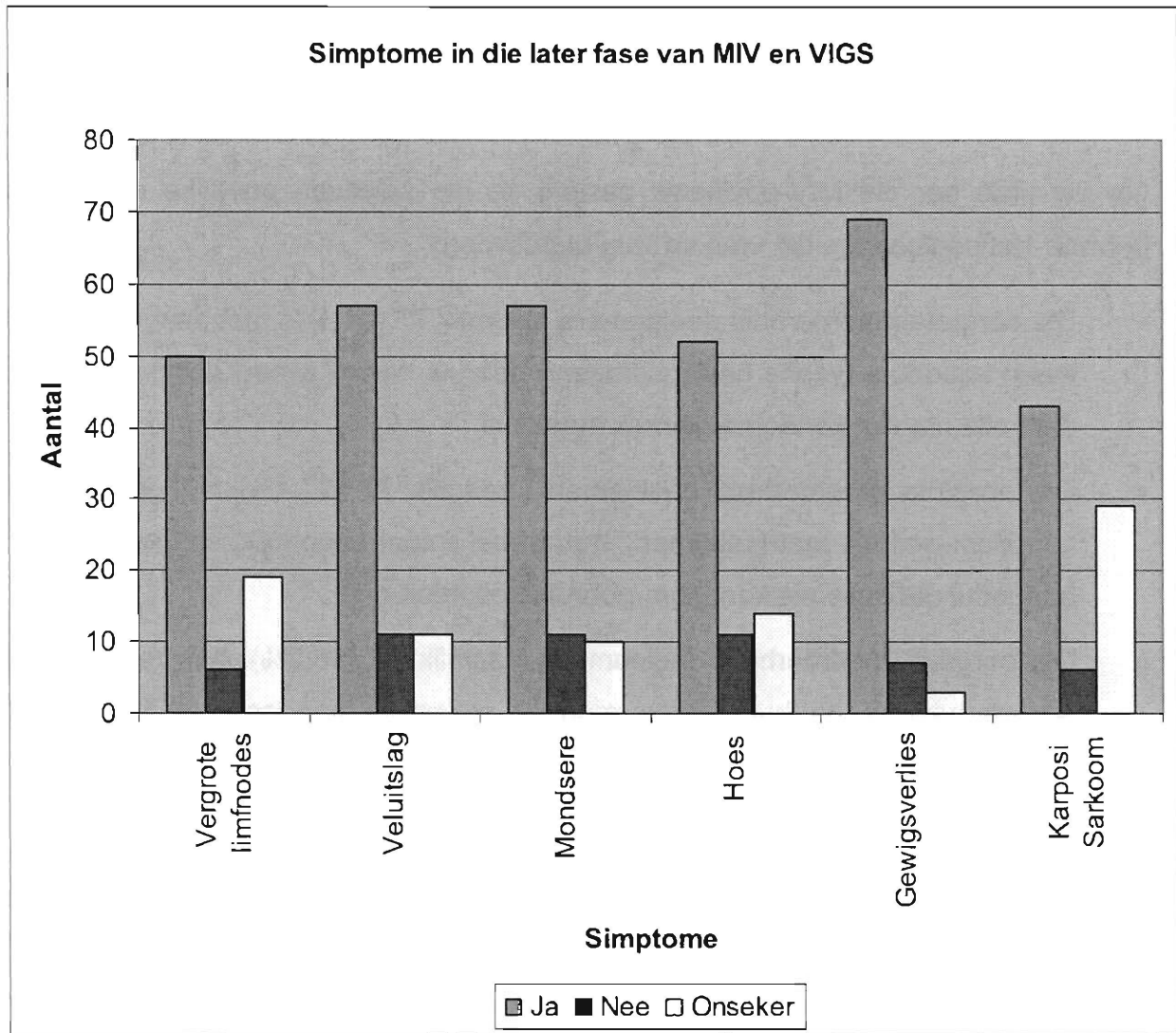


Diagram 4.14 Begrip van die MIV-positiewe pasiënt ten opsigte latere simptome van MIV en VIGS

Dit blyk dat die deelnemers geweet het wat die simptome in die latere stadium van VIGS is en dat hulle ingelig was oor hulle siektetoestand of moontlik reeds hierdie simptome self ervaar het en dat hulle dit aan VIGS kon koppel.

Dit is egter kommerwekkend dat daar steeds 'n leemte in hulle begrip van MIV en VIGS voorkom. Dit word afgelei uit die aantal deelnemers wat reeds oor hulle MIV-positiewe status ingelig is maar steeds nie die simptome van VIGS as siekte ken nie, of onseker is daaroor. Hierdie feit word weerspieël in die verkeerde en/of onseker antwoorde. Vrees om die MIV-positiewe status openbaar te maak speel hier moontlik 'n rol. Weereens is dit opmerklik dat die deelnemers eerder die uitwendige simptome van VIGS, soos veluitslag, mondseere, gewigsverlies en selfs "Karposi Sarkoom" herken.

AFDELING E: OM DIE BEGRIP VAN MIV-POSITIEWE PASIËNTE TEN OPSIGTE VAN HULLE MIV-POSITIEWE STATUS EN SEKSUELE PRAKTYKE TE VERKEN EN TE BESKRYF

Op die vroe oor die MIV-positiewe pasiënt se eie seksuele praktyke en kondoom-gebruik, het deelnemers die vroe as volg beantwoord:

- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 77 (97,4%), het aangedui dat hulle wel 'n kondoom tydens geslagsomgang gebruik, terwyl twee (2,5%) aangedui het dat hulle nie van kondome gebruik maak nie.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 77 (97,4%) het gesê dat hulle kondoom-gebruik met hulle man, vrou of seksmaat bespreek, en twee (2,5%) het aangedui dat hulle nie kondoom-gebruik bespreek nie.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 76 (96,2%), het gemeen dat dit aanvaarbaar is as hulle vrou, man of seksmaat kondoom-gebruik met hom bespreek, terwyl drie (3,7%) gemeen het dat dit nie aanvaarbaar is nie.

Die afleiding wat na die ontleding van bogenoemde vroe gemaak kan word, is dat feitlik al die MIV-positiewe pasiënte wat aan die navorsing deelgeneem het dit eens is dat kondome tydens geslagsomgang gebruik moet word en dat dit ook met die seksmaat bespreek word. Slegs twee deelnemers het aangedui dat kondome nie gebruik word nie, en dat dit ook nie met die seksmaat bespreek word nie. 'n Verdere afleiding kan ook gemaak word dat dié klein hoeveelheid deelnemers nog nie hulle MIV-positiewe status aanvaar het nie, en dat verdere berading nodig is, of dat inligting wat oorgedra is, steeds nie begryp word nie.

Op die vraag of die deelnemer reeds sy MIV-positiewe status met sy familieledede bespreek het, het die deelnemers as volg geantwoord:

- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 63 (79,7%), het gesê dat hulle reeds hulle MIV-positiewe status aan hulle families bekendgemaak het, terwyl 16 (20,3%) die teendeel aangedui het.

'n Moontlike afleiding wat gemaak kan word, is dat die 16 (20,3%) deelnemers wat nog nie hulle MIV-positiewe status aan hulle families bekendgemaak het nie, nog nie hulle

MIV-positiewe status aanvaar het nie. 'n Verdere afleiding wat gemaak kan word, is dat die MIV-positiewe pasiënt om ander redes, soos vrees vir verwerping deur hulle familieledede, nie hulle status bekend maak nie. Stigmatisering mag ook hier die rede wees waarom MIV-positiewe pasiënte nie hulle MIV-positiewe status openbaar wil maak nie. Wessels (2003:96) beaam hierdie feit in haar studie, naamlik dat die MIV-positiewe pasiënte in Suid-Afrika nog nie gereed is om hulle MIV-positiewe status aan hulle families bekend te maak nie, en skryf dit toe aan stigmatisering wat aan MIV en VIGS gekoppel is.

Hierdie resultate is ook grafies in Diagram 4.15 voorgestel.

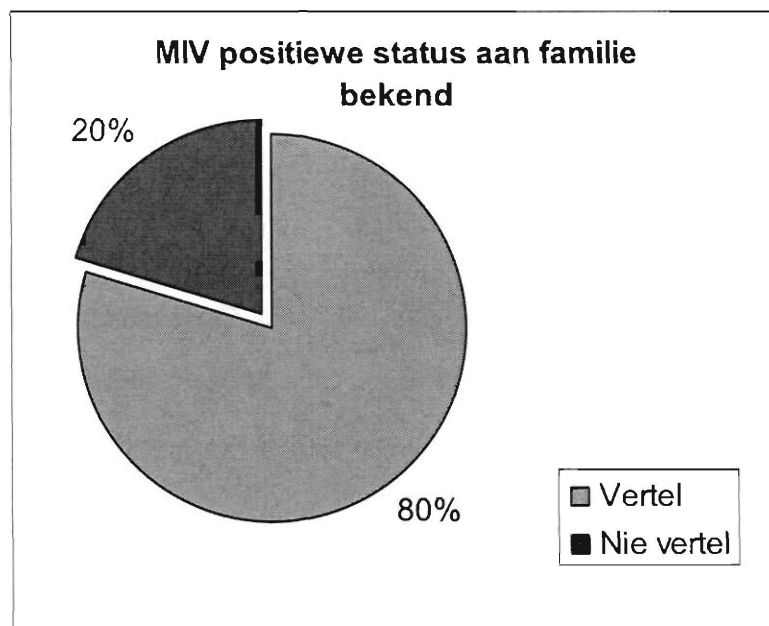


Diagram 4.15 MIV-positiewe status van MIV-positiewe pasiënt bekend aan familie

Op die vraag of die deelnemers dit sou verkies dat hulle *familieledede hulle moet ondersteun* as hulle sou siek word, het deelnemers as volg geantwoord, soos ook grafies in Diagram 4.16 voorgestel:

- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 72 (91,1%), het beaam dat hulle sou wou hê dat hulle families hulle moet ondersteun as hulle siek sou word, terwyl sewe (8,8%) verkies het dat hulle familieledede hulle nie moes ondersteun as hulle siek sou word nie.

Hierdie resultate het aangedui dat daar 'n begeerte by MIV-positiewe pasiënte bestaan dat hulle ondersteuning deur hulle familieledede sou verwelkom. Pasiënte behoort dus aangemoedig te word om hulle MIV-positiewe status aan hulle familieledede bekend te maak, en families behoort bemagtig te word om hierdie versorgingstaak te kan verrig.

Diagram 4.16 dui die ondersteuning aan die MIV-positiewe pasiënt deur die familieledede aan

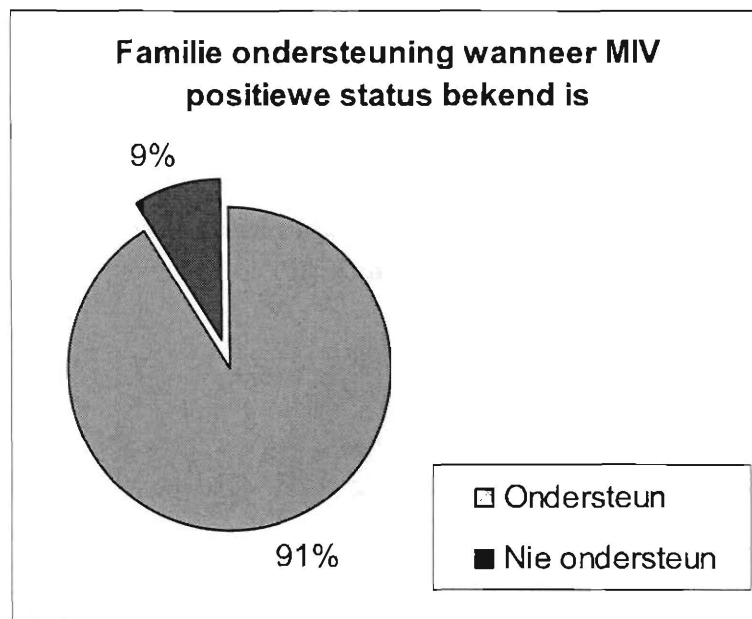


Diagram 4.16 Familie-ondersteuning aan die MIV-positiewe pasiënt

'n Aantal oopantwoord-vrae is gestel en het ten doel gehad om te wete te kom hoe die MIV-positiewe pasiënt deur sy familieledede ondersteun wil wees as hy siek sou word. Die inligting word vervolgens weergegee. Die wyse van kategorisering van die data en vasstelling van temas is ingesluit as Bylaag K. Die deelnemers het hoofsaaklik in Setswana en in Engels geantwoord. Response hieronder genoem is deur 'n Setswana-sprekende persoon vertaal en is in Afrikaans weergegee. Die oorspronklike response is in Bylaag K weergegee.

Die hooftemas kan as emosionele, fisiese, psigiese, sosiale en finansiële behoeftes opgesom word. Deelnemers het ook meer as een tema genoem, en die resultate weer-spieël nie noodwendig die aantal deelnemers nie. Temas wat spesifiek genoem is, is byvoorbeeld

- dat dit vir hulle moeilik is om hulle positiewe status aan hulle families oor te dra omdat hulle families baie streng, veroordelend, skaam en ontoeganklik is (n = 8).

MIV-positiewe pasiënte as deelnemers voel ook skaam oor hulle eie positiewe status (n = 11);

- dat dit vir die MIV-positiewe pasiënt makliker sou wees as die gesondheidswerker wat opgelei is, die MIV-positiewe status van die pasiënt aan die familieledede sou oordra (n = 14);
- dat die familie van die MIV-positiewe pasiënt nie by ander mense op straat van sy MIV-positiewe status moet verneem nie (n = 7). Konfidensialiteit is dus hier ook 'n belangrike tema;
- dat hulle families nie baie goed ingelig is oor MIV en VIGS nie (n = 30);
- dat deelnemers vrees om hulle MIV-positiewe status aan hulle familieledede oor te dra omdat hulle bang is om hulle familieledede te ontstel (n = 14) en dat die familieledede (n = 5) hulle van die huis af sal wegstuur omdat die dié glo dat die MIV-positiewe pasiënt 'n slegte mens is;
- dat deelnemers genoem het dat hulle bekommerd is oor die finansiële aspek, veral ten opsigte van hulle kinders ná hulle afsterwe.

Dit is dus belangrik om te beseef dat hierdie MIV-positiewe pasiënt steeds aanvaarding soek. Hierdie behoeftes is ook in Tabel 4.2 uiteengesit. Die navorser het hier van Gillham (2000:65) se begisels vir data-analise gebruik gemaak. Gillham (2000:65) se metode is aangepas en toegepas soos gesien in aanhangsek K .

Tabel 4.3

Ondersteuning deur die MIV-positiewe pasiënt se familieledede

Temas	Aantal response
Emosionele behoeftes:	
1. Aanvaarding	15
2. Bemoediging	4
3. Liefdebetoning	30
4. Vergewensgesindheid	13
5. Respek en waardigheid	11
6. Konfidensialiteit	6
7. Vertroue	6
8. Kommunikasie (verstaan en luister)	21
9. Ondersteuning – nie veroordeel	22
10. Geduld	3
11. Omgee	10
Fisies en instrumentele behoeftes)	
1. Gee van medikasie	11
2. Tuisversorging (bed-was, linne ruil, wasgoed was)	48
3. Oefening en fisiese aktiwiteit	2
4. Fisiese kontak	16
5. Berei voedsel voor en voer van kos aan die pasiënt	17
6. Vervoer na kliniek of hospitaal	8
Finansieel	
1. Betaal begrafnis (polis)	7
2. Versorging van my kinders na my afsterwe	10
Wat maak dit vir jou moeilik om jou MIV-positiewe status aan jou familieledede oor te dra/bekend te maak?	
1. Vrees	18
2. Woede	20
3. Minderwaardig	2
4. Skuldgevoel	8
5. Skaam	11
6. Toon berou	2
7. Teleurstelling	4
8. Onkunde	22
Wat sal dit makliker maak om jou MIV-positiewe status aan jou familieledede oor te dra/bekend te maak?	
1. Indien my familieledede meer van MIV en VIGS weet	16
2. Gesondheidswerker moet my MIV-positiewe status oordra	14
3. Betrokkenheid van die kerk	3
4. Konfidensialiteit	7

AFDELING F: DIE BEGRIP VAN DEELNEMERS RAKENDE ANTIRETROVIRALE MEDIKASIE

Op die vroe wat ten doel gehad het om die MIV-positiewe pasiënt se begrip rakende antiretrovirale medikasie te verken het die deelnemers as volg op die volgende vroe geantwoord:

- Op die vraag of antiretrovirale medikasie by primêre gesondheidsorgklinieke in Potchefstroom beskikbaar is, het 50 (63,2%) deelnemers genoem dat daar wel antiretrovirale medikasie beskikbaar is, terwyl 26 (32,9%) genoem het dat antiretrovirale medikasie nie by klinieke beskikbaar is nie, maar wel by die provinsiale hospitaal. Drie (2,3%) deelnemers het die vraag nie beantwoord nie.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 76 (96,2%), het bevestig dat hulle lewensgehalte verhoog met die gereelde en streng gebruik van antiretrovirale medikasie, terwyl een (1,26%) ontkennend daarop geantwoord het. Twee deelnemers (1,58%) het die vraag nie beantwoord nie.
- Alternatiewe medikasie en kruie word deur 21 (26,5%) deelnemers gebruik, en 56 (70,8%) gebruik slegs voorgeskrewe antiretrovirale medikasie. Twee (1,58%) deelnemers het die vraag nie beantwoord nie.

Die vraag wat hier gestel kan word, is of die vraag verstaanbaar geformuleer was, aangesien die meerderheid MIV-positiewe pasiënte geantwoorde het dat antiretrovirale medikasie wel by klinieke beskikbaar is, terwyl dit nie die geval is nie. Antiretrovirale medikasie is tans by geeneen van die agt primêre gesondheidsorgklinieke in Potchefstroom beskikbaar nie. Alle MIV-positiewe pasiënte wat daarvoor kwalifiseer om antiretrovirale medikasie te mag gebruik, moet een maal per maand 'n spesifieke kliniek by die provinsiale hospitaal besoek en hulle antiretrovirale medikasie daar afhaal.

Die vraag ontstaan of hierdie deelnemers wel hulle medikasie ontvang en dit gebruik soos aanbeveel, al dan nie.

'n Verdere afleiding is dat daar steeds baie onkunde rakende antiretrovirale medikasie en die neem daarvan voorkom, en dat meer inligting rakende hierdie onderwerp dringend gegee moet word. Indien die medikasie nie korrek geneem word nie, kan dit ook nadelig wees vir die MIV-positiewe pasiënt.

Die tipe alternatiewe medikasie wat geneem word, is veral kruie en 'n kruie-drankie "Aloextra". Die MIV-positiewe pasiënte wat hierdie alternatiewe medikasie gebruik, beweer dat die behandeling hulle meer energie gee en hulle "gestel" opbou.

AFDELING G: BELEWENISSE VAN DIE DEELNEMERS VAN HULLE MIV-POSITIEWE STATUS

Op die vraag of die deelnemers enige stigmatisering van die gemeenskap ervaar, het byna die helfte van die deelnemers, naamlik 37 (46,8%), genoem dat daar teen hulle gediskrimineer word, en 39 (49,3%) het genoem dat hulle geen stigmatisering ervaar nie. Drie deelnemers het die vraag nie beantwoord nie.

Die meerderheid deelnemers het gemeen dat hulle hul MIV-positiewe status met 'n vriend of vriendin sal deel. Grootouers word nie gereadig ingelig nie. Ouers, eggenoot/e, 'n broer of suster word ook ingelig. Hierdie inligting is in Tabel 4.3 vervat.

Tabel 4.4 Meedeel van die MIV-positiewe status aan ander familieledede of vriende

	Totaal	Ja (%)	Nee (%)
Ouers	74	33 (44,5)	41 (55,4)
Broer of suster	78	32 (41,0)	36 (64,1)
Eggenoot/e	74	32 (41,1)	36 (40,1)
Grootouers	76	19 (25)	57,0 (75)
Vriend/vriendin	76	50 (65,78)	26 (34,21)

Tabel 4.4 hieronder weerspieël die belewenisse van die MIV-positiewe pasiënte. Die aantal deelnemers wat gemeen het dat hulle familieledede teen hulle diskrimineer, staan feitlik gelyk aan dié wat stigmatisering deur die gemeenskap ervaar.

Tabel 4.5 Opsomming van verbalisering van belewenisse van die MIV-positiewe pasiënte ten opsigte van stigmatisering, soos blyk uit die oopantwoord-vrae

Tema	Aantal response
Stigmatisering	
1. Deur die gemeenskap	16
2. Deur hulle familie	14

4.3.3 OPSOMMENDE AFLEIDINGS GEMAAK UIT RESULTATE VAN VRAELYS 1

- Die ouderdomsgroep waarbinne die meeste MIV-positiewe pasiënte val, lê tussen 26 en 31 jaar en behoort na verwagting ekonomies aktief te wees, wat 'n sosio-maatskaplike en finansiële inpak op die familie het.
- Bogenoemde ouderdomsgroep moet ook noodgedwonge versorgingsrolle vervul, waarvoor hulle nie altyd toegerus is nie, en tog verantwoordelikheid moet aanvaar.
- Die versorging van MIV-positiewe pasiënt geskied onder moeilike omstandighede en te midde van uiterste armoede, sonder die nodige kennis en vaardighede.
- Min eie familielede wat ondersteun. Bure en ander familielede help ondersteun.
- Alhoewel Setswana die meeste deelnemers se voorkeurtaal was, was daar ook deelnemers wat Zoeloe- en Sotho-sprekend was.
- Die grootste persentasie MIV-positiewe pasiënte is enkellopend of staan in 'n saambly-verhouding.
- Die kerk is 'n moontlike ondersteuningsbron vir MIV-positiewe pasiënte.
- Alhoewel 26 (33%) deelnemers as laag geskool beskou word, is dit tog belangrik dat 24 (30,3%) deelnemers Graad 12 behaal het, en vyf (6,32%) MIV-positiewe deelnemers tersiëre opleiding ondergaan het, en dat hulle dus betrek kan word by "train-the-trainer"-programme wat voordelig kan wees en in riglyne om die familie te ondersteun, uiteengesit word in hoofstuk 5.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers het voor- en natoetsberading ontvang, en die deelnemers verklaar dat die gesondheidswerker ondersteunend en respekvol opgetree het en dat tyd gegun is vir vrae van die MIV-positiewe pasiënte.

- 'n Klein aantal deelnemers, naamlik 17 (21.5%), het gevoel dat die gesondheidswerker veroordelend staan teenoor die deelnemers.
- Die gesondheidswerker vervul 'n belangrike rol in die oordrag van MIV- en VIGS- verwante inligting, en die oorgrote meerderheid deelnemers het aangedui dat MIV- en VIGS- verwante inligting duidelik en verstaanbaar oorgedra is, maar dat daar nie van illustrasies en prente gebruik gemaak is nie.
- Deelnemers is bewus van die oordraagbaarheid van die MI-virus en van die verband daarvan met kondoomgebruik, seksueel oordraagbare infeksies, orale seks en veelvuldige seksmaats. Hulle is ook bewus daarvan dat die MI-virus deur bloed en besmette naalde oorgedra kan word, van sosiale oordrag van die MI-virus, en van die verband tussen die oordrag van die MI-virus en swangerskap, die baringsproses en borsvoeding, maar steeds kom 'n leemte rakende MIV- en VIGS- verwante inligting voor, en daar heers steeds 'n mate van onsekerheid oor bogenoemde. Deelnemers toon wel begrip van MIV- en VIGS- verwante inligting, maar dit is nie duidelik nie, of nie almal verstaan dit noodwendig nie.
- Deelnemers bekom inligting rakende MIV en VIGS uit verskeie bronne, ook via die familieledede.
- Die MIV-positiewe pasiënte wil graag hê dat hulle familieledede hulle moet ondersteun, maar maak nie hulle positiewe status aan hul familieledede bekend nie.
- Deelnemers toon tog begrip van vroeë en latere simptome van MIV en VIGS, maar daar bestaan nietemin onkunde hieroor.
- 'n Moontlike afleiding wat gemaak kan word, is dat die 16 (20,3%) deelnemers wat nog nie hulle MIV-positiewe status aan hulle familieledede bekendgemaak het nie, nog nie hulle MIV-positiewe status aanvaar het nie. 'n Verdere afleiding wat gemaak kan word, is dat die MIV-positiewe pasiënt om ander redes nie hul MIV-positiewe status bekend wil maak nie, soos vrees vir verwerping deur hulle familieledede en ook weens moontlike stigmatisering.
- Die hoofemas van die antwoorde op die vraag oor hoe hulle deur hulle familieledede ondersteun wil word, kan kortliks opgesom word as fisies, instrumenteel, psigies, emosioneel, sosiaal en finansieel.
- 'n Afleiding wat gemaak kan word, is dat die vraag rakende antiretrovirale medikasie moontlik nie duidelik was nie, aangesien die meerderheid MIV-positie-

we pasiënte gemeen het dat hierdie middels wel by klinieke beskikbaar is, terwyl dit nie die geval is nie. Antiretrovirale medikasie is tans by geeneen van die agt primêre gesondheidsorgklinieke in Potchefstroom beskikbaar nie, en die Noordwes-Provinsie Gesondheid beoog om die verspreiding daarvan moontlik in Julie 2007 na klinieke af te wentel. Tans word alle antiretrovirale medikasie deur 'n kliniek by die provinsiale hospitaal in Potchefstroom aan MIV-positiewe pasiënte wat daarvoor kwalifiseer, uitgedeel.

- Die pasiënte deel hul MIV-positiewe status eerder met 'n vriend of vriendin as met familieledede.

4.3.4 OM DIE BEGRIP VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT SE FAMILIE RAKENDE MIV- EN VIGS-VERWANTE INLIGTING TE VERKEN EN TE BESKRYF: VRAELYS 2

Die tweede vraelys verken die begrip van die MIV-positiewe pasiënt se familieledede rakende MIV- en VIGS-verwante inligting en word ooreenkomstig die onderskeie afdelings van die vraelys bespreek.

Die vraelys in hierdie fase (Bylaag J) is in vier afdelings verdeel en word afsonderlik behandel, naamlik:

- Afdeling A - die biografiese inligting van die MIV-positiewe pasiënt se familie
- Afdeling B - die opleiding en skoling van die MIV-positiewe pasiënt se familie
- Afdeling C - die begrip van die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV- en VIGS-verwante inligting
- Afdeling D - die begrip van die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt rakende antiretrovirale medikasie en die gebruik daarvan deur die MIV-positiewe pasiënt

AFDELING A: BIOGRAFIESE INLIGTING

Eerstens word die resultate van die biografiese inligting van die MIV-positiewe pasiënt se familieledede bespreek. Die doel van hierdie vrae is om die leser in staat te stel om 'n algemene indruk te verkry van die ouderdom, taal, geslag, huwelikstatus, kerkgroep en finansiële status van die MIV-positiewe pasiënt se familieledede in die Potchefstroom-distrik van die Noordwes -Provinsie wat aan hierdie navorsing deelgeneem het.

Daar het 34 familieledede van die 79 MIV-positiewe pasiënte aan hierdie navorsing deelgeneem. Twaalf (35,2%) familieledede is manlik en 22 (64,7%) vroulik.

Die *geslag* van die familieledede as primêre versorgers van die 79 MIV-positiewe pasiënte is grafies in Diagram 4.17 aangedui.

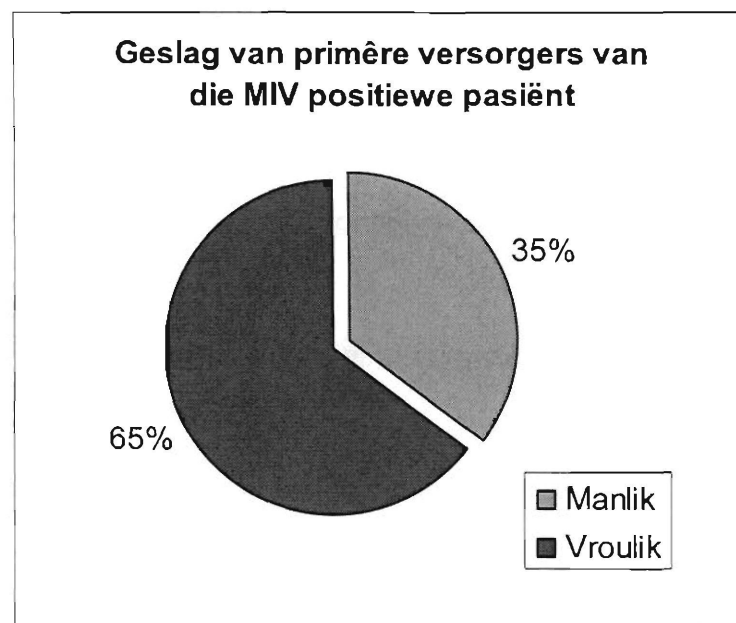


Diagram 4.17 Die geslag van die familieledede as primêre versorgers van MIV-positiewe pasiënte

Vroue is tradisioneel die versorgers van die familie, en dit kan moontlik die rede wees waarom meer vroue aan die studie deelgeneem het as mans. Volgens UNAIDS (2001:37) lê die grootste verantwoordelikheid vir die versorging van siek familieledede op die skouers van vroue en selfs ook kinders. Mc Geary (2001:34) beaam hierdie stelling, en hy is ook van mening dat dit tradisioneel veral jong vroue is wat terminaal siek familieledede versorg. Dit is daarom interessant dat 12 (35,2%) deelnemers manlik was wat as die primêre versorgers van die MIV-positiewe pasiënt optree.

Die *ouderdomsgroepe* van die meeste familieledede wat na die MIV-positiewe pasiënte in hierdie navorsing omsien, was tussen 34 en 41 jaar oud. Die noodsaak vir die bepaling van ouderdomme is om vas te stel watter ouderdomsgroepe die meeste deur MIV en VIGS geraak word, en ook om die ouderdomme van die familieledede as versorgers van MIV-positiewe pasiënte te bepaal. Alhoewel literatuur (Wessels, 2003: 89) dit stel dat ouderdomsgroepe wat die meeste geaffekteer is, dié is wat jonger as 20 jaar en ouer as 40 jaar is, dit nie in hierdie studie die geval is nie. Hierdie bevinding is in teenstelling met die algemene persepsie dat primêre versorgers gewoonlik bejaardes is en dat selfs ook kinders as versorgers optree.

Die *beroepstatus* van elf (33%) van die familieledede van die MIV-positiewe pasiënte as primêre versorgers staan in 'n beroep, en 22 (67%) is werkloos. Hierdie gegewens is in Diagram 4.18 uiteengesit.

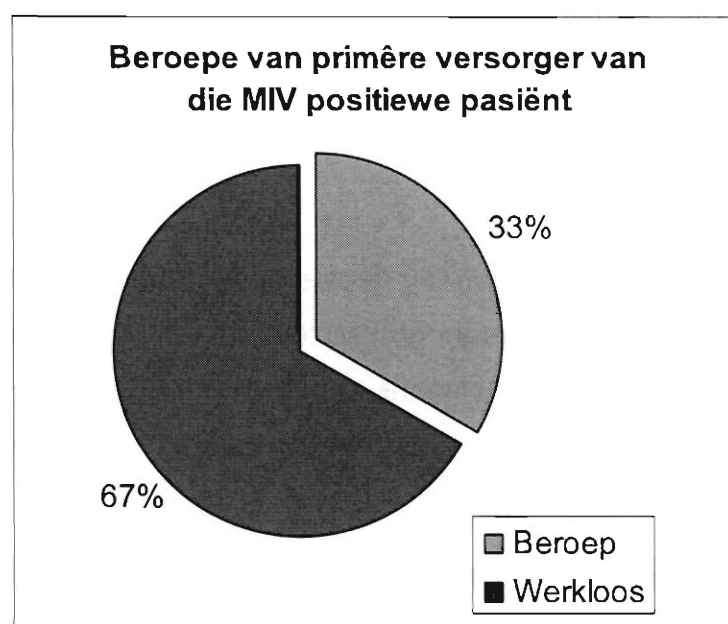


Diagram 4.18 Beroepstatus van die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt as versorgers

Die afleiding wat hier gemaak kan word, is dat hierdie groep deelnemers veronderstel is om ekonomies aktiewe persone te wees en dat die implikasie daarvan groot is vir die persoon se familie, veral finansiële gesproke. Die tendens het ongetwyfeld 'n impak op die sosio-maatskaplike funksionering van 'n familie, wat weer op armoede dui.

Die *inkomste* van 22 (67%) werklose familieledede van die MIV-positiewe pasiënte is hoofsaaklik die staatsubsidie wat hulle ontvang op grond van die MIV-positiewe status

van die pasiënt, wat insgelyks ook die werklose versorger van die MIV-positiewe pasiënt finansiëel moet dra.

Veertien (41%) familieledede het aangedui dat hulle deur familieledede onderhou word, en 'n verdere ses (17%) familieledede het aangedui dat hulle finansiëel deur bure en vriende ondersteun word. Andersins voorsien bure hulle van kos.

Die familieledede se maandelikse inkomste wissel hoofsaaklik tussen R500 en R1 000. Twee (5.2%) van die familieledede het aangedui dat hulle tussen R500 en R1 000 per maand verdien. Agt (3.3%) familieledede het aangedui dat hulle nie meer as R1 000 per maand verdien nie. Een (1.2%) familielid het aangedui dat sy inkomste meer as R1 000 per maand is.

Die afleiding wat hieruit gemaak kan word, is dat die meeste families van die MIV-positiewe pasiënt ook in uiters armoedige omstandighede funksioneer. Families wat reeds finansiëel en andersins swaarkry as gevolg van werkloosheid en armoede, gaan na verwagting nog swaarder kry deurdat hierdie families ook nog 'n siek familielid wat terminaal siek is, moet versorg. Wessels (2003:84) asook Karim en Karim (2005:352-353) bevestig bogenoemde stelling.

Die *taalvoorkeur* van die helfte van die deelnemers, naamlik 17 (41,1%), is hoofsaaklik Setswana. Agt (23.5%) deelnemers praat Sotho en drie (8,8%) het aangedui dat hulle Zoeloe-sprekend is. Dit is dus belangrik dat, wanneer riglyne vir families van die MIV-positiewe pasiënte opgestel word, dit juis so geformuleer moet word dat bogenoemde taalgroepe geakkommodeer word.

Dit is belangrik om die *huwelikstatus* vas te stel, aangesien die navorser wil bepaal of daar 'n eggenoot of eggenote teenwoordig is om met die versorging van die siek persoon te help, of dat die eggenoot/e moontlik die MIV-positiewe pasiënt is. Dit gebeur ook dat die huwelikstatus van hierdie groep deelnemers verskil. Meer as die helfte van die deelnemers, naamlik 18 uit 34 (52,9%), kom in die groep voor wat nie getroud is nie. Elf (32,3%) deelnemers het aangedui dat hulle getroud is, en die oorblywende ses (2.9%) deelnemers is geskei of hulle lewensmaats is reeds oorlede.

Bogenoemde dra daartoe by dat daar op ander familieledede en bure gesteun moet word om die siek persoon te versorg. Wessels (2003:19 en 90) noem dat nuwe vorme van huishoudings ook stadig besig is om pos te vat as gevolg van die uitwerking van MIV en

VIGS. Toenemende getalle mense in een huis is saamgevoeg om op hierdie wyse te oorleef (Karim & Karim 2005:352-353).

Van die 34 deelnemers aan die navorsing het 'n oorgrote meerderheid, naamlik 29 (85,2%), aangedui dat hulle wel aan 'n kerk behoort, en vyf (14,7%) het aangedui dat hulle aan geen kerk behoort nie. Die grootste aantal deelnemers behoort aan 'n kerk, en dit is noodsaaklik omdat die kerk as emosionele sowel as psigososiale steun vir die familieledede as primêre versorgers van die MIV-positiewe pasiënt kan dien (Van Dyk, 2001:320; Wessels, 2003: 91). Die biografiese inligting van die versorgers van die MIV-positiewe pasiënte is dus soortgelyk aan dié van die MIV-positiewe pasiënte self wat aan hierdie navorsing deelgeneem het, en die data ten opsigte van hierdie twee groepe word na afloop van hierdie bespreking vergelyk.

AFDELING B: OPLEIDING EN ONDERRIG

Die meerderheid deelnemers, naamlik agt en twintig (82,3%), het skoolonderrig ontvang, terwyl ses (17,6%) geen skoolopleiding gehad het nie. Negentien (55,8%) familieledede van die MIV-positiewe pasiënt het net tot êrens tussen graad 1 en graad 10 gevorder en is dus nie baie hoog geskool nie.

Die gevolgtrekking wat hier gemaak word, is dat die deelnemers nie baie hoog geskool is nie, en dat riglyne wat vir hierdie deelnemers saamgestel word, op so 'n wyse gedoen moet word dat hulle sal kan baat vind daarby om die MIV-positiewe pasiënt te kan ondersteun. Hierdie gegewens is grafies in 'n segment voorstelling in Diagram 4.19 aangedui.

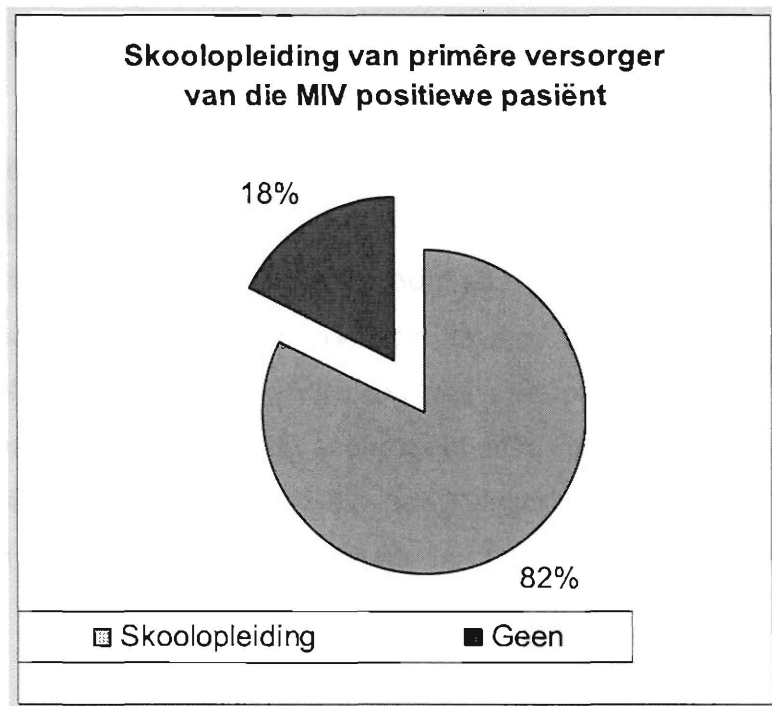


Diagram 4.19 Skoolopleiding van familieledede van die MIV-positiewe pasiënt as primêre versorgers

Die graad van skoolopleiding van deelnemers is grafies in 'n histogram in Diagram 4.20 voorgestel.

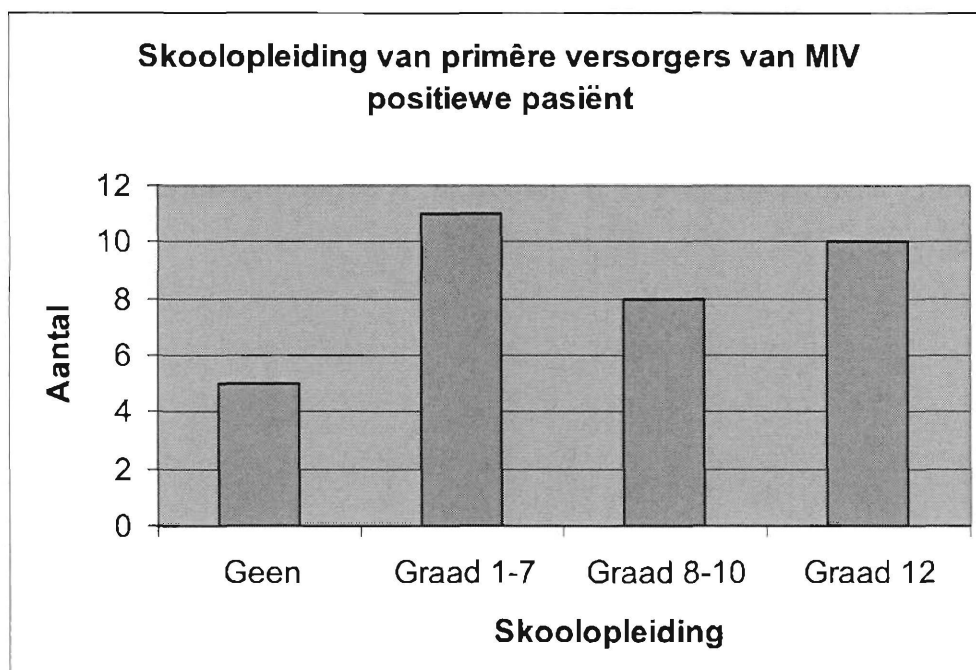


Diagram 4.20 Die graad van die skoolopleiding van die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt as primêre versorgers

Van die 34 familieledede van die MIV-positiewe pasiënte in hierdie navorsing weerspieël die skoolastiese opleiding as volg, naamlik:

- Elf (32,3%) deelnemers het slegs tot Graad 7 gevorder,
- Agt (23,5%) deelnemers het tot tussen Graad 8 en Graad 10 gevorder,
- Tien (29,41%) deelnemers het Graad 12 behaal,
- Geen (0%) deelnemers het geen tersiëre opleiding ondergaan nie,
- Vyf (21,10%) deelnemers het geen opleiding ondergaan nie,

Tien (29.4%) familieledede as deelnemers het slegs tot graad 12 gevorder en geeneen van die familieledede het tersiëre opleiding ontvang nie. Weereens blyk dit dat die onderrigvlak van die familieledede soortgelyk is aan dié van die MIV-positiewe pasiënt met implikasies vir die oordrag van inligting soos in Hoofstuk 5 bespreek sal word.

AFDELING C: BEGRIP VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT SE FAMILIE RAKENDE MIV EN VIGS

In hierdie afdeling word die begrip van die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt wat aan hierdie navorsing deelgeneem het rakende MIV en VIGS, weergegee.

Op die vraag of 'n persoon gesond kan lyk terwyl hy MIV-positief is, het die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 27 (79.4%), gesê dat 'n persoon wel nog gesond kan lyk as hy MIV-positief is, terwyl vyf (14.7%) gemeen het dat 'n persoon nie gesond kan lyk terwyl hy MIV-positief is nie. Twee (5.8%) was onseker.

Die vrae wat gehandel het oor seksuele oordrag en die verband tussen MIV/VIGS en seksuele praktyke, seksueel oordraagbare siektes en kondoomgebruik, is as volg beantwoord:

- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 32 (94.1%), het gemeen dat die MI-virus wel voorkom kan word as 'n kondoom tydens geslagsomgang gebruik word, en twee (5,8%) het gemeen dat kondoomgebruik nie die oordrag van die MI-virus kan voorkom nie.
- Op die vraag of die oordrag van die MI-virus by 'n persoon wat reeds 'n seksueel oordraagbare infeksie het, makliker plaasvind, het die oorgrote meerderheid

deelnemers, naamlik 28 (82,3%), gemeen dat 'n persoon met 'n seksueel oordraagbare infeksie makliker die MI-virus kan kry, terwyl drie (8,82%) gesê het dat dit nie noodwendig die geval is nie. Drie (8,82%) was onseker.

- Die vraag of 'n vrou makliker met die MI-virus geïnfecteer kan raak as 'n man, is bevestigend deur die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 28 (82,3%), beantwoord. Drie (8,82%) deelnemers het ontkenkend geantwoord, en drie (18,9%) was onseker.
- Of homoseksuele verhoudings die verspreiding/oordrag van MI-virus kan bevorder, het die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 25 (73,5%), gemeen dat hierdie tipe verhoudings bevorderlik is vir die oordrag van die MI-virus. Drie (8,82%) was van mening dat dit nie die geval is nie, en ses (17,6%) was onseker.
- Die vraag of orale seks die verspreiding van die MI-virus bevorder, is deur die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 25 (70,5%), beaam en vyf (14,7%) deelnemers het gemeen dat orale seks nie die verspreiding van MI-virus kan bevorder nie. Vier (17,7%) was onseker.
- Op die vraag of meervoudige seksmaats die verspreiding van die MI-virus kan bevorder, het die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 28 (82,3%), bevestigend geantwoord, terwyl drie (8,82%) van mening was dat meer as een seksmaat nie die voorkoms van MIV en VIGS kan verhoog nie. Twee (5,8%) was onseker.

Bogenoemde inligting wat die begrip van die familieledede van die MIV-positiewe pasiënte verken is grafies in Diagram 4.21 voorgestel.

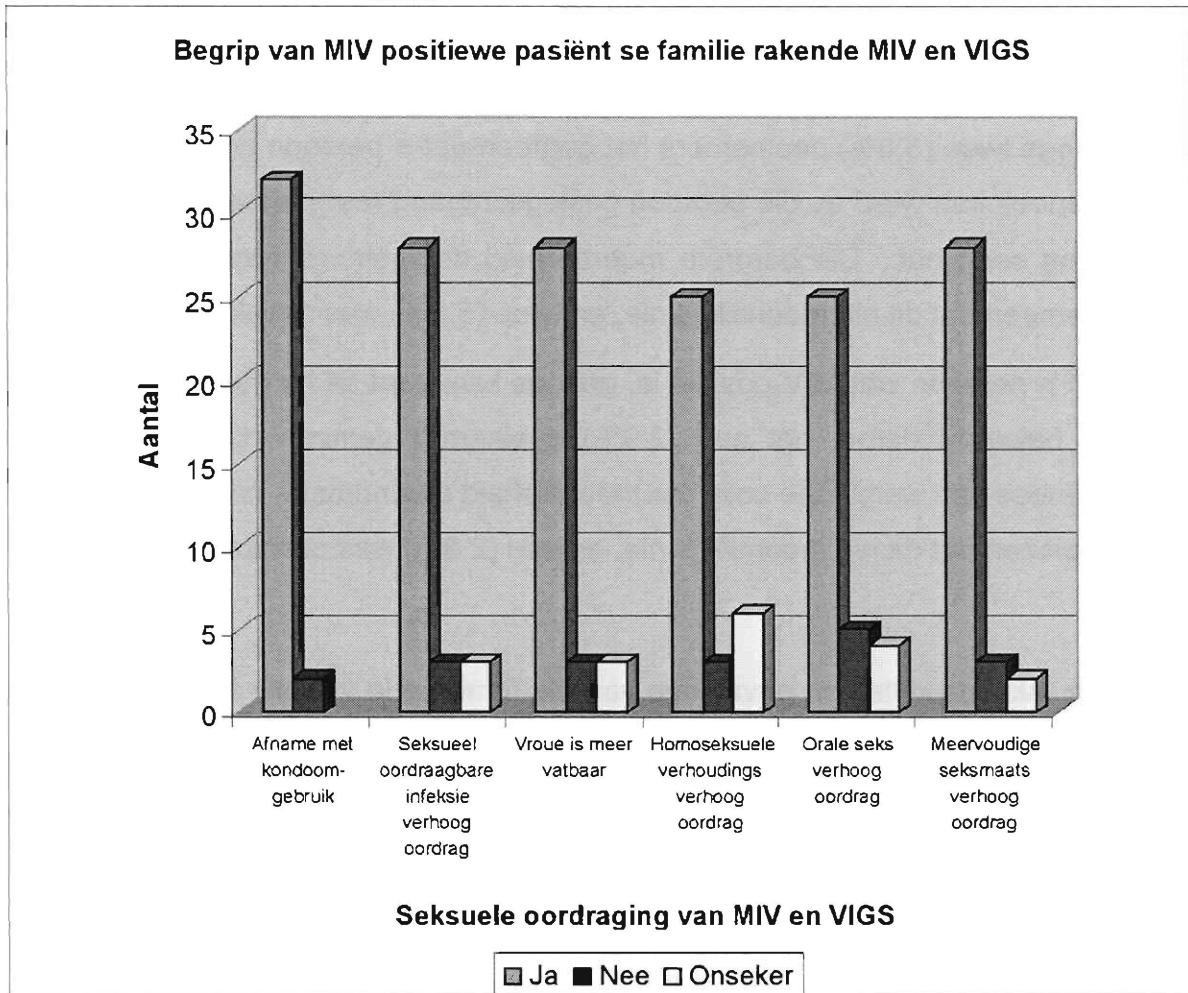


Diagram 4.21 Begrip van die MIV-positiewe pasiënt se familieledede rakende MIV en VIGS

As die inligting van hierdie vraag ten opsigte van die MIV-positiewe pasiënt en dié van die versorger vergelyk word, is dit duidelik dat beide groepe tog begrip toon, veral ten opsigte van kondoomgebruik, seksueel oordraagbare infeksies en meervoudige seksmaats. Vrae oor homoseksualiteit, orale seks en oordrag van die virus word deur beide groepe minder goed beantwoord, dog daar is wel begrip. Die afleiding wat oor hierdie afdeling gemaak kan word, is dat, alhoewel 'n groot persentasie van die deelnemers begrip van die oordrag van die MI-virus toon, daar steeds 'n leemte ten opsigte hiervan bestaan, wat bevestig word deur die hoeveelheid deelnemers wat onseker was of wat vrae verkeerd beantwoord het.

Op die vrae wat aan familieledede van die MIV-positiewe pasiënt oor mites, opvattinge en seksuele oordrag van die MI-virus gestel is, is as volg geantwoord:

- Slegs twee (5.8%) deelnemers het gemeen dat 'n persoon wat MIV-positief is, wel genees kan word as dié persoon geslagsomgang met 'n maagd, jong meisie en/of jong seun het. Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 30 (88,2%), het gemeen dat dit nie moontlik is nie, en twee (5.8%) was onseker.
- Of 'n persoon wat MIV-positief is, genees kan word as hy geslagsomgang het met 'n bejaarde dame, het een (2.9%) deelnemer gemeen dat so 'n persoon wel genees kan word. Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 32 (94.1%), het gemeen dat dit nie moontlik is nie, en een (2,9%) was onseker.

Inligting rakende mites en opvattinge van die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt is in Diagram 4.22 uiteengesit.

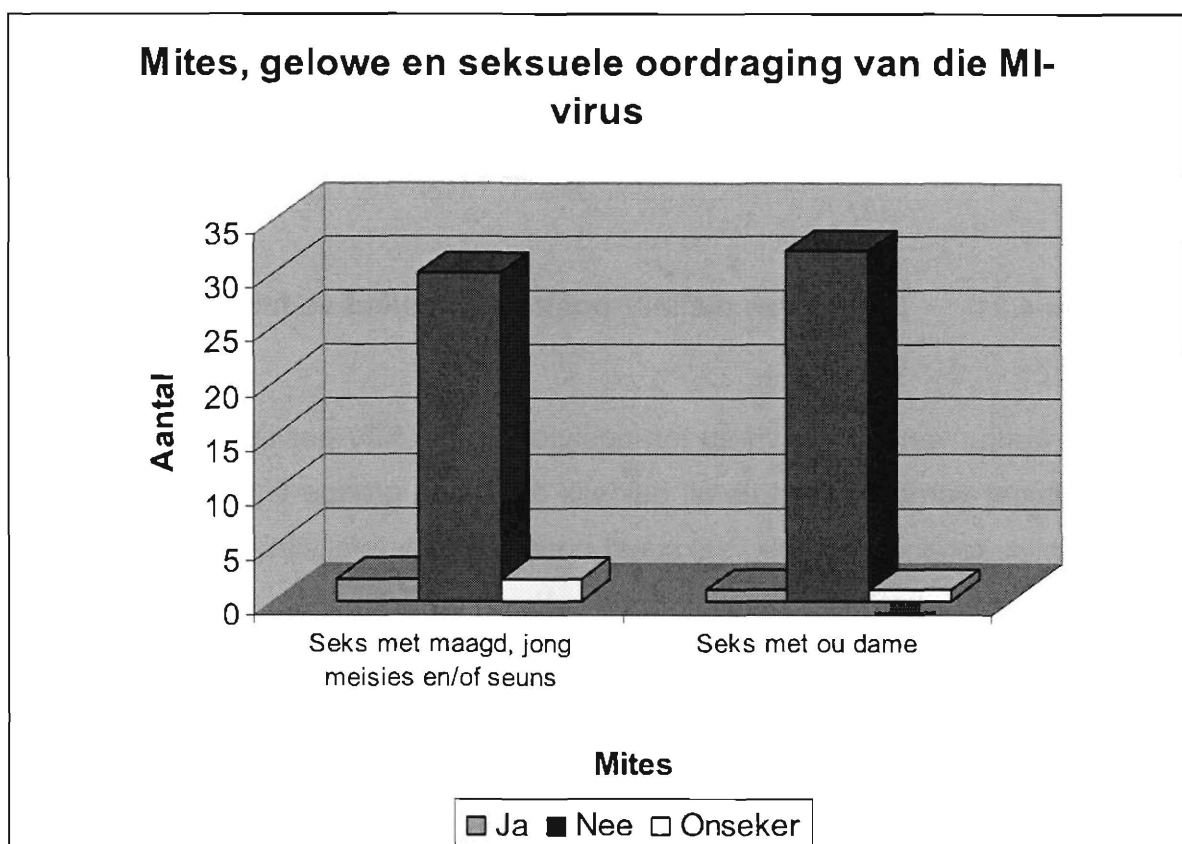


Diagram 4.22 Mites en opvattinge van die MIV-positiewe pasiënt se familieledede rakende MIV en VIGS

As hierdie resultate in verband gebring word met die MIV-positiewe pasiënt en sy familieledede wat hom besorg, word dit duidelik dat beide groepe gemeen het dat MIV nie deur die aanhang van mites genees kan word nie, maar dat daar steeds aan mites geglo word en dat daar ook nog onsekerheid in hierdie verband heers.

Die gevolgtrekking waartoe uit hierdie antwoorde gekom is, is dat die oorgrote meerderheid deelnemers mites en opvattinge nie aanvaar as metode om die MI-virus te vernietig nie. Daar is wel nog steeds wanpersepsie by bogenoemde groep en die navorser is van mening dat dringend op voorligting rakende hierdie onderwerp ingegaan moet word.

Op die vrae oor sosiale optrede en die oordraagbaarheid van die MI-virus het die deelnemers aan hierdie navorsing as volg geantwoord:

- Met betrekking tot die vraag of die MI-virus oorgedra kan word as 'n MIV-positiewe persoon hoë of nie en speeksel dan op 'n ander persoon beland, het vier (11,76%) deelnemers bevestigend geantwoord. Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 29 (85,2%), het ontkennend geantwoord, en een (2,9%) was onseker.
- Op die vraag of die MI-virus deur aanraking oorgedra word, het twee (5,8%) deelnemers gemeen dat die MI-virus wel so oorgedra word, en 30 (83%) het gesê dat die virus nie so oorgedra word nie. Een (2,9%) deelnemer was onseker en een deelnemer beantwoord nie die vraag nie.
- Die vraag of die MI-virus deur 'n soen oorgedra word, is deur sewe (20,5%) deelnemers beaam. Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 26 (26%), het gesê dat die virus nie so oorgedra word nie, terwyl een (2,9%) onseker was.
- Op die vraag of die MI-virus oorgedra kan word deurdat die MIV-positiewe pasiënt 'n bord of 'n telefoon met 'n ander deel, het twee (5,8%) deelnemers gemeen dat die MI-virus wel so oorgedra word. Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 30 (88,2%), het gemeen dat die MI-virus nie so oorgedra word nie, en een (2,9%) was onseker en een deelnemer beantwoord nie die vraag nie.

Die antwoorde op hierdie vrae is ook grafies in Diagram 4.23 geïllustreer.

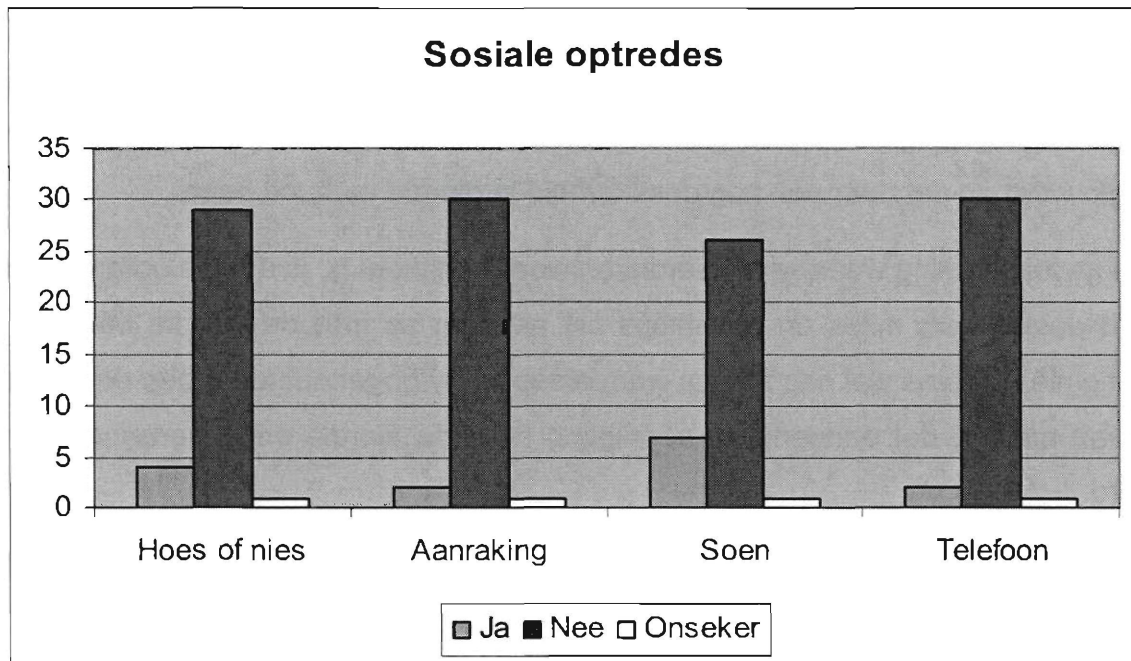


Diagram 4. 23 Sosiale optredes en oordraagbaarheid van die MI-virus

As die resultate van die twee groepe vergelyk word, wil dit voorkom of beide groepe wel begrip rakende sosiale oordrag en MIV toon, maar dat meer inligting hieroor nodig is.

Die gevolgtrekking waartoe gekom word deur bogenoemde antwoorde van familieledes van die MIV-positiewe pasiënte wat as versorger optree, aan die navorsing deelgeneem het, te ontleed, is dat die oorgrote meerderheid deelnemers sosiale optrede en die oordraagbaarheid van MIV en VIGS korrek beantwoord het, maar dat daar steeds wanopvattinge oor MIV en VIGS by hierdie deelnemers voorkom.

Op die vrae aan die familieledes van die MIV-positiewe pasiënt as deelnemers aan hierdie navorsing ten opsigte van die oordrag van die MI-virus en die verband tussen die MI-virus en bloed, naalde en skerp voorwerpe, is as volg geantwoord:

- Met betrekking tot die vraag of die MI-virus oorgedra word as bloed van 'n persoon wat MIV-positief is, ontvang word, het die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 31 (91,17%), gemeen dat dit moontlik is. Twee (5,8%) deelnemers het gemeen dat die MI-virus nie so oorgedra kan word nie, en een (2,9%) was onseker.
- Op die vraag of die MI-virus deur besmette naalde oorgedra word, het die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 22 (64,7%), gemeen dat dit moontlik is. Twee

(5.8%) deelnemers het gemeen dat dit nie moontlik is nie, sewe (20.5%) was onseker en drie deelnemers beantwoord nie die vraag nie.

- Die vraag of die MI-virus deur tatoeëring oorgedra word, is bevestigend deur 13 (38,2%) deelnemers beantwoord, en 13 (38,2%) deelnemers het gemeen dat dit nie moontlik is nie. Sewe (20,5%) was onseker. Een deelnemer (2,9%) het die vraag nie beantwoord nie.
- Op die vraag of die MI-virus deur skeermeslemme en ander skerp voorwerpe oorgedra word, het 11 (32.3%) deelnemers gemeen dat dit moontlik is. Meer as die helfte van die deelnemers, naamlik 19 (55%), het gemeen dat dit nie moontlik is nie, en vier (11,76%) was onseker.

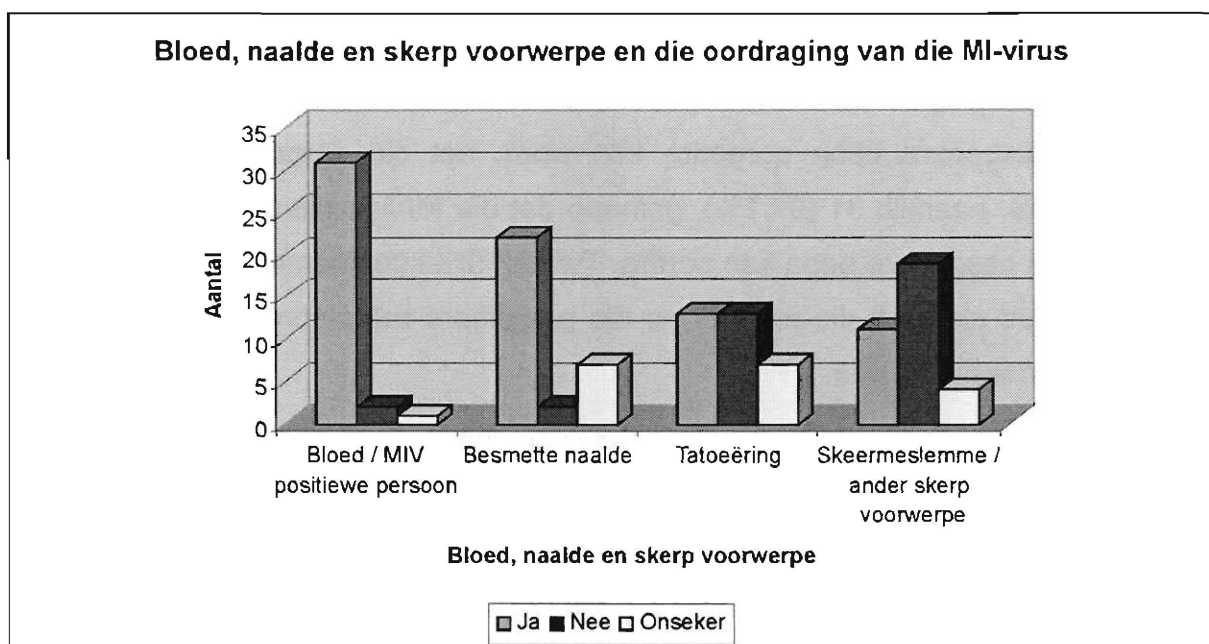


Diagram 4.24 Begrip van oordrag van die MI-virus deur bloed, naalde en skerp voorwerpe

Die afleiding wat hieruit gemaak word, is dat 'n baie groot leemte steeds voorkom ten opsigte van die begrip van MIV- en VIGS-verwante inligting en die oordrag van die MI-virus. Die navorser is van mening dat, alvorens korrekte inligting wat die gemeenskap reg verstaan en begryp, oorgedra word, geen positiewe optrede in die bekamping van MIV en VIGS geslaagd kan wees nie. Die kennis van die MIV-positiewe pasiënt en dié se familieledes kom hier ooreen en beide groepe toon begrip van die oordrag van die MI-virus deur bloed en naalde, maar beide groepe toon minder begrip van die oordrag van die MIV-virus deur tatoeëring en ander skerp voorwerpe en messe soos besmette

skeermeslemme. Daar kom egter steeds 'n leemte by beide hierdie groepe voor en die navorser beoog om hierdie tekortkominge in die gestelde riglyne te ondervang.

Die vrae wat handel oor die oordrag van die MI-virus en die verband tussen die virus en swangerskap, die geboorteproses en borsvoeding, het die deelnemers as volg beantwoord:

- Met betrekking tot die oordrag van die MI-virus gedurende swangerskap deur die MIV-positiewe moeder op die fetus, dui die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 26 (76,4%), aan dat die MIV-positiewe moeder die MI-virus op die fetus kan oordra. Ses (17,6%) deelnemers het aangedui dat die MI-virus nie deur die MIV-positiewe moeder op die fetus oorgedra kan word nie. Twee (5,8%) deelnemers was onseker.
- Op die vraag of die MI-virus gedurende baring deur die MIV-positiewe moeder op die pasgebore baba oorgedra kan word, het die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 31 (91.1%), gemeen dat die MIV-positiewe moeder die MI-virus op die pasgebore baba kan oordra. Twee (5.8%) deelnemers het aangedui dat die MI-virus nie deur die moeder op die pasgebore baba oorgedra word nie, en een (2.9%) was onseker.
- Die vraag of die MI-virus tydens borsvoeding deur die MIV-positiewe moeder op die baba oorgedra kan word, is deur die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 29 (85,2%), bevestigend beantwoord. Slegs vier (11,76%) deelnemers het ontkennend hierop geantwoord en een (2.9%) deelnemer was onseker.

Die afleiding wat hieruit gemaak kan word, is dat die meerderheid van hierdie vrae positief beantwoord is, en wil dit dus voorkom of die oorgrote meerderheid MIV-positiewe pasiënte en familieledede begrip het van die oordrag van die MI-virus tydens swangerskap, die baringsproses en borsvoeding, maar dat daar steeds 'n mate van onsekerheid rakende hierdie onderwerpe heers.

Bogenoemde inligting is grafies in Grafiek 4.25 voorgestel.

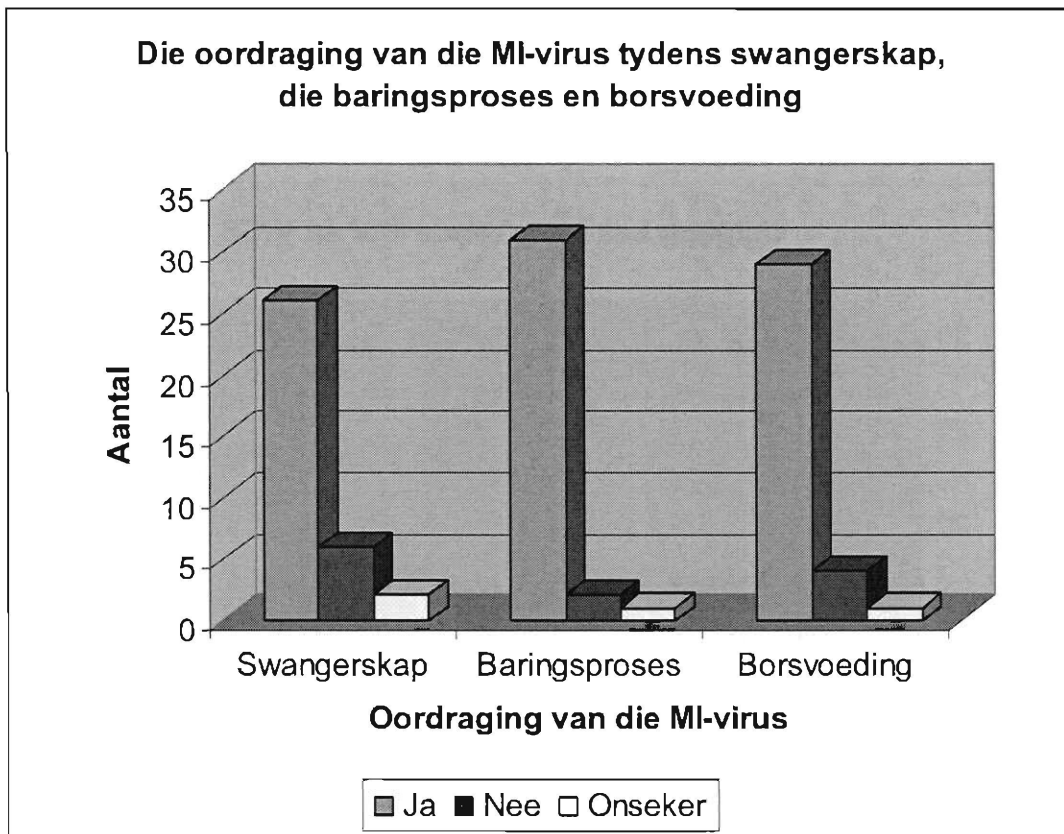


Diagram 4.25 Begrip van rakende inligting oor die oordrag van die MI-virus tydens swangerskap, die baringsproses en borsvoeding

Op die vraag ten opsigte van waar die familieledede van die MIV-positiewe pasiënte hulle inligting rakende MIV en VIGS bekom het, het die deelnemers as volg gereageer:

- 29 (82.5%) deelnemers het inligting deur 'n gesondheidswerker by een van die agt primêre gesondheidsorgklinieke bekom.
- 16 (47%) deelnemers het inligting uit tydskrifte bekom.
- Vyf (14.7%) deelnemers het inligting tydens hulle skoolloopbaan bekom.
- 29 (85.2%) deelnemers het inligting op TV- en die radioprogramme bekom.
- 30 (88.2%) deelnemers het inligting via ander familieledede bekom.

Die navorser wil daarop wys dat die deelnemers meer as een item ten opsigte van waar hulle MIV- en VIGS-verwante inligting bekom het, kon aandui.

Dit wil voorkom of die oorgrote meerderheid deelnemers inligting rakende MIV- en VIGS-verwante inligting via familieledede, gesondheidswerkers en ook op TV en radio-

programme bekom het. Bogenoemde response van familieledede van die MIV-positiewe pasiënt rakende inligtingsbronne ten opsigte van MIV en VIGS is grafies in Diagram 4.26 voorgestel.

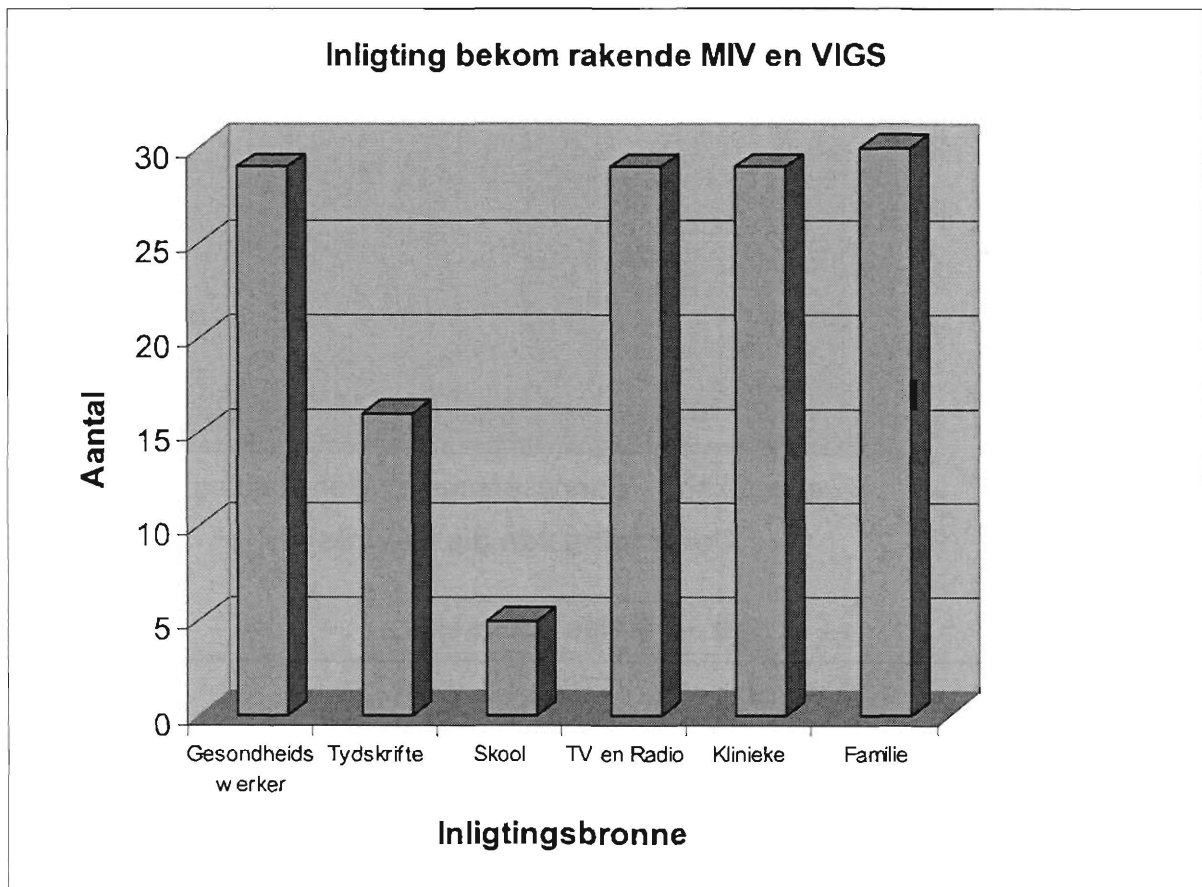


Diagram 4.26 Inligtingsbronne van familieledede rakende MIV en VIGS

As hierdie response van die deelnemende familieledede met dié van die deelnemende MIV-positiewe pasiënte vergelyk word, wil dit voorkom of die gesondheidswerker vir beide hierdie groepe die meeste betrokke is by oordrag van MIV- en VIGS- verwante inligting. Dit blyk ook dat die media soos die radio, TV en ook tydskrifte benut word. Inligting wat deur die skool as inligtingsbron bekom word, word deur geneen van die twee groepe noemenswaardig uitgewys nie.

Die navorser beveel dus aan dat MIV- en VIGS- verwante inligting wat deur gesondheidswerkers aangebied word, veral deur middel van indiensopleiding aan die werkers, bygewerk moet word. Die gesondheidswerker speel 'n belangrike rol in die gemeenskap, en die meeste deelnemers het aangedui dat die gesondheidswerker 'n belangrike skakel is net betrekking tot die oordrag van MIV- en VIGS- verwante inligting.

Op die vrae wat gestel is met die oog daarop om die begrip van die familieledede van die MIV-positiewe pasiënte rakende die simptome wat in die vroeë stadium van MIV en VIGS voorkom, te verken, het die familieledede van die MIV-positiewe pasiënte as deelnemers as volg geantwoord:

- Meer as die helfte van die deelnemers, naamlik 18 (52.9%), het aangedui dat vergrote limfnodes wel voorkom. Sewe (20.5%) deelnemers het gemeen dat limfnodes nie vergroot nie, agt (23.5%) was onseker en een deelnemer beantwoord nie die vraag nie.
- Byna die helfte van die deelnemers, naamlik 16 (47%), het aangedui dat koors wel voorkom en agt (23.5%) het gemeen dat koors nie voorkom nie. Tien (29.4%) was onseker.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 26 (76.4%), het aangedui dat 'n veluitslag voorkom, en vier (11.76%) het gemeen dat 'n veluitslag nie voorkom nie. Vier (11.76%) was onseker.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 22 (64.7%), het aangedui dat spierpyne wel voorkom, en sewe (20.5%) het gemeen dat spierpyne nie voorkom nie. Vyf (14.7%) was onseker.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 24 (70.5%), het aangedui dat moegheid wel in die vroeë stadium van MIV en VIGS voorkom, en vier (11.76%) het gemeen dat moegheid nie voorkom nie. Ses (17.6%) was onseker.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 27 (79.4%), het aangedui dat mondsere wel in die vroeë stadium van MIV en VIGS voorkom. Ses (17,6%) deelnemers het gemeen dat mondsere nie voorkom nie, en een (2.9%) was onseker.
- Meer as die helfte van die deelnemers, naamlik 19 (55.8%), het aangedui dat 'n seer keel wel in die vroeë stadium van MIV en VIGS voorkom. Ses (17.6%) deelnemers het gemeen dat 'n seer keel nie voorkom nie, en nege (26.4%) deelnemers was onseker.
- Meer as die helfte van die deelnemers, naamlik 19 (55.8%), het aangedui dat hoes wel in die vroeë stadium van MIV en VIGS voorkom. 5 (17.6%) deelnemers het gemeen dat hoes nie voorkom nie, en tien (29.4%) was onseker.

- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 28 (82.35%), het aangedui dat gewigsverlies wel in die vroeë stadium van MIV en VIGS voorkom. Vier (11.76%) het gemeen dat gewigsverlies nie voorkom nie, en twee (5.8%) was onseker.
- Tien (29.4%) deelnemers het aangedui dat nagsweet wel in die vroeë stadium van MIV en VIGS voorkom. Ses (47%) deelnemers het gemeen dat nagsweet nie voorkom nie, en 18 (52.94%) was onseker.

Hierdie inligting is ook grafies in Diagram 4.27 geïllustreer.

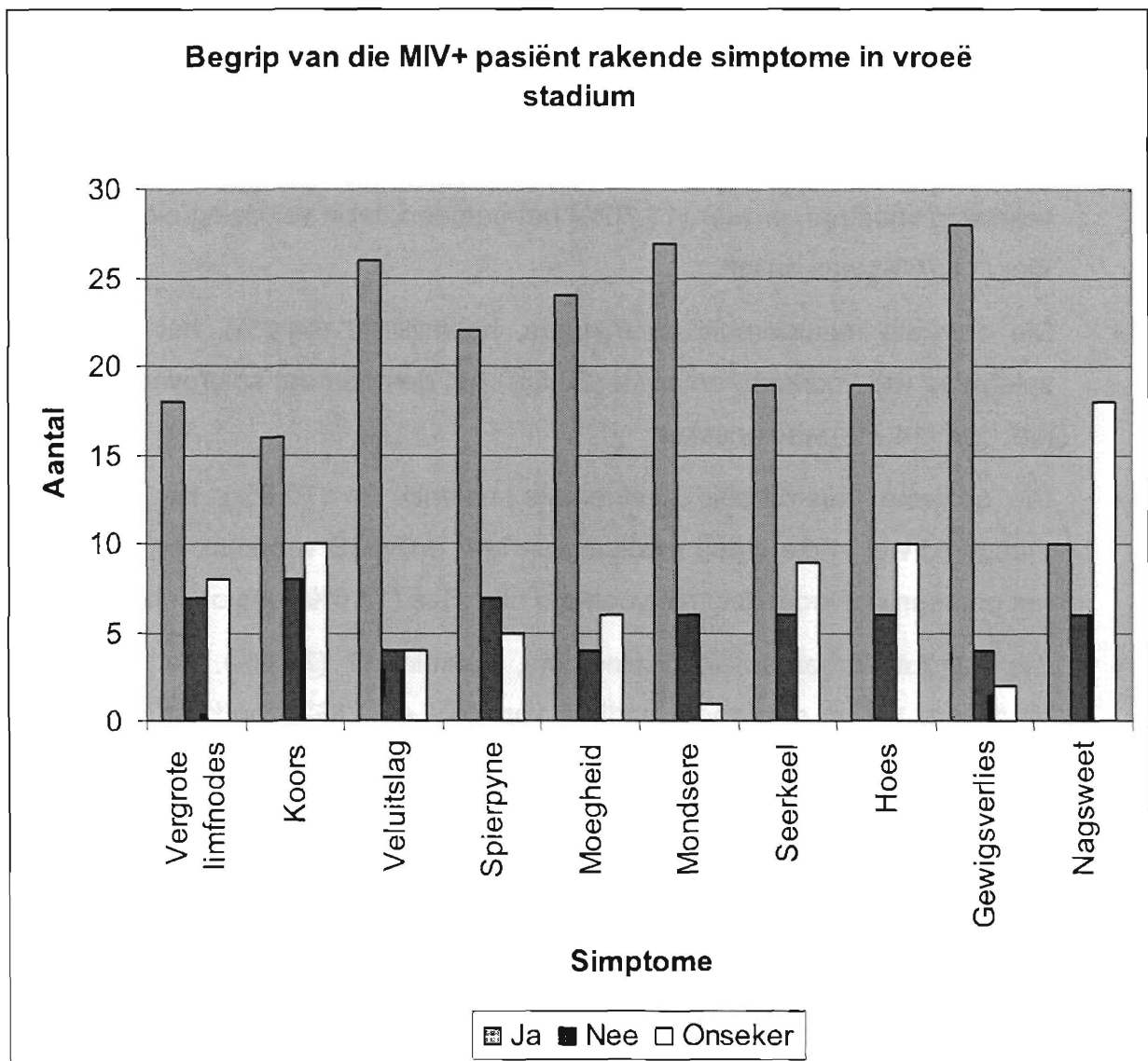


Diagram 4.27 Begrip van Familielede van die MIV-positiewe pasiënt rakende vroeë simptome van MIV en VIGS

Die gevolgtrekking waartoe gekom word, is dat, hoewel die meerderheid deelnemers die korrekte antwoord verstrek het, daar nog te veel onkunde oor MIV en VIGS voorkom. Die navorser is van mening dat voorgestelde riglyne vir die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt in hierdie verband van waarde sal wees. Dit wil voorkom of beide die MIV-positiewe pasiënt en sy familieledede veral bewus is van veluitslag, mondserre en massa verlies, wat uitwendige simptome van VIGS is.

Op die vraag wat daarop gerig was om die begrip van die familieledede van die MIV-positiewe pasiënte rakende simptome wat in die latere stadium van MIV en VIGS voorkom, te verken, het die familieledede van die MIV-positiewe pasiënte as deelnemers as volg geantwoord:

- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 27 (79.4%), het aangedui dat hoes wel in die latere stadium van MIV en VIGS voorkom. Vier (11.76%) deelnemers het gemeen dat hoes nie voorkom nie, en drie (8.82%) was onseker.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 27 (79.4%), het aangedui dat 'n veluitslag voorkom. Vier (11.76%) deelnemers het gemeen dat 'n veluitslag nie voorkom drie (8.82%) was onseker.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 25 (73.5%), het aangedui dat vergrote limfnodes wel voorkom. Vier (11.76%) deelnemers het gemeen dat limfnodes nie vergroot nie, en vyf (14.7%) was onseker.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 23 (67.6%), het aangedui dat "Karposi Sarkoom" wel voorkom. Drie (8.82%) deelnemers het gemeen dat "Karposi Sarkoom" nie voorkom nie, en agt (23.5%) was onseker.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 29 (85.2%), het aangedui dat drastiese gewigsverlies wel in die laat stadium van MIV en VIGS voorkom. Vier (11.76%) deelnemers het gemeen dat dit nie die geval is nie, en een (2.9%) was onseker.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 30 (88.2%), het aangedui dat mondserre wel in die laat stadium van MIV en VIGS voorkom. Drie (8.82%) deelnemers het gemeen dat mondserre nie voorkom nie, en een (2.9%) was onseker.

Bogenoemde resultate van die navorsing dui daarop dat familieledede van die MIV-positiewe pasiënte wat aan hierdie navorsing deelgeneem het, wat reeds oor hulle

familielede se MIV-positiewe status ingelig is, wel begrip rakende MIV en VIGS toon en ook oor simptome wat hulle familieledes moontlik reeds het, maar dat onkunde steeds voorkom. Dit bring mee dat die familieledes van die MIV-positiewe pasiënt nie sy siekte-toestand verstaan nie, en die MIV-positiewe pasiënt gevolglik nie die nodige sorg en ondersteuning ontvang nie. Die navorser is die mening toegedaan dat die geaffekteerde families hulle eie sterktes sal kan ontdek en benut om hulle familieledes wat VIGS het, te ondersteun, indien hulle die duidelike riglyne en ondersteuningsprogramme wat reeds bestaan sou volg.

Hierdie inligting is ook grafies in Diagram 4.28 voorgestel.

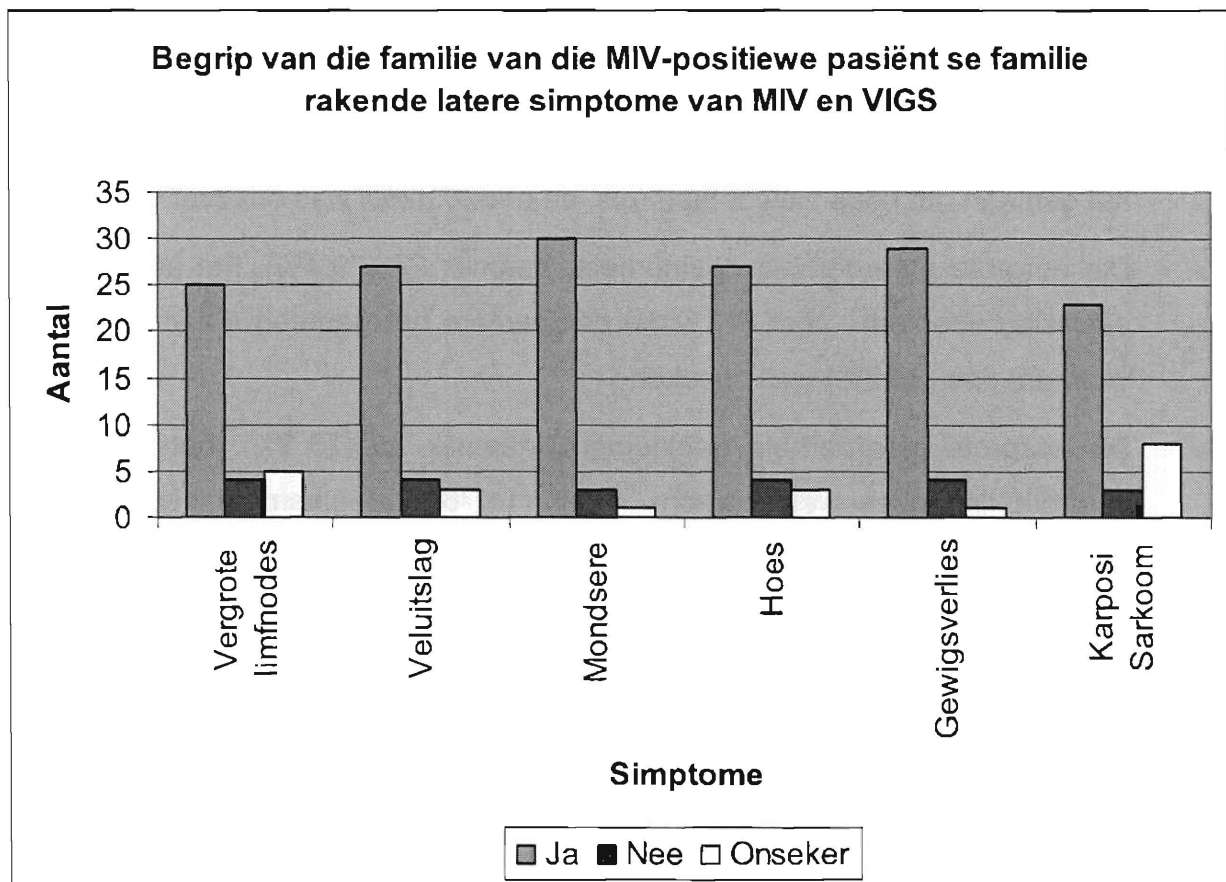


Diagram 4.28 Begrip van familieledes van die MIV-positiewe pasiënt rakende latere simptome van MIV en VIGS

Bogenoemde inligting uit die resultate van die navorsing dui daarop dat familieledes van die MIV-positiewe pasiënte tog begrip van MIV en VIGS toon, asook van simptome wat hulle familieledes moontlik reeds het, maar dat daar steeds onkunde heers wat deur die oordrag van korrekte inligting rakende MIV en VIGS en die aanleer van vaardighede oorbrug kan word.

AFDELING D: OM DIE BEGRIP VAN DIE FAMILIELEDE VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNTE RAKENDE ANTIRETROVIRALE MEDIKASIE TE BEPAAL

Met betrekking tot die vrae wat daarop gemik was om die begrip van die MIV-positiewe pasiënt se familieledede rakende antiretrovirale medikasie te verken, het die deelnemers as volg geantwoord:

- Op die vraag of daar antiretrovirale medikasie by klinieke beskikbaar is, het die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 30 (88.2%), genoem dat daar wel antiretrovirale medikasie beskikbaar is. Een (2.9%) deelnemer het genoem dat antiretrovirale medikasie nie by klinieke beskikbaar is nie, maar wel by die provinsiale hospitaal in Potchefstroom. Drie (8.8%) deelnemers het die vraag nie beantwoord nie.
- Die vraag of die lewensgehalte van die MIV-positiewe pasiënt met die gereelde en streng gebruik van antiretrovirale medikasie verbeter, is bevestigend deur 13 (38.2%) deelnemers beantwoord. Een (2.9%) deelnemer het ontkennend geantwoord, en 20 (58,8%) was onseker
- Ses (17.6%) deelnemende familieledede het aangedui dat die MIV-positiewe pasiënt ook van alternatiewe medikasie en kruie gebruik maak. Die oorgrote meerderheid deelnemende familieledede, naamlik 28 (82.3%), het aangedui dat die MIV-positiewe pasiënt slegs voorgeskrewe antiretrovirale medikasie gebruik.
- Op die vraag of antiretrovirale medikasie die oordrag van die MI-virus kan verhoed, het die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 29 (85.2%), gemeen dat dit die geval is. Drie (8.8%) deelnemers het gemeen dat die gebruik van antiretrovirale medikasie nie die oordrag van MIV en VIGS kan verhoed nie. Twee (5.8%) was onseker.
- Met betrekking tot die vraag of antiretrovirale medikasie daagliks deur die MIV-positiewe pasiënt geneem moet word, het die oorgrote meerderheid deelnemers, naamlik 23 (67.6%), genoem dat dit die geval is, en 11(32.3%) deelnemers het genoem dat dit nie nodig is om daagliks antiretrovirale medikasie te neem nie.
- Op die vraag of antiretrovirale medikasie die MIV-positiewe pasiënt siek laat voel, het nege (26.4%) deelnemers genoem dat dit die geval is. Die oorgrote meerder-

heid deelnemers, naamlik 22 (64.7%), het genoem dat hulle familieledede nie siek voel na die neem van antiretrovirale medikasie nie.

Die tipe alternatiewe medikasie wat wel geneem word, is veral kruie en 'n kruie-drankie, naamlik "Aloextra". Die MIV-positiewe pasiënte se familieledede beweer dat hierdie alternatiewe kruiebehandeling die MIV-positiewe pasiënte meer energie gee en dat dit hulle gestel opbou.

Antiretrovirale medikasie is tans by geeneen van die agt primêre gesondheidsorg-klinieke in Potchefstroom beskikbaar nie; alle MIV-positiewe pasiënte wat daarvoor kwalifiseer om antiretrovirale medikasie te mag gebruik, ontvang hulle medikasie maandeliks by die provinsiale hospitaal in Potchefstroom.

Verdere afleidings wat gemaak kan word, is dat die navorser nie seker is of die deelnemers hierdie vraag reg verstaan het nie. Antiretrovirale medikasie is nie by klinieke beskikbaar nie. Die riglyne wat geformuleer word, sal sterk klem lê op hierdie inligting.

4.3.5 OPSOMMENDE AFLEIDINGS GEMAAK UIT RESULTATE TENOPSIGTE VAN VRAELYS 2

- Ouderdomsgroep waarbinne die meeste MIV-positiewe pasiënte val, is tussen dié tussen 34 en 41 jaar, en hulle behoort na verwagting ekonomies aktief te wees. Hulle moeilike posisie het dus 'n sosio-maatskaplike en finansiële inpak op die familie.
- Diegene in bogenoemde ouderdomsgroep moet ook noodgedwonge versorgingsrolle vervul waarvoor hulle nie altyd toegerus is nie, en tog verantwoordelikheid moet aanvaar.
- Die versorging van MIV-positiewe pasiënte geskied onder moeilike omstandighede en te midde van uiterste armoede, werkloosheid, en 'n gebrek aan die nodige kennis en vaardighede.
- Alhoewel Setswana die meeste deelnemers se voorkeurtaal was, was daar ook deelnemers wat Zoeloe- en Sotho-sprekend was.
- Meer as die helfte van die familieledede wat deelgeneem het, is nie getroud nie.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers behoort aan 'n kerk, naamlik 29 (85,2%).

- Deelnemers is wel bewus van die verband tussen die oordrag van die MI-virus en kondoomgebruik, seksueel oordraagbare infeksies, orale seks en veelvuldige seksmaats, maar dat daar steeds 'n mate van onsekerheid heers oor bogenoemde aspekte.
- Die meerderheid deelnemers weet dat die MI-virus deur bloed en besmette naalde oorgedra kan word, maar daar heers steeds onsekerheid hieroor.
- Deelnemers toon wel begrip van MIV- en VIGS-verwante inligting en van sosiale oordrag van die MI-virus, maar die inligting is nie duidelik nie, of nie almal verstaan hierdie inligting nie.
- Die oorgrote meerderheid deelnemers is bewus van die verband tussen die oordrag van die MI-virus en swangerskap, die baringsproses en borsvoeding, maar daar bestaan steeds 'n leemte met betrekking tot MIV- en VIGS-verwante inligting.
- Deelnemers bekom inligting rakende MIV en VIGS uit verskeie bronne; selfs via familieledede en ook die gezondheidswerker.
- Deelnemers toon tog begrip van vroeë simptome van MIV en VIGS, veral waar dit uitwendige simptome is soos veluitslag, mondsere en dramatiese gewigsverlies, maar daar bestaan steeds onkunde hieroor.
- Deelnemers toon tog begrip van latere simptome van MIV en VIGS, maar daar bestaan steeds onkunde hieroor.
- Wat betref die antiretrovirale medikasie, is die navorser onseker of die familieledede die vraag verstaan het, aangesien die meerderheid van hulle gemeen het dat antiretrovirale medikasie wel by klinieke beskikbaar is, terwyl dit nie die geval is nie.

4.4 VERGELYKING TUSSEN DIE RESULTATE VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNTE EN DIÉ VAN DIE FAMILIELEDE

Ten einde die ooreenstemmende vrae in vraelyste van pasiënte en dié van familieledede te kan vergelyk, is die Chronbach alphaswaardes van subafdelings bereken om vas te stel of een gemiddelde telling vir elke konsep weergegee kan word. "Interrelated items may be summed to obtain an overall score for each participant. Cronbach's coefficient alpha estimates the reliability of this type of scale by determining the internal

consistency of the test or the average correlation of items within the test." (Bron;0000). Hier is gebruik gemaak van SAS Institute Inc. se sagteware (SAS, 1999b:295).

Die bepaling van effekgroottes soos verwerk deur die Statistiese Konsultasiediens van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus, is in Tabel 4.7 uitgebeeld. Die response/antwoorde van elke subafdeling van die vraelyste wat op die MIV-positiewe pasiënt en die familieledede van hierdie pasiënte betrekking het, is ondersoek deur die Chronbach Alpha-koëffisiënt te bepaal wat die interne konsekwentheid van die subafdeling meet (Polit et al., 2001:307).

Tabel 4.6 Betroubaarheid van vroeë deur Chronbach alpha

Konstruk/Faktor	Chronbach alpha
Kennis van MIV en VIGS	0.86
Vroeë simptome van VIGS	0.90
Latere simptome van VIGS	0.88
Kennis rakende antiretrovirale medikasie	0.54

Dit is belangrik dat die konstruk met betrekking tot antiretrovirale medikasie alleenlik as betroubaar beskou kan word as die vraag, naamlik of hierdie medikasie by klinieke beskikbaar is, buite rekening gelaat word. Uit Tabel 4.6 is dit duidelik dat die konstrunkte 'n aanvaarbare (bo 0.5) tot hoë betroubaarheid (bo 0.7) toon, wat beteken dat die gemiddeld van elke konsep gebruik kan word om die MIV-positiewe pasiënte of familieledede van hierdie pasiënte se persepsies weer te gee. Die verskil in gemiddelde antwoorde van die MIV-positiewe pasiënte en hulle familieledede is vir praktiese betekenisvolheid ondersoek deur van Cohen se d-waardes gebruik te maak (sien Tabel 4.7).

Tabel 4.7

Bepaling van effekgroottes deur middel van Cohen se d-waarde

Konstruk/Faktor	MIV-positiewe pasiënt		Die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt		Effek-grootte (d)
	Gemiddeld	Standaard-afwyking	Gemiddeld	Standaard-afwyking	
Begrip rakende MIV en VIGS	0,82	0,11	0,80	0,21	0.10
Vroeë simptome	0,65	0,35	0,60	0,33	0.13
Latere simptome	0,69	0,36	0,75	0,34	0.17
Antiretrovirale medikasie	0,78	0,24	0,90	0,22	0.48

Uit Tabel 4.7 blyk dit dat daar in die praktyk nie 'n verskil is tussen die antwoorde van die MIV-positiewe pasiënte en dié van hulle familieledede aangaande MIV en VIGS en vroeë en latere simptome van VIGS nie, omdat die effekgroottes almal besonder klein is. Ten opsigte van antiretrovirale medikasie is daar 'n medium effek, wat daarop kan dui dat die familieledede van die MIV-positiewe pasiënte moontlik oor meer kennis van antiretrovirale medikasie beskik as die MIV-positiewe pasiënte self. 'n Mens moet egter versigtig wees met sulke interpretasies, omdat nie al die MIV-positiewe pasiënte hulle MIV-positiewe status aan hulle familieledede bekend gemaak het nie. Die aantal familieledede wat aan die navorsing deelgeneem het, is byna die helfte minder as die aantal MIV-positiewe pasiënte wat aan die navorsing deelgeneem het. Dit was dus net hierdie familieledede wat deelgeneem het wat ondersoek is en nie al die MIV-positiewe pasiënte se familieledede nie.

4.5 FINALE GEVOLGTREKKINGS UIT DIE NAVORSING VAN BEIDE VRAELYSTE

4.5.1 Die ouderdomsgroep waarbinne die meeste MIV-positiewe pasiënte val, is dié tussen 26 en 31 jaar, en die ouderdomsgroep waarbinne die meeste familieledede van MIV-positiewe pasiënte val, is dié tussen 34 en 41 jaar. Hier kan dus 'n verskil uitgewys word, maar beide groepe behoort na verwagting steeds ekonomies aktief te wees. Hierdie moeilike situasie waarin beide groepe hulle bevind, het 'n sosio-maatskaplike en finansiële inpak op sowel die MIV-positiewe pasiënt, as die familie en die gemeenskap.

- 4.5.2 Die werkloosheidsyfer onder MIV-positiewe pasiënte wat aan hierdie navorsing deelgeneem het, is hoog, naamlik 59 (4,4%), asook onder die familieledede van die MIV-positiewe pasiënte, naamlik 22 (64,7%). Hierdie aspek dui dan weer op uiterste armoede. Dit weer, het 'n ekonomiese sowel as sosio-maatskaplike impak op sowel die MIV-positiewe pasiënt as die familie en die gemeenskap. Die versorging van MIV-positiewe pasiënte geskied onder moeilike omstandighede en te midde van uiterste armoede.
- 4.5.3 Versorgingsrolle moet vervul word – iets waarvoor familieledede van die MIV-positiewe pasiënt nie altyd toegerus is nie, en waarvoor hulle ook nie die kennis en vaardighede het nie, terwyl hulle nogtans die verantwoordelikheid moet aanvaar.
- 4.5.4 Alhoewel Setswana die meeste deelnemers se voorkeurtaal was, was daar ook deelnemers wat Zoeloe- en Sotho-sprekend was.
- 4.5.5 Die grootste persentasie MIV-positiewe pasiënte en hulle familieledede was enkellopend, het in 'n saambly-verhouding gestaan of was geskei of was weduwees/wewenaars. Dus is dit nie 'n tradisionele gesin nie.
- 4.5.6 Die grootste aantal deelnemers het aan 'n kerk behoort.
- 4.5.7 Die oorgrote meerderheid deelnemers was nie hoog geskool nie, en sou dus kon baat vind by duidelike riglyne wat gestel word, asook by die bywoon van programme wat reeds beskikbaar is om sodoende sterktes in hulleself te ontdek, veral ten opsigte van opleiding en die aanleer van vaardighede om die MIV-positiewe pasiënt dus tuis te kan ondersteun.
- 4.5.8 Die oorgrote meerderheid MIV-positiewe deelnemers het voor- en natoetsberading ontvang en het genoem dat die gesondheidswerker ondersteunend en respekvol opgetree het. Slegs 17 (21.5%) het gevoel dat die gesondheidswerker veroordelend teenoor hulle gestaan het. Die oorgrote meerderheid deelnemers wat MIV-positief is, het genoem dat inligting duidelik en verstaanbaar oorgedra is.
- 4.5.9 Beide groepe, naamlik die MIV-positiewe pasiënte en die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt, het gemeen dat genesing vir MIV nie lê in die aanhang van mites nie. Daar word egter steeds in mites geglo, en 'n mate van onsekerheid heers ook nog in hierdie verband.

- 4.5.10 Die navorser sal verdere navorsing en 'n indringende studie oor mites voorstel.
- 4.5.11 Deelnemers is wel bewus van die verband tussen die oordrag van die MI-virus en kondoomgebruik, seksueel oordraagbare infeksies, orale seks en veelvuldige seksmaats, bloed en besmette naalde, sosiale oordrag van die MI-virus, die verband tussen die oordrag van die MI-virus en swangerskap, die baringsproses en borsvoeding, maar daar heers steeds 'n mate van onsekerheid oor bogenoemde aspekte, en onkunde bestaan steeds oor die oordrag van die MI-virus.
- 4.5.12 Deelnemers bekom inligting rakende MIV en VIGS uit verskeie bronne – selfs via familieledede, maar die gezondheidswerker in besonder speel 'n kardinale rol ten opsigte hiervan. Die navorser sal voorstel dat 'n indringende studie oor die voorligting rakende MIV en VIGS wat gezondheidswerkers gee, asook oor die kommunikasievaardighede van hierdie gezondheidswerkers onderneem moet word.
- 4.5.13 Deelnemers toon tog begrip van vroeë en latere simptome van MIV en VIGS, maar daar bestaan steeds onkunde hieroor. Dit was veral opmerklik dat die uiterlike simptome van VIGS soos veluitslag, mondseer en dramatiese gewigsverlies deur beide groepe uitgeken is.
- 4.5.14 Feitlik al die MIV-positiewe pasiënte wat aan die navorsing deelgeneem het, was dit eens dat kondome tydens geslagsomgang gebruik moet word en dat dit ook met die seksmaat bespreek word.
- 4.5.15 16 (20,3%) MIV-positiewe deelnemers het nog nie hulle MIV-positiewe status aan hulle families bekend gemaak nie, en die MIV-positiewe pasiënt wil om ander redes, soos vrees vir verwerping deur hulle families en ook weens moontlike stigmatisering nie hulle MIV-positiewe status openbaar maak nie.
- 4.5.16 Die hoofemas van MIV-positiewe deelnemers se antwoorde op die vraag oor hoe hulle deur hulle familieledede ondersteun wil word, kan kortliks opgesom word as fisies, instrumenteel, psigies, emosioneel, sosiaal en finansieel.
- 4.5.17 Die verstaanbaarheid van die vraag rakende die beskikbaarheid van antiretrovirale medikasie word bevraagteken, aangesien die meerderheid deelnemers gemeen het dat antiretrovirale medikasie wel by klinieke beskikbaar is, terwyl dit nie die geval is nie. Antiretrovirale medikasie is tans by geeneen van die agt

primêre gesondheidsorgklinieke in Potchefstroom beskikbaar nie, maar slegs by die provinsiale hospitaal in Potchefstroom.

Algemene aanbevelings sluit in dat families van die MIV-positiewe pasiënt bemagtig moet word om te kan kommunikeer en hulle behoeftes te kan uitspreek asook te kan luister (Wessels, 2003: 99). Die navorser stem ook met Wessels (2003:101) saam, dat nie alleen die familieledede nie, maar ook die gemeenskap bemagtig moet word. Die hantering van konflik wat ontstaan rakende rolle wat vervul moet word, en weens die feit dat die lede nie opgewasse is vir hierdie verantwoordelikhede nie, moet ook ondervang word (Wessels, 2003:102).

Die spesifieke riglyne wat deur die navorser saamgestel word, sal ten doel hê om die familieledede wat MIV-positiewe pasiënte tuis versorg, te bemagtig.

4.6 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is terugvoer gegee oor die resultate van die data-insamelingsproses (4.3 en 4.4). Die resultate wat voortgekom het uit die antwoorde op die vrae wat aan die MIV-positiewe pasiënte en hulle families gestel is, is ooreenkomstig die verskillende afdelings met gepaardgaande effekgroottes bespreek. Waardevolle inligting vir die MIV-positiewe pasiënt en sy familieledede is uit hierdie navorsing bekom en sal as basis dien vir die formulering van gevolgtrekkings en vir die opstel van riglyne

HOOFSTUK 5

GEVOLGTREKKINGS UIT NAVORSING EN RIGLYNE OM DIE FAMILIE VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT TE ONDERSTEUN, ASOOK TEKORTKOMINGE VAN DIE NAVORSING EN AANBEVELINGS VIR DIE PRAKTYK, ONDERRIG EN NAVORSING

5.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk het die navorser die resultate van die navorsing beskryf. Vervolgens word gevolgtrekkings weergegee en riglyne geformuleer om die familie van die MIV-positiewe pasiënt te bemagtig om sodoende genoemde pasiënte te versorg. Tekortkominge vir die verpleegpraktyk, -onderrig en -navorsing word aangedui en aanbevelings word gedoen. Laastens volg 'n evaluering van hierdie navorsing asook 'n algehele samevatting.

Hierdie navorsing maak deel uit van die groeponavorsingsprojek, Tswaragano, wat handel oor 'n ondersoek na die bevoegdhede, vermoëns en sterktes van die familie van die MIV-positiewe pasiënt tydens die ondersteuning van die pasiënt tuis (Wessels, 2003:54). Uit die samevattende gevolgtrekkings vanuit die teoretiese raamwerk soos in Hoofstuk 2 uiteengesit en empiriese data uit navorsing verkry soos in Hoofstuk 4 van hierdie navorsing verduidelik, word riglyne vir die bemagtiging van die familie vanuit 'n verpleegkundige perspektief geformuleer.

5.2 GEVOLGTREKKINGS

Samevattende gevolgtrekkings word vervolgens in Tabel 5.1 weergegee. Riglyne ter bemagtiging van die familie van die MIV-positiewe pasiënt om genoemde pasiënt te ondersteun, word uit hierdie gevolgtrekking geformuleer. Die navorser is van mening dat, alhoewel riglyne uit 'n verpleegkundige oogpunt bewoord word, die samewerking van die multiprofessionele span van kardinale belang is om hierdie riglyne tot hul reg te laat kom. Veral opvoedkundiges, psigoloë en kommunikasiekunde-kenners sal 'n waardevolle bydrae hiertoe kon lewer.

Tabel 5.1

Gevolgtrekkings uit teoretiese raamwerk en empiriese data uit navorsingsresultate

Gevolgtrekking uit teoretiese raamwerk	Gevolgtrekkings uit Empiriese data	Samevattende gevolgtrekkings
1. MIV en VIGS en die pasiënt as individu maak deel uit van die familie en ook van die gemeenskap:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ As 'n sosiale wese funksioneer die MIV-positiewe individu onlosmaaklik binne die uitgebreide familie wat as primêre ondersteuningstelsel steeds wesenlik tot die intra- en interpersoonlike ontwikkeling en versorging van die individu bydra. ▪ Die ouderdomme van die MIV-positiewe pasiënte en die familieledede wat hul versorging waarneem, wissel, en wel tussen 20 en 40 jaar en van hulle is in sekere gevalle selfs nog ouer. ▪ Die individu, familie en gemeenskap beskik oor spesifieke kulturele kenmerke en het bepaalde individuele persepsies. Enkelouer-gesinne asook saambly-verhoudings maak 'n integrale deel van die hedendaagse familiestruktuur binne die samelewings uit. ▪ Verskeie mites speel ook 'n belangrike rol, en so ook erskillende taalgroepe. Verskeie rakende bogenoemde aspekte kom ook voor. Ook die MIV-positiewe pasiënt en sy familie kan van mekaar verskil. ▪ Die geletterdheidsvlak en opvattinge dien as veranderlikes in die familie en die 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die MIV-positiewe pasiënt as individu en sosiale wese binne die familie en die gemeenskap as sosiale struktuur is in hierdie navorsing 'n werklikheid. ▪ Die familie dien as primêre ondersteuningstelsel en toevlug vir die MIV-positiewe pasiënt, en hierdie bevindings word veral weerspieël in die behoeftes soos deur die MIV-positiewe pasiënte gestel. ▪ Die veranderde struktuur van die familie sluit ook bure en ander lede van die familie in. ▪ Die risiko bestaan dat wanneer die individu met MIV gediagnoseer word, die familie die toestand kan ontken uit vrees dat hulle deur die gemeenskap gestigmatiseer en geïsoleer sal word. ▪ Die MIV-positiewe status van die pasiënt kan ontken word en dit is grootliks te wyte aan onkunde, wanpersepsies en mites met betrekking tot MIV en VIGS. ▪ Die ouderdomsgroep waarin die meeste MIV-positiewe pasiënte val, is tussen 26 en 31 jaar en dié van die meeste families van MIV-positiewe pasiënte is tussen 34 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die MIV-positiewe pasiënt funksioneer in 'n sosiale struktuur, genaamd die familie, wat weer ook deel uitmaak van die gemeenskap. Die familie van die MIV-positiewe pasiënt vervul 'n uiters belangrike rol ten opsigte van die ondersteuning van die individu. 2. Weens sosio-maatskaplike faktore soos armoede, werkloosheid, onkunde, ongeletterdheid, gesinsverbroekeling, promiskuiteit en waardes speel nie net die familie nie, maar ook die gemeenskap 'n kardinale rol wat betref die hantering van MIV en VIGS. 3. Beide die groepe wat aan hierdie navorsing deelgeneem het, behoort steeds ekonomies aktief te kan wees, maar weens hulle MIV-positiewe status en werkloosheid bevind hulle hul in 'n situasie van uiterste armoede. 4. Familieledede wat nie oor kennis of vaardighede beskik nie, en ook beperkte hulpmiddels het, versorg die MIV-positiewe pasiënt in uiters armoe-dige omstandighede. Die familie se sterktes word hier beklemtoon deurdat

<p>gemeenskap waarbinne die MIV-positiewe pasiënt hom bevind.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Werkloosheid, armoede, oor-bewoning van huise, wanvoeding, gesinsverbrokkeling met gepaard-gaande sosiale verval, norme en waardes wat tussen kulturele groepe onderling verskil, raak alle ouderdomsgroepe en skep sosio-maatskaplike en finansiële probleme en dilemmas. ▪ Vroue is ondergeskik aan mans, vrees fisiese en emosionele geweld en mishandeling en verval dikwels in prostitusie om finansiëel te kan oorleef en hul families te kan versorg. ▪ Verhuising, veral van die man uit 'n landelike gebied na die stad om finansiëel vir die familie te kan sorg kan ook tot gesinsverbrokkeling bydra, asook tot isolasie en saamgestelde en uitgebreide families wat in een huishouding saamwoon. ▪ Die sterktes van familielede van die MIV-positiewe pasiënt, veral ten opsigte van oorlewing, ondersteuning, hantering van emosies, oordrag van inligting en vaardighede deur middel van riglyne, kan 'n positiewe persepsie bewerkstellig wat aanpassings in lewenstyl tot stand kan bring. ▪ Belemmerende faktore onder die 	<p>en 41 jaar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beide hierdie groepe behoort na verwagting steeds ekonomies aktief te wees; dus het hierdie situasie 'n ernstige sosio-maatskaplike en finansiële impak op die MIV-positiewe pasiënt, die familie en die gemeenskap. ▪ Die gesondheidswerker is inderdaad 'n belangrike rolspeler, en dit is ook 'n versoek en behoefte van die MIV-positiewe pasiënt dat die gesondheidswerker die familie oor sy MIV-positiewe status moet inlig. ▪ Die versorging van MIV-positiewe pasiënte vind onder moeilike en armoe-dige omstandighede plaas, en die primêre versorgers is nie toegerus om hierdie versorgingsrolle te vervul nie. Hulle beskik ook nie oor die nodige kennis en vaardighede nie. Hierdie feite is in die antwoorde op vrae in beide die vraelyste van hierdie navorsing weer-spieël. ▪ Geletterdheidsvlak en opvatting dien as veranderlikes in die familie en gemeenskap waarin die MIV-positiewe pasiënt hom bevind. 'n Klein persentasie deelnemers aan hierdie navorsing, wat beide die MIV-positiewe pasiënt en sy familie insluit, het tersiêre onderrig ontvang en tot graad 12 op skool 	<p>die families hierdie versorging waarmee met wat in hulle huise tot hulle beskikking is.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Geletterdheid is in die algemeen nie hoog nie; dus sal die gesondheidswerker die MIV- en VIGS-verwante inligting omsigtig aan die MIV-positiewe pasiënt en sy familie moet oordra. Onkunde en verkeerde inligting oor die oordrag en verspreiding van MIV kan lei tot misverstande en die verspreiding van MIV en VIGS. Die belemmerende sosio-ekonomiese, demografiese status en armoede van gemeenskappe maak dit meer kompleks om die oordrag van MIV te hanteer. 6. Om aan 'n kerk te behoort word deur oorgrote meerderheid van deelnemers aangedui en dui op sterktes binne families. Die ondersteuning van mede-kerklidmate, geestelike groepe en geestelike leiers, is belangrik. 7. Daar is bevind dat die MIV- positiewe pasiënt die gesondheidswerker tydens voor- en na-toetsberading ondersteunend en respekvol ervaar het, maar dat daar tog van die deelnemers genoem het dat gesondheidswerkers veroordelend teenoor hulleopgetree het.
--	---	---

<p>familielede van die MIV-positiewe pasiënt soos onkunde, siekte, dood, verlies aan inkomste, rolkonflik, gesinsverbrokkeling, weeskinders en stigmatisering kniehalter hulle.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die gezondheidswerker is 'n uiters belangrike skakel tussen die MIV-positiewe pasiënt en sy/haar familie binne die gemeenskap, en is ook 'n rolspeler, veral rakende MIV- en VIGS-verwante inligting en ondersteuning aan die MIV-positiewe pasiënt en die familie. ▪ Die rol van die gemeenskap is ook van kardinale belang, en dit kan gesamentlike interaksie, vennootskappe, mobilisering van netwerke en programvolhoubaarheid verhoog, veral by die ondersteuning en tuisversorging van die MIV-positiewe/VIGS-pasiënt. ▪ Kultuur van ander in samelewings moet verstaan word en daar moet sensitief daarteenoor opgetree word. Waar riskante gedrag nie as sodanig beskou word nie, kan dit dilemmas skep — ook vir die gezondheidswerker. ▪ Die siening van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie rakende gesondheidsorginligting, gesondheidsprobleme en behandeling, kan van dié van die gezondheidswerker verskil. 	<p>gevorder.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antwoorde op vrae in beide vraelyste weerspieël dat die oorgrote meerderheid MIV-positiewe pasiënte sowel as hulle familielede aan 'n kerk behoort, en dit kan as 'n sterkte binne 'n familie beskou word. ▪ Die oorgrote meerderheid MIV-positiewe pasiënte het ervaar dat die gezondheidswerker MIV- en VIGS-verwante inligting nie veroordelend oordra nie. Daar is egter 'n geringe aantal MIV-positiewe pasiënte wat gezondheidswerkers se optrede wel as veroordelend ervaar het. 	
--	---	--

2. Kennis en begrip van die MIV-positiewe pasiënt en sy familieledede rakende MIV en VIGS:

- Kennis rakende die MI-virus en die wyse van oordrag en verspreiding hiervan, veral deur hoërisiko- seksuele gedrag en onbeskermd seks, gekontamineerde bloed, moeder-tot-kind-oordrag tydens die baringsproses en borsvoeding, die effek op die immuunstelsel, vroeë en latere tekens en simptome van MIV en VIGS asook die fases van MIV en VIGS is belangrik, omdat sodanige kennis en begrip aanvaarding van die siektetoestand bewerkstellig en daartoe kan lei dat die MIV-positiewe pasiënt sy familie oor sy MIV-positiewe status sal inlig.
 - Die behoeftes van die MIV-positiewe pasiënt en verwysingsnetwerke vir ondersteuning.
 - Ongeletterdheid, onkunde, nie-bywoning van skool, geen lees- of skryfvaardighede nie en lae opvoedkundige vlakke, wanopvattinge en –persepsies en visuele ongeletterdheid is legio en lei tot foutiewe begrip. Sommige tale beskik nie eens oor woorde of terme vir sekere siektes nie.
 - Inligting rakende MIV en VIGS in die media, skole en gesondheidsorgfasiliteite wat deur gesondheidswerkers verstrekk word, is beskikbaar.
 - Mites, opvattinge, risikogedrag,
- In hoofstuk 4 van hierdie navorsing het dit duidelik na vore gekom dat die meerderheid MIV-positiewe pasiënte en hulle familieledede bewus is van MIV en VIGS en die oordrag van die MI-virus. Dit is veral opmerklik dat die uiterlike en sigbare tekens en simptome soos, veluitslag, mondsere, uitermatige gewigsverlies en “Karposi Sarkoom bekend is aan die MIV-positiewe pasiënt en sy familieledede.
 - Behoeftes word ook pertinent deur die MIV-positiewe pasiënt in hierdie navorsing uitgespreek, soos in Hoofstuk 4 blyk.
 - Ongeletterdheid en onkunde blyk duidelik uit die antwoorde op vrae in beide die vraelyste in hierdie navorsing.
 - Inligting rakende MIV en VIGS is in hierdie navorsing uit verskeie bronne bekom, soos in Hoofstuk 4 aangedui, naamlik via die media, gesondheidsorgfasiliteite soos klinieke en selfs ook via familieledede. Inligting word hoofsaaklik deur die gesondheidswerker oorgedra, maar 'n klein aantal deelnemers noem ook skole as inligtingsbronne.
 - Ten tye van hierdie navorsing was antiretrovirale medikasie nie by primêre gesondheidsorgklinieke beskikbaar nie,
8. MIV is 'n progressiewe toestand wat in fases verdeel kan word. Weens die progressiewe en dikwels asimptomaties aard van MIV kan dit dalk moeilik wees om 'n persoon wat MIV-positief is, te diagnoseer. VIGS word as die laaste fase van MIV beskou, wat dan ook fataal is. Alhoewel die metodes van MIV-verspreiding bekend is, kom daar steeds onkunde ten opsigte daarvan voor en glo sommige nog in die mites wat daarvoor versprei word.
 9. Die gevolgtrekking waartoe gekom word, is dat beide groepe in hierdie navorsing begrip toon met betrekking tot vroeë en latere tekens en simptome van MIV en VIGS, en dat beide groepe die uiterlike tekens en simptome geïdentifiseer het. Riglyne aan die gesondheidswerker sal dus insluit om ook op ander tekens en simptome van MIV en VIGS te konsentreer.
 10. Weens die fatale aard van MIV word hoop op antiretrovirale medikasie geplaas om die ontwikkeling van MIV te rem. Alhoewel antiretrovirale medikasie voordele vir die MIV-positiewe pasiënt inhou, is dit ook vir hierdie pasiënte nadelig. Daarom is

<p>-houdings, verkragting en seksueel oordraagbare infeksies maak deel uit van die leefwêreld van families in gemeenskappe.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kennis van die werking van antiretrovirale medikasie, weerstandigheid, getroue gebruik en die korrekte gebruik van die medikasie om lewensgehalte te verhoog, voordele, nadele, struikelblokke, monitering van behandeling asook alternatiewe behandeling is vir die MIV-positiewe pasiënt, die familieledede en die gemeenskap belangrik. 	<p>hoewel sommige van die MIV-positiewe pasiënte en die familieledede genoem het dat dit wel beskikbaar is.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die moontlikheid bestaan ook dat inligting rakende antiretrovirale medikasie nie doeltreffend oorgedra is nie. ▪ Die moontlikheid dat hierdie vraag verkeerd verstaan kon gewees het, is nie uitgesluit nie, en die navorser het dit as 'n tekortkoming uitgewys. 	<p>antiretrovirale medikasie nie 'n wonderkuur nie, maar word dit beskou as 'n komplekse behandelingsregimen wat met absolute akkuraatheid en beheer toegedien moet word weens die risiko van weerstandigheid.</p> <p>11. Die gebruik van antiretrovirale middels is nie die enigste of noodwendig beste behandeling vir MIV en VIGS nie, en verskeie tipes alternatiewe behandeling word deur MIV-positiewe pasiënte en families in gemeenskappe oorweeg. Riglyne vir die gesondheidswerker sal in hierdie verband neergelê word om die gevare wat hierdie medisynes inhou, aan die MIV-positiewe pasiënt en sy familieledede te verduidelik.</p>
3. Inligtingsoordrag en kommunikasie:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 'n Vertrouensverhouding tussen die gesondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt is belangrik sodat die aanvanklike skok wanneer die MIV-positiewe status verneem word sensitief hanteer kan word. Hierdie vertrouensverhouding is bepalend vir die korrekte interpretasie van die inligting en aanvaarding van die MIV-positiewe status. Ondoeltreffende kommunikasie lei tot misverstande en interpersoonlike konflik. ▪ Kommunikasie word steeds voorgehou 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uit hierdie navorsing, soos in Hoofstuk 4 uitgewys, dui die MIV-positiewe pasiënt wel aan dat daar goeie kommunikasie is en dat die MIV- en VIGS-verwante inligting wat die gesondheidswerker verstrekkend, positief ervaar word. ▪ Die oorgrote meerderheid MIV-positiewe deelnemers noem dat gesondheidswerkers vriendelik was en nie 'n veroordelende houding teenoor die MIV-positiewe pasiënt openbaar het nie. Die minderheid van hierdie deelnemers het 'n mate 	<p>12. Kennisoordrag van die gesondheidswerker aan die pasiënt met MIV en VIGS word onder andere gedoen deur middel van kommunikasie. Selfkennis deur die gesondheidswerker het ook 'n effek op kennisoordrag van inligting. Selfkennis en kommunikasie vaardighede behoort aangeleer te word ten einde meer doeltreffende kommunikasie te verseker, en dit is in riglyne vir die gesondheidswerker vervat.</p> <p>13. Beide groepe in hierdie navorsing gee</p>

<p>as 'n integrale faset van die oordrag van inligting oor MIV en VIGS. Beide intra- en interpersoonlike kommunikasie kom voor, en gesondheidswerkers moet bewus wees van hul eie menswees.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikasie word deur 'n persoon se persoonlikheid, verwysingsraamwerk en emosies, beïnvloed, en dit dien as katalisator vir sosiale verandering. ▪ Verskeie strategieë vir doeltreffende kommunikasie bestaan wat tydens die proses van berading aangewend kan word. ▪ Respekvolle refleksie van inligting wat aan die MIV-positiewe pasiënt oorgedra is, moet deurlopend toegepas word, en riglyne ten opsigte van kommunikasievaardighede en -strategieë is beskikbaar. ▪ 'n Positiewe houding van die gesondheidswerker kan daartoe bydra dat die MIV-positiewe status van die pasiënt aan die familie bekendgemaak kan word, en dat die pasiënt en familieledede meer geredelik van die verwysings-netwerke gebruik sal maak. ▪ Verbale en nie-verbale reaksies getuig van noodsaaklike aktiewe luistervaardighede, wat weer op hul beurt 'n positiewe leeromgewing vir die MIV-positiewe pasiënt skep. Dit kan daartoe lei dat ingeligte besluite geneem kan 	<p>van veroordeling ervaar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die meerderheid MIV-positiewe deelnemers meen dat die gesondheidswerker nie van illustrasies gebruik maak as MIV- en VIGS-verwante inligting oorgedra word nie, maar dat inligtingsoordrag wel verstaanbaar is. ▪ Die meerderheid MIV-positiewe pasiënte as deelnemers meen dat die gesondheidswerker die pasiënte geleentheid gegee het om vrae te stel nadat hul MIV-positiewe status aan hulle bekend gemaak is. ▪ Die oorgrote meerderheid MIV-positiewe pasiënte meen dat die gesondheidswerker oor baie kennis beskik, en hierdie pasiënte verkies dat die gesondheidswerker die familie oor hulle MIV-positiewe status moet inlig. 	<p>te kenne dat hulle MIV- en VIGS-verwante inligting via verskeie bronne bekom, soos via die media, inligtingspamflette, brosjures en boekies, vriende, familieledede en die skool, maar dat die gesondheidswerker baie belangrik is in hierdie opsig. Riglyne sal dus ook in hierdie verband aan die gesondheidswerker gegee word. Die rol van die gemeenskap is ook belangrik, en riglyne sal ook veral vir beleidmakers geformuleer word.</p>
---	---	---

<p>word.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikasie-struikelblokke, soos gebrekkige kennis rakende 'n ander se kultuur, stereotipering en gebrek aan empatie, asook die lyftaal van die gesondheidswerkers kan tot die ongemak van die MIV-positiewe pasiënt lei. ▪ Oordrag van inligting moet by die opvoedingsvlak en kultuur van die MIV-positiewe pasiënt aanpas, met bykomstige inagneming van die taal van die pasiënt. Inligting moet eenvoudig, doeltreffend, duidelik en bondig wees, en refleksie moet deurlopend benut word. ▪ Luistervaardighede is van die allergrootste belang om die begrip en behoeftes van die MIV-positiewe pasiënt en van die familielede te kan bepaal. 		
4. Berading:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die persoonlikheid van die gesondheidswerker as berader is van die uiterste belang, aangesien 'n vertrouensverhouding tussen die gesondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt geskep moet word om sodoende die probleem te verken en die pasiënt en sy familie behulpzaam te wees om ingeligte besluite rakende die pasiënt se siekte en gedrag te kan neem. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In hierdie navorsing noem die MIV-positiewe deelnemers dat die beradingsomgewing terapeuties en privaat was en dat vertroulikheid gehandhaaf is. ▪ Uit hierdie navorsing blyk dit dat voortoetsberading wel plaasgevind en inligting rakende MIV- en VIGS-verwante inligting inderdaad oorgedra is. ▪ In hierdie navorsing word die behoeftes van die MIV-positiewe pasiënt duidelik 	<p>14. Die gevolgtrekking is dat die gesondheidswerker wat die MIV-positiewe pasiënt beraad moet beskik oor kommunikasievaardighede, kliniese inligting, luistervaardighede en hoe om deur middel van refleksie te bepaal wat die begrip van inligting oorgedra is. Hierdie genoemde moet deur selfvertroue gedoen word wat sal bydra tot die totstandkoming van 'n vertrouensverhouding tussen die MIV-</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tydens en na berading is ondersteuning belangrik, en gevoelens soos angs, bekommernis, vrees en onsekerheid en woede moet aandag geniet, waartydens die beradingsomgewing terapeuties van aard moet wees. ▪ Die voordele van voortoetsberading is eerstens dat feite rakende MIV en VIGS oorgedra word, tweedens dat pasiënte se blootstelling aan riskante gedrag aan hulle uitgewys word en laatens dat pasiënte gemotiveer kan word om hul gedrag te wysig. ▪ Familielede van die MIV-positiewe pasiënt word bemagtig en hul sterktes word aan hulle uitgewys, wat dan ook die beplanning van die toekoms van dié pasiënt kan rig. Netwerke vir ondersteuning moet ook aan die familie uitgewys word. ▪ Die uitklaar van aspekte soos vrees vir die dood, eensaamheid, depressie, gevoelens van skuld, geestelike ondersteuning en sterwensbegeleiding is noodsaaklik. ▪ Verwysingsnetwerke moet in die behoeftes van die MIV-positiewe pasiënt en sy familielede voorsien en moet deurlopend deur die gesondheidswerker aangedui word. 	<p>deur die antwoorde op die vrae in die vraelys uitgewys.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In hierdie navorsing is 'n vraag rakende verwysingsnetwerke nie spesifiek gestel nie. 	<p>positiewe pasiënt en die gesondheidswerker. Dié pasiënt bemagtig word om deelnemend meer ingeligte besluite ten opsigte van MIV en VIGS te neem. Die teendeel is egter ook waar en moet die uniekheid van die pasiënt binne 'n kultuurdiverse omgewing nie misgekyk word nie.</p> <p>15. Onaangename aspekte rakende MIV en VIGS deur te praat oor die dood en daarna moet ook hanteer word asook om risikogedrag te identifiseer en te voorkom deur te praat oor seksuele praktyke en kondoom gebruik.</p> <p>16. Weens die kulturele diversiteite in Suid-Afrika is daar wesenlike struikelblokke in die weg van doeltreffende kommunikasie van die pasiënt, soos taal, opvattinge, etnisiteit, stereotipering en vooroordele van die gesondheidswerker en 'n gebrek aan vertroue en selfvertroue by die berader.</p>
--	--	--

5. Behoeftes van die MIV-positiewe pasiënt sluit die volgende in:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fisiologies, intellektueel, psigologies of emosioneel, sosiokultureel, sosio-maatskaplik, geestelik en finansieel. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fisiologies, soos die fisiese versorging, bad, tandeborsel, eliminasië en voer, word genoem soos in hierdie navorsing bevind en in Hoofstuk 4 en aanhangsel K aangedui is. ▪ Psigologiese ondersteuning, soos die deel van die pasiënt se positiewe status is noodsaaklik, soos blyk uit hierdie navorsing. Alhoewel die MIV-positiewe pasiënt wil hê dat die familie hom moet ondersteun, is dit ook duidelik dat dié pasiënt sy positiewe status en ander inligting eerder met 'n vriend of vriendin deel. ▪ Sosio-kultureel, soos om gevoelens van "behoort aan" te ervaar en nog deel van die familie en gemeenskap uit te maak sonder stigmatisering, is ook noodsaaklik. ▪ Geestelike behoeftes word duidelik deur die MIV-positiewe pasiënt verwoord soos om oor die dood te kan praat en oor die versorging van kinders en familielede van die pasiënt na sy afsterwe. 	<p>17. Behoeftes van die MIV-positiewe pasiënt is fisiologies, wat insluit, die fisiese versorging soos bad en tandeborsel, voer van die pasiënt en eliminasië. Psigologiese behoeftes aan ondersteuning vir gevoelens wat geluk en droefheid insluit, eiewaarde – om die pasiënt so lank as moontlik onafhanklik te bly. Sosio-kulturele behoeftes soos gevoelens van "behoort aan" en sosialisering. Intellektele behoeftes soos dink en leer en om steeds geag te word. Geestelike behoeftes soos om 'n doel in die lewe te hê en te kan praat oor gevoelens soos oor die dood.</p>
6. Die familie van die MIV-positiewe pasiënt as belangrike komponent vir die MIV-positiewe pasiënt:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funksies en sterktes van familie is om sosiale ondersteuning (gedrag, oordra van kennis, en vaardighede) te bied, hantering van emosies en die deel van die kooperatiewe stelsel (deel 'n huis, 	<p>Aspekte soos nie-stigmatisering en ander psigo-maatskaplike behoeftes word deur die antwoorde van die MIV-positiewe pasiënt op vrae in hul vraelys weergegee.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uit beide vraelyse blyk dit dat die MIV- 	<p>18. Alhoewel sterktes in families nie pertinent in die vraelyse van hierdie navorsing aan die familie van die MIV-positiewe pasiënt gestel is nie, dui van die biografiese inligting aan dat die</p>

<p>kos, besittings en geld) deur die pasiënt en die familie deurdat langtermyn-doelwitte vir die handhawing van gesondheid en oorlewing van die groep gestel word.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die skep van vertroue en respek vir individualiteit is 'n belangrike affektiewe funksie soos die uitspreek en deel van liefde, deur tyd saam deur te bring en empaties en bemoedigend op te tree. ▪ Verandering in versorgingsrolle bring verantwoordelikhede mee waarvoor familielede nie noodwendig opgelei en toegerus is nie, en hierdie familielede is ook dikwels nie opgewasse vir hierdie rolle nie. Dit alles bring rolkonflik en spanning in families mee. ▪ Belemmerende faktore soos vrees vir stigmatisering, diskriminasie en isolering, oorbeskerming, gevoelens van hartseer en jammerte kan lei tot 'n gevoel van magteloosheid. ▪ Fassiliterende effekte wat tot 'n positiewe persepsie van eie gesondheid en lewensstyl-aanpassings en ook gemeenskaps-betrokkenheid kan lei, is geloof en kerklike aktiwiteite en die aanwesigheid van 'n geestelike leier. 	<p>positiewe pasiënt en die familie aan 'n kerk behoort. In beide vraelyste dui 'n groot aantal deelnemers aan dat hulle nie getroud is nie en in saamblyverhoudings staan.</p>	<p>familie wel 'n huis, kos en geld deel. Verwys na tekortkominge met betrekking tot sterktes in hierdie studie.</p> <p>19. Alhoewel die verandering van versorgingsrolle nie pertinent in vraelyste van hierdie navorsing aan die MIV-positiewe pasiënt en die familie van gestel is nie, word dit as 'n leemte aangedui en verwys die navorser na tekortkominge met betrekking tot versorgingsrolle in hierdie studie.</p>
---	---	--

7. Die gesondheidswerker is van kardinale belang en is die skakel tussen die MIV-positiewe pasiënt, sy familie en die gemeenskap:

- Die gesondheidswerker vorm ook 'n onmisbare deel van die familie en die gemeenskap.
- Die MIV-positiewe pasiënt, die familie en die gemeenskap sien die gesondheidswerker as 'n verhewe bron van kennis wat respek afdwing en 'n terapeutiese agent is wat die eiewaarde van die pasiënt en die familie verhoog.
- Die moontlikheid bestaan dat kultuurverskille kan voorkom, daarom moet die gesondheidswerker sensitief wees vir kulturele verskille en desnie-teenstaande steeds die belangrikheid van goeie kommunikasie en 'n vertrouensverhouding in gedagte hou, omdat waardeopvattinge en houdings deur alternatiewe agtergronde gevorm word wat die oordrag van MIV- en VIGS- verwante inligting kan beïnvloed.

- Die gesondheidswerker vervul 'n sentrale rol ten opsigte van die ondersteuning van die pasiënt met MIV en VIGS, en dit blyk ook duidelik uit die resultate van hierdie navorsing. Die MIV-positiewe pasiënt noem ook in die vraelys dat dit makliker sou wees as die gesondheidswerker sy familielede oor sy MIV-positiewe status sou inlig.

20. Interaksie tussen die MIV-positiewe pasiënt en die gesondheidswerker vervul 'n betekenisvolle rol in die hantering van MIV en VIGS deur doelgerigte interaksie tussen die gesondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt. Hierdie interaksie is handelinge en vaardighede van die gesondheidswerker en is daarop gerig om 'n bepaalde impak op die omvattende versorging van die pasiënt met MIV en VIGS te bewerkstellig. Die doelgerigte interaksie van die gesondheidswerker is dié van ondersteuning, die oordrag van kennis, die gee van berading en die oordra van inligting in die vorm van gesondheidsvoorligting deur die gesondheidswerker aan die MIV-positiewe pasiënt.
21. Om ondersteuning aan die pasiënt met MIV en VIGS te verskaf is meer as 'n spontane omgee deur die gesondheidswerker en kan ondersteuning aan die pasiënt gegee word deur dié pasiënt te verwys na ondersteuningsnetwerke wat reeds bestaan en kan 'n positiewe effek op die hantering van die pasiënt met MIV en VIGS hê omdat spesifieke gemeenskaplike en unieke ondersteuning gebied kan word.

5.3 VOORGESTELDE RIGLYNE OM DIE FAMILIE VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT TE BEMAGTIG OM DIE PASIËNT TUIS TE ONDERSTEUN

Die tendens in Suid-Afrika en in die Noordwes-Provinsie is om MIV-positiewe pasiënte wat veral terminaal siek is, huis toe te stuur omdat die hospitale nie oor genoeg beddens beskik nie. Die familie neem dan noodgedwonge die tuisversorgingsrol oor, alhoewel hulle nie altyd vir hierdie taak toegerus is nie. Benewens die feit dat pasiënte om genoemde redes uit die hospitaal ontslaan word, het Raath (2001:125) in haar studie bevind dat veral die addolose aangedui het dat hulle tuis by hulle families wil wees.

In die lig van die feit dat die familieledede nie toegerus is om hierdie taak sinvol te verrig nie óf daarop voorbereid is nie, sal riglyne vir hierdie families dus van onskatbare waarde wees. Dr CC Wessels van die Skool vir Psigososiomaatskaplike Studies het reeds in haar doktorsale studie maatskaplike riglyne vir families geformuleer en het ook in haar studie bevind dat die verpleegkundige saam met die maatskaplike werker in hierdie verband meer op die voorgrond moet tree (Wessels, 2003:125). Die navorser sluit hierby aan deur riglyne uit 'n verpleegkundige oogpunt te formuleer en wil sterk klem daarop lê dat ook die gesondheidswerker bewus gemaak moet word van sy belangrike rol, en in hierdie opsig toegerus moet word.

Die navorser poog om riglyne ter ondersteuning van die familie van die MIV-positiewe pasiënt te formuleer wat daartoe kan lei dat reeds bestaande programme soos die "*WHO and research partners affiliated collaborating centres*" van verskeie universiteite, met die ondersteuning van die "*Future Foundation Bristol-Myers Squibb*", "*Khomanani*" deur die staat, "*Helpline*", "*Red Ribbon Resource Centre*" asook "*Tools together now*" gemobiliseer word en dat die familie van die MIV-positiewe pasiënt dit tot voordeel van dié pasiënt aanwend.

Riglyne wat vanuit 'n verpleegkundige perspektief geskryf word, sal die volgende **aspekte** aanraak om sodoende die familie van die MIV-positiewe pasiënt te bemagtig om die MIV-positiewe pasiënt te kan ondersteun.

Uit die navorsingsresultate, asook uit die literatuur, blyk dit dat die individu wat MIV-positief raak, steeds binne 'n sosiale struktuur, naamlik die familie, funksioneer, wat ook

op sy beurt deel uitmaak van die gemeenskap. Die familie van die MIV-positiewe pasiënt vervul 'n uiters belangrike rol daarin om die pasiënt te versorg en te ondersteun. As gevolg van sosio-maatskaplike faktore soos armoede, werkloosheid, onkunde, ongeletterdheid, gesinsverbrokkeling, promiskuiteit en waardes is dit belangrik om die sterktes van hierdie families aan hulle uit te wys en belemmerende faktore te ondervang sodat die familie bemagtig kan word om die MIV-positiewe pasiënt te kan ondersteun. Riglyne om die familielede toe te rus sal aan die hand van die volgende komponente geskied.

5.3.1 DIE BEMAGTIGING VAN DIE FAMILIE VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT DEUR MIDDEL VAN OORDRAG VAN INLIGTING RAKENDE BASIESE VERSORGING VAN DIÉ PASIËNT

5.3.1.1 UITKLARING VAN BEGRIPPE

Die familie dien as primêre ondersteuningstelsel vir die MIV-positiewe pasiënt en vervul ook 'n uiters belangrike rol ten opsigte van die ontwikkeling van die individu. Dit is dus vir die navorser belangrik dat uitklaring van begrippe in hierdie riglyn as sub-riglyn vervat moet word.

- Wat is die betekenis van lewe en dood (sterflikheid)?
- Waardes, norme en sosiale gedrag;
- Die belangrikheid van die kerk en geestelike groepe as ondersteuningsnetwerke;
- Rolle en vertolking in verskillende kulture; en
- Promiskuiteit en riskante seksuele gedrag;
- Seksuele gedrag en portuurgroepe;
- Die gevaar van dwelmmiddels, misbruik daarvan en MIV en VIGS.

5.3.1.2 DIE BASIESE VERSORGING VAN DIE SIEK PERSOON IN 'N FAMILIE OPSET

Die belangrikheid van die **familie as sosiale struktuur** vir die individu waar die pasiënt binne die familie-opset **basiese versorging** kan geniet. Om hierdie inligting

aan families wat reeds sosio- maatskaplik swaar kry, moontlik ongeletterd is en soms nog self kinders is wat ouers moet versorg, oor te dra, stel die navorser voor dat hierdie riglyn sub-komponente moet bevat om, benewens die oordra van inligting, ook die spesifieke vaardigheid te illustreer, naamlik:

- elementêre illustrasies van en basiese inligting oor 'n mens se liggaam;
- persoonlike higiëne;
- fisiese versorging soos om die siek persoon te was, skoon te maak en linne om te ruil, die pasiënt gereeld om te draai en hom in 'n ander posisie te laat lê;
- die belangrikheid van gereelde oefening en genoeg rus;
- die belangrikheid van medikasie en gereelde inname daarvan;
- die belangrikheid van gereelde klein voedsame maaltye, die voorbereiding daarvan en die voer van die pasiënt;
- pyn en die hantering daarvan;
- infeksiebeheer en oordrag van kieme (patogene) in die algemeen en ook die hantering van die pasiënt met MIV en VIGS en die hantering van afvalstowwe;
- basiese inligting spesifiek oor VIGS as siekte, oordrag van die MI-virus, die tekens en simptome en die fases van die siekte; en
- mites wat die rondte doen in verband met MIV en VIGS.

5.3.1.3 BEMAGTIGING VAN FAMILIELEDE TEN OPSIGTE VAN DIE BEHOEFTE VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT

- **Die familie dien as primêre ondersteuningstelsel en toevlug** vir die MIV-positiewe pasiënt, en dit word weerspieël in die antwoorde wat verband hou met die **behoefte van die MIV-positiewe pasiënt**. Subafdelings van hierdie riglyn bevat begrippe soos dat onderskeid getref moet word tussen verskillende dimensies en tipes behoeftes in die algemeen met beperkte hulpmiddels, naamlik
- fisiese behoeftes, soos voorsien in basiese behoeftes, soos die gee van medikasie, bed-was, linne ruil, wasgoed was, oefening en fisiese aktiwiteit, fisiese kontak, berei voedsel voor en voer van kos aan die pasiënt en vervoer van en na die kliniek of hospitaal

- emosionele behoeftes soos aanvaarding, bemoediging, betoning van liefde, vergewensgesindheid, volgehoue respek vir hom as mens, waardigheid, vertrou, hom te verstaan, te luister en nie te veroordeel nie, geduld te hê en steeds vir hom om te gee;
- psigologiese behoeftes soos woede, skuldgevoelens, minderwaardigheid en teleurstelling;
- sosiale behoeftes soos om nog steeds as mens geag te word, fisiese kontak te hê, te kan sosialiseer en nie vermy te word nie;
- finansiële behoeftes soos genoeg fondse vir versorging, begrafnis en versorging van familie wat agterbly;
- geestelike behoeftes soos om saam met en vir die MIV-positiewe pasiënt te bid, die belangrikheid daarvan om aan 'n kerk te behoort, die betrokkenheid van 'n geestelike leier en om vergifnis te aanvaar as genade;
- hantering van vrese van die MIV-positiewe pasiënt;

5.3.2 DIE BELANG VAN DIE GESONDHEIDSWERKER IN DIE LEWE VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT EN SY FAMILIE

5.3.2.1 DIE BELANGRIKHEID VAN OORDRAG VAN MIV- EN VIGS-VERWANTE INLIGTING

Die gezondheidswerker maak 'n onmisbare deel uit van die familie en die gemeenskap, en word deur die gemeenskap beskou as 'n verhewe bron van kennis wat respek afdwing en ook as 'n terapeutiese agent. Die navorser stel voor dat hierdie riglyn sub-komponente moet bevat wat die gezondheidswerker ook bewus sal maak van die belangrike rol wat hy vervul met betrekking tot die doeltreffende en korrekte oordrag van inligting rakende MIV en VIGS; gevolglik sal die volgende faktore hier aandag geniet, naamlik;

- die beklemtoning by die gezondheidswerker van die belangrikheid van sy rol en dat hy daarvoor toegerus moet wees. (Ten opsigte hiervan wil die navorser ook ander studies en navorsing uitwys wat reeds oor die gezondheidswerker in die gemeenskap gedoen is),

- die opskep van kennis rakende MIV en VIGS waaroor gesondheidswerker reeds beskik,
- die uitwys van die belangrikheid van alle tekens en simptome (inwendig en uitwendig) van MIV en VIGS by MIV-positiewe pasiënte tydens inligtingsoordrag, sodat vroegtydig met antiretrovirale medikasie begin kan word,
- die gesondheidswerker moet ook tydens die oordrag van MIV- en VIGS-verwante inligting die doel en belangrikheid van hierdie middels asook die korrekte gebruik daarvan en waar die middels beskikbaar is, met die MIV-positiewe pasiënt uitklaar;
- alternatiewe medikasie en kruie gepaard met die gebruik van antiretrovirale medikasie en die uitwerking daarvan word ook tydens die oordrag van MIV- en VIGS-verwante inligting deur die gesondheidswerker aan die MIV-positiewe pasiënt onder die loep geneem;
- die aanleer van kommunikasie- en luistervaardighede sal die gesondheidswerker leer om die MIV- en VIGS-verwante inligting verstaanbaar aan die MIV-positiewe pasiënt en sy familie oor te dra;
- voorligting aan pasiënte is baie belangrik en moet 'n boodskap van voorkoming van MIV en VIGS oordra. Voorligting is alleenlik doeltreffend indien dit kultuursensitief aangebied word en ondersteun word deur aanvullende media soos inligtingspamflette, brosjures en boekies;
- die belangrikheid van die nie-verbale gedrag van die gesondheidswerker tydens voor- en natoetsberading met 'n pasiënt, wat nie veroordeling van die pasiënte uitstraal nie.
- die skep van 'n basis vir verwysingsnetwerke en byvoegings by reeds bestaande verwysingsraamwerk,
- die aanleer van kommunikasie- en luistervaardighede en die belangrikheid van 'n vertrouensverhouding tussen die gesondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt;
- die belangrikheid van berading en van reflektering,
- skakeling met die multiprofessionele span terwyl die beginsel van vertroulikheid steeds eerbiedig word;
- die skep van 'n basis vir verwysingsnetwerke en byvoegings by reeds bestaande verwysingsraamwerke;

- kultuurverskille, sensitiwiteit vir, aandag skenk aan en verduideliking van die impak van mites;

5.3.2.2 DIE BELANGRIKHEID VAN VERWYSING EN SKAKELING MET DIE MULTIPROFESSIONELE SPAN OM DIE FAMILIE VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT TE ONDERSTEUN

Deur die skakeling met die multiprofessionele span, naamlik die maatskaplike werker om vas te stel of MIV-positiewe pasiënte reeds staatssubsidies ontvang en, indien nie, die aansoekproses daarvoor in werking te stel kan van waarde wees en die familie tot hulp wees. Die waarde van fisioterapeut met betrekking tot oefeninge en massering om pyn verligting aan die pasient te gee en die familie te bemagtig om hierdie oefeninge aan te wend. Vervolgens die belang van verwysingsnetwerke waaroor die gesondheidswerker moet beskik om families van die MIV-positiewe pasiënt te ondersteun naamlik:

- die belangrikheid van verwysingsnetwerke vir die ondersteuning van die familie van die MIV-positiewe pasiënt.
- doeltreffende verwysing van MIV-positiewe pasiënte vir antiretrovirale medikasie;
- skakeling met ander rolspelers soos NRO's. GGBO's en ander gesondheidswerkers om die MIV-positiewe pasiënt en sy/haar familie te ondersteun, byvoorbeeld om aansoek te doen om 'n staat-gesubsidieerde pensioen,
- by die MIV-positiewe pasiënt ter ondersteuning van die familie kan daartoe bydra dat stigmatisering van die MIV-positiewe pasiënt en sy/haar familie beperk word. Daar kan gesamentlike interaksiepogings en vennootskappe tussen verskillende rolspelers plaasvind, en ook intervensies soos tuisversorgings- en ondersteuningsdienste om die volhoubaarheid van programme en die mobilisering van netwerke te verseker. Die navorser stel voor dat hierdie riglyn sub-komponente moet bevat en dat opleiding aan gemeenskappe, aan veral prominente figure soos kerkleiers en politieke leiers, gegee moet word, en dat hulle ook bewus gemaak moet word van die belangrike rol wat die gemeenskap het om te vervul. Dit sal ook waarde inhou om konkrete navorsingsresultate wat reeds oor aspekte soos stigmatisering deur onder andere Phetlhu (2005) gepubliseer is, voor te hou om die erns daarvan te benadruk. Die volgende faktore sal dus hier aangeraak word

- die belangrikheid van skakeling tussen verskillende rolspelers;
- die benutting van kundiges van die Noordwes-Universiteit – al drie kampusse – om behulpsaam te wees met beleidmaking;
- die aanwend van studente in verpleegkunde, maatskaplike wetrk, psigologie en kommunikasiekunde van die Noordwes-Universiteit – al drie kampusse – om behulpsaam te wees met projekte wat reeds bestaan en nuwe projekte te inisieer;
- die belangrikheid van befondsing om inligtingsoordrag rakende MIV en VIGS in die gemeenskappe van die Noordwes-Provinsie te bevorder;
- die belangrikheid van die betrokkenheid van alle geestelike denominasies. Geestelike begeleiding maak 'n kardinale deel uit van die versorging van die MIV-positiewe pasiënt en die familie, soos ook uit hierdie navorsing blyk, en die gemeenskap kan 'n rol vervul deur morele ondersteuning te gee, veral met die klem op seksuele reinheid en huwelikstrou. Pastorale begeleiding van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie is ook van die allergrootste belang, en dit kan tegelykertyd ook as 'n leergeleentheid dien. Die kerk, as 'n faset van die gemeenskap, moet ook die omstandighede wat die pasiënte magteloos laat voel, soos stigmatisering, emosionele isolasie, angs, liggaamlike verswakking en die onafwendbaarheid van die dood, ondervang en die families bystaan (Raath, 2001: 90-91).

5.3.3 DIE ROL VAN DIE GEMEENSAP OM DIE FAMILIE VAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT TE ONDERSTEUN

- Die **rol van die gemeenskap** met betrekking tot die bemagtiging van die familie van die MIV-positiewe pasiënt ter ondersteuning van die familie is belangrik en moet die belangrikheid hiervan en die skakeling tussen verskillende rolspelers uitgewys word;
- die benutting van kundiges van die Noordwes-Universiteit – al drie kampusse – om behulpsaam te wees met beleidmaking;
- die aanwending van studente in verpleegkunde, maatskaplike werk, psigologie en kommunikasiekunde van die Noordwes-Universiteit – al drie kampusse – om behulpsaam te wees met projekte wat reeds bestaan en nuwe projekte te inisieer;

- die belangrikheid van befondsing om inligtingsoordrag rakende MIV en VIGS in die gemeenskappe van die Noordwes-Provinsie te bevorder;
- voorligting aan pasiënte is baie belangrik en moet 'n boodskap van voorkoming van MIV en VIGS oordra. Voorligting is alleenlik doeltreffend indien dit kultuursensitief aangebied word en ondersteun word deur aanvullende media soos inligtingspamflette, brosjures en boekies wat in pasiënte se huistaal aangebied is. Beleidmakers moet dus toesien dat voorsiening in die begroting gemaak word vir die ontwikkeling van voorligtings-/inligtingsmateriaal wat gesondheidswerkers kan uitdeel tydens voor- en natoetsberading van MIV-positiewe pasiënte;
- die aanwending van studente in verpleegkunde, maatskaplike werk, psigologie en kommunikasiekunde van die Noordwes-Universiteit – al drie kampusse – om behulpsaam te wees met projekte wat reeds bestaan en ook ombnuwe projekte te inisieer;
- die belangrikheid van befondsing om inligtingsoordrag rakende MIV en VIGS in die gemeenskappe van die Noordwes-Provinsie te bevorder.

Tabel 5.2

Die operasionalisering van riglyne ter bemagtiging van die familie van die MIV-positiewe pasiënt

Riglyn	Sub-riglyn	Operasionalisering
<p>1. Die bemagtiging van die familie van die MIV-positiewe pasiënt deur middel van oordrag van inligting rakende die basiese versorging van die pasiënt.</p>	<p>Die familie dien as primêre ondersteuningstelsel vir die MIV-positiewe pasiënt en vervul ook 'n uiters belangrike rol ten opsigte van die ontwikkeling van die individu. Dus is die uitklaring van die volgende persepsies van die familie noodsaaklik, naamlik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wat is die betekenis van lewe en dood (sterflikheid)? ▪ Waardes, norme en sosiale gedrag; ▪ Die belangrikheid van die kerk en geestelike groepe as ondersteuningsnetwerke; ▪ Rolle en vertolking in verskillende kulture; en ▪ Promiskuiteit en riskante seksuele gedrag; ▪ Seksuele gedrag en portuurgroepe; ▪ Die gevaar van dwelmmiddels, misbruik daarvan en MIV en VIGS. 	<p>1. Die navorser is dit eens en voel dat hierdie al tuis in families gevestig behoort te wees, maar die multiprofessionele span moet intree en saamwerk en verwys die navorser hier na sub riglyn 5.2.1.1. Daarom sal dit uiters belangrik wees dat die geestelike leiers hierdie aspekte aan lidmate in hulle gemeenskap oordra en seker maak dat elkeen dit verstaan. Die multiprofessionele span wat betrek word om geestelike leiers by te staan kan teologie, sosiologie, maatskaplike werk, psigologie, verpleegkunde, opvoedkunde en kommunikasiekunde insluit. Dit is egter uiters belangrik dat hierdie opvoedingspraatjies met die families waar voorligting en inligting deurgegee word deurlopend sal wees soos byvoorbeeld maandeliks en dat elke span hom/haar tot projek sal verbind. Dit is belangrik om inligting soos in 5.2.2 en 5.2.1.1 in groepe families oor te dra wat dit weer sal oordra. Daar bestaan reeds vele onderrigpakkette wat hier aangewend kan word.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ondersteuningsgroepe moet van mekaar weet en ook saamwerk. Van die lede van die groepe mag reeds MIV-positief wees en kan sy/haar lewensverhaal deel, met ander.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wat ook treffend sou wees is as persone wat aan dwelms verslaaf was ook hulle ervarings kan deel. ▪ Tydskrifte kan ook aan minder bevoorregtes gegee word om te gebruik. Die navorser het bevind as kliniek verpleegkundige dat deur werklike prente van veral seksueel oordraagbare siektes te wys, veral die jeug 'n ander idee gekry het, van seksueel oordraagbare infeksies.
<p>2. Die basiese versorging van die siek persoon in die familie opset. Die belangrikheid van die familie as sosiale struktuur vir die individu waar die pasiënt binne die familie-opset basiese versorging kan geniet.</p>	<p>Om hierdie inligting aan families wat reeds sosio-maatskaplik swaar kry, moontlik ongeletterd is en soms nog self kinders is wat ouers moet versorg, oor te dra, stel die navorser voor dat van elementêre illustrasies van basiese inligting oor die mens se liggaam deurgegee word, soos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ persoonlike higiëne; ▪ fisiese versorging, soos om die siek persoon te was, skoon te maak en linne om te ruil, die pasiënt gereeld om te draai en hom/haar in 'n ander posisie te laat lê; ▪ die belangrikheid van gereelde oefening en genoeg rus; ▪ die belangrikheid van medikasie en gereelde inneem daarvan; ▪ die belangrikheid van gereelde klein voedsame maaltye, die voorbereiding daarvan en die voer van die pasiënt; ▪ pyn en die hantering daarvan; ▪ infeksiebeheer en oordrag van kieme 	<p>Die navorser is dit eens dat die Departement gemoed met hierdie sake na gesprek met beleidmakers moontlik ook weekliks vorms sal voltooi in kerksale of gemeenskapsale in die plakkergebiede sodat MIV-positiewe pasiënte en families nie noodwendig so ver moet loop om hulle subsidie te ontvang nie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deur persoonlike higiëne aan iemand te leer is uiters belangrik. Indien hierdie families reeds swaar kry moet die verpleegkundige die maatskaplike werker se hulp inroep om te help met aansoek vir staat subsidies. ▪ Demonstrasies van verpleegkunde studente kan weekliks in gemeenskapsale of selfs in die huis van die MIV-positiewe pasiënt demonstrasies gehou word om basiese sorg soos 'n volbedwas, linne te ruil, die omdraai van die MIV-positiewe pasiënt, die doen van passiewe oefeninge, vryf van gewigte, opsit van warm en koue kompresse op seer gewigte en die belang om medikasie te gee volgens voorskrif

	<p>(patogene) in die algemeen. Dit sluit in die hantering van die pasiënt met MIV en VIGS en die hantering van afvalstowwe;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ basiese inligting spesifiek oor VIGS as siekte, oordrag van die MI-virus, die tekens en simptome en die fases van die siekte; en ▪ mites wat die rondte doen in verband met MIV en VIGS. 	<p>en die gevaar daarvan te verduidelik as dit nie korrek toegedien word nie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die verpleegkundige kan ook basiese inligting gee oor die simptome van MIV en VIGS en fisies wys na velletsels en vergrote limfnodes. Die fases van VIGS kan uitlig word. ▪ Infeksiebeheer kan ook deur verpleegkundiges verduidelik word. Indien daar nie geld is om handskoene aan te koop nie kan die gebruik van plastiese sakkies wat oor die hand getrek word as met afvalstowwe van die VIGS pasiënt werk, demonstreer word. Die belang van "Jik " moet ook hier gedemonstreer word. ▪ Mites oor MIV en VIGS moet ook baie goed verduidelik word.
<p>3. Die bemagtiging van familieledede ten opsigte van die behoeftes van die MIV-positiewe pasiënt.</p> <p>Die familie dien as primêre ondersteuningstelsel en toevlug vir die MIV-positiewe pasiënt, en dit word weerspieël in die antwoorde wat verband hou met die behoefte van die MIV-positiewe pasiënt.</p>	<p>Subafdelings van hierdie riglyn bevat begrippe soos dat onderskeid getref moet word tussen verskillende dimensies en tipes behoeftes in die algemeen met beperkte hulpmiddels, naamlik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ fisiese behoeftes, byvoorbeeld soos voorsien in basiese behoeftes, soos die gee van medikasie, bed-was, linne ruil, wasgoed was, oefening en fisiese aktiwiteit, fisiese kontak, voorberei van voedsel en voer van kos aan die pasiënt en vervoer van en na die kliniek of hospitaal. ▪ emosionele behoeftes soos aanvaarding, bemoediging, betoning van liefde, vergewensgesindheid, volgehoue respek vir hom as mens, waardigheid, vertroue, hom/haar te verstaan, te luister en nie te 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die verpleegkundige, maatskaplike werker, die psigoloë en veral die geestelike leiers moet daadwerklik opgelei word om hierdie baie belangrike aspek aan die families aan te leer en was hierdie aspek duidelik in hierdie navorsing. Hierdie verwys na riglyn 5.2.1.3-5.2.1.4. ▪ Om aan die families die fisiese behoeftes wat VIGS pasiente mag hê, kan verpleegkundige studente en verpleegkundiges hanteer. Daar is al heelwat programme soos die "Basiese versorgingskursus" deur Transnet saamgestel wat tweede jaarstudente in die gemeenskap aanbied aan leke en vrywillige werkers. Die navorser is van mening dat hierdie opleiding ook maandeliks gedoen word en dan ook die

	<p>veroordeel nie, geduld te hê en steeds vir hom/haar om te gee;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ psigologiese behoeftes soos woede, skuldgevoelens, minderwaardigheid en teleurstelling; ▪ sosiale behoeftes soos om nog steeds as mens geag te word, fisiese kontak te hê, te kan sosialiseer en nie vermy te word nie; ▪ finansiële behoeftes soos genoeg fondse vir versorging, begrafnis en versorging van familie wat agterbly; ▪ geestelike behoeftes soos om saam met en vir die MIV-positiewe pasiënt te bid, die belangrikheid daarvan om aan 'n kerk te behoort, die betrokkenheid van 'n geestelike leier en om vergifnis te aanvaar as genade; ▪ hantering van vrese van die MIV-positiewe pasiënt; 	<p>kursusgangers met 'n sertifikaat te beloon.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Emosionele behoeftes kan ook deur verpleegkundiges aangebied word, maar is die navorser van mening dat maatskaplike werkers psigoloë, kommunikasiekundiges, teoloë en geestelik leiers hier betrek word om hier opleiding aan te bied sodat familie van die MIV-positiewe pasiënt ook weet om in hierdie behoeftes te voorsien. Leke werkers in die omgewing geïdentifiseer word om hiermee behulpsaam te wees. ▪ Maatskaplike werkers kan veral belangrik wees in sosiale behoeftes van die MIV-positiewe pasiënt en sy/haar familie en kan ook help met die finansiële behoeftes soos reeds genoem. Hierdie verwys na riglyne 5.2.1.3.
<p>4. Die belang van die gezondheidswerker in die lewe van die MIV-positiewe pasiënt en die familie Die gezondheidswerker maak 'n onmisbare deel uit van die familie en die gemeenskap, en word deur die gemeenskap beskou as 'n verhewe bron van kennis wat respek afdwing en ook as 'n terapeutiese agent.</p>	<p>Die navorser stel voor dat hierdie riglyn subkomponente moet bevat wat die gezondheidswerker ook bewus sal maak van die belangrike rol wat hy/sy vervul met betrekking tot die doeltreffende en korrekte oordrag van inligting rakende MIV en VIGS; gevolglik sal die volgende faktore hier aandag geniet, naamlik;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die beklemtoning by die gezondheidswerker van die belangrikheid van sy/haar rol en dat hy daarvoor toegerus moet wees. (Ten opsigte hiervan wil die navorser ook ander studies en navorsing uitwys wat reeds oor die gesond- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die navorser sal hier meer dikwels indiensopleidingsessies sou wou aanbied, waarin die inligting waaroor die verpleegkundige wel reeds beskik net opgeskerp en die nuutste navorsing met hulle deel. As gevolg van personeel tekort sal hierdie bemoelijk word en sal moontlik ook op 'n algemene personeelvergadering aangebied word. ▪ Dit sal ook van waarde wees om resente navorsing in die Noordwes Provinsie gedoen, voor te lê om enersyds probleme en leemtes

	<p>heidswerker in die gemeenskap gedoen is),</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die opskerp van kennis rakende MIV en VIGS waarvoor gesondheidswerker reeds beskik, ▪ die uitwys van die belangrikheid van alle tekens en simptome (inwendig en uitwendig) van MIV en VIGS by MIV-positiewe pasiënte tydens inligtingsoordrag, sodat vroegtydig met antiretrovirale medikasie begin kan word, ▪ die gesondheidswerker moet ook tydens die oordrag van MIV- en VIGS-verwante inligting die doel en belangrikheid van hierdie middels asook die korrekte gebruik daarvan en waar die middels beskikbaar is, met die MIV-positiewe pasiënt uitklaar; ▪ alternatiewe medikasie en kruie gepaard met die gebruik van antiretrovirale medikasie en die uitwerking daarvan word ook tydens die oordrag van MIV- en VIGS-verwante inligting deur die gesondheidswerker aan die MIV-positiewe pasiënt onder die loep geneem; ▪ die aanleer van kommunikasie- en luistervaardighede sal die gesondheidswerker leer om die MIV- en VIGS-verwante inligting verstaanbaar aan die MIV-positiewe pasiënt en sy familie oor te dra; ▪ voorligting aan pasiënte is baie belangrik en moet 'n boodskap van voorkoming van MIV en VIGS oordra. Voorligting is alleenlik doeltreffend indien dit kultuursensitief aangebied word en ondersteun word deur aanvullende media soos inligtingspamflette, 	<p>uit te wys in die praktyk en andersyds bereidwillig te wees om oplossings vir probleme te help vind. Hierdie sou op die bestuurs- en algemene vergaderings gedoen kon word.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skakeling kan gereël word met persoon betaaft met opleiding van die Distrikskantoor van Gesondheid in die Noordwes Provinsie om vaardigheidskursusse aan te bied aan gesondheidswerkers. ▪ Kommunikasiekunde, maatskaplike werk, psigologie en verpleegkunde van die Noordwes Universiteit kan hier van hulp wees. Hierdie sessies kan veral kommunikasie, luistervaardighede, die belang van refleksie en nie verbale gedrag van inligting oorgedra, aanspreek. Videos en rollespel en kort toetsies om kennis te toets kan gebruik word. ▪ Die belang van berading moet nie onderskat word nie en moet ook terselfdertyd aangespreek word. Die verpleegkundiges is opgewasse om dit wel te hanteer maar is die multiprofessionele span hier ook uiters belangrik. ▪ Die belang van antiretrovirale medikasie kan nie oor beklemtoon word nie. Farmakologie kan die verpleegkundige ook hier van hulp wees, veral oor die gebruik van alternatiewe medikasie en kruiemiddels saam met antiretrovirale medikasie. ▪ Die belang van verskillende kulture is hier 'n
--	---	---

	<p>brosjures en boekies;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die belangrikheid van die nie-verbale gedrag van die gesondheidswerker tydens voor- en natoetsberading met 'n pasiënt, wat nie veroordeling van die pasiënte uitstraal nie. ▪ die skep van 'n basis vir verwysingsnetwerke en byvoegings by reeds bestaande verwysingsraamwerk, ▪ die aanleer van kommunikasie- en luistervaardighede en die belangrikheid van 'n vertrouensverhouding tussen die gesondheidswerker en die MIV-positiewe pasiënt; ▪ die belangrikheid van berading en van reflektering, ▪ skakeling met die multiprofessionele span terwyl die beginsel van vertroulikheid steeds eerbiedig word; ▪ die skep van 'n basis vir verwysingsnetwerke en byvoegings by reeds bestaande verwysingsraamwerke; ▪ kultuurverskille, sensitiwiteit vir, aandag skenk aan en verduideliking van die impak van mites; 	<p>prioriteite en kan sosioloë ook hier van hulp wees om die verpleegkundige te ondersteun aangesien kultuursensitiewe verpleging 'n werklikheid is in die beroep en praktyk van die verpleegkundige.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die vestiging van verwysingsstelsels kan net meer word as meer nense opgelei word. Dit kan daartoe lei dat die verwysingsnetwerke uitbrei en so kan families van die MIV-positiewe pasiënt ondersteun word. Dit is dan belangrik om 'n opgedateerde basis by te hou om na heen te verwys. <p>Hierdie verwys na riglyn 5.2.2.</p>
<p>5. Die belangrikheid van verwysing en skakeling met die multiprofessionele span ter ondersteuning van die familie van die MIV-positiewe pasiënt</p>	<p>Deur die skakeling met die multiprofessionele span, naamlik die maatskaplike werker om vas te stel of MIV-positiewe pasiënte reeds staatssubsidies ontvang en, indien nie, die aansoekproses daarvoor in werking te stel kan van waarde wees en die familie tot hulp wees. Die waarde van fisioterapeut met betrekking tot oefeninge en</p>	<p>Hierdie verwys na riglyn 5.2.3.2. en is die belang reeds hierbo bespreek.</p>

	<p>massering om pyn verligting aan die pasient te gee en die familie te bemagtig om hierdie oefeninge aan te wend. Vervolgens die belang van verwysingsnetwerke waaroor die gesondheidswerker moet beskik om families van die MIV-positiewe pasient te ondersteun.</p> <p>Die belangrikheid van verwysingsnetwerke vir die ondersteuning van die familie van die MIV-positiewe pasiënt.</p>	
<p>6. Die rol van die gemeenskap om die familie van die MIV-positiewe pasiënt te ondersteun. Die rol van die gemeenskap met betrekking tot die bemagtiging van die familie van die MIV-positiewe pasiënt ter ondersteuning van die familie is belangrik en moet die belangrikheid hiervan en die skakeling tussen verskillende rolspelers uitgewys word;</p>	<p>Skakeling met ander rolspelers soos NRO's, GGBO's en ander gesondheidswerkers om die MIV-positiewe pasiënt en sy familieledede te ondersteun, byvoorbeeld om aansoek te doen om 'n staat-gesubsideerde pensioen,</p> <p>Daar kan gesamentlike interaksiepogings en vennootskappe tussen verskillende rolspelers plaasvind, en ook intervensies soos tuisversorgings- en ondersteuningsdienste om die volhoubaarheid van programme en die mobilisering van netwerke te verseker.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die benutting van kundiges van die Noordwes-Universiteit – al drie kampusse – om behulpsaam te wees met beleidmaking; ▪ die aanwend van studente in verpleegkunde, maatskaplike werk, psigologie en kommunikasiekunde van die Noordwes-Universiteit – al drie kampusse – om behulpsaam te wees met projekte wat reeds bestaan en nuwe projekte te inisieer; ▪ die belangrikheid van befondsing om inligtingsoordrag rakende MIV en VIGS in die gemeen- 	<p>Die navorser stel voor dat hierdie riglyn opleiding aan gemeenskappe, aan veral prominente figure soos kerkleiers en politieke leiers, gegee moet word, en dat hulle ook bewus gemaak moet word van die belangrike rol wat die gemeenskap het om te vervul. Dit sal ook waarde inhou om konkrete navorsingsresultate wat reeds oor aspekte soos stigmatisering deur onder andere Phetlhu (2005) gepubliseer is, voor te hou om die erns daarvan te benadruk. Hierdie is almal professionele persone en sal dagboeke geskieduleer word vir samesprekings, veral omdat dit gaan oor finansiële beplanning en fondse en projekte en voorsiening van personeel en lokale. Hierdie verwys na riglyn 5.2.3</p>

	<p>skappe van die Noordwes-Provinsie te bevorder;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die belangrikheid van die betrokkenheid van alle geestelike denominasies. Pastorale begeleiding van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie is ook van die allergrootste belang, en dit kan tegelykertyd ook as 'n leergeleentheid dien. <p>Die kerk, as 'n faset van die gemeenskap, moet ook die omstandighede wat die pasiënte magtelos laat voel, soos stigmatisering, emosionele isolasie, angs, liggaamlike verswakking en die onafwendbaarheid van die dood, ondervang en die families bystaan (Raath, 2001: 90-91).</p> <p>Voorligting is alleenlik doeltreffend indien dit kultuursensitief aangedied word en ondersteun word deur aanvullende media soos inligtingspamflette, brosjures en boekies wat in pasiënte se huistaal aangebied is.</p> <p>Beleidmakers moet dus toesien dat voorsiening in die begroting gemaak word vir die ontwikkeling van voorligtings-/inligtingsmateriaal wat gesondheidswerkers kan uitdeel tydens voor- en natoetsberading van MIV-positiewe pasiënte;</p>	
--	--	--

5.4 AANBEVELINGS

Uit hierdie navorsing kom dit duidelik na vore dat, alhoewel kennis en begrip rakende MIV en VIGS bestaan, onsekerheid en onkunde oor veral sekere begrippe rakende MIV en VIGS-verwante inligting steeds voorkom. Hierdie gebrek aan kennis bestaan nie net onder die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt nie, maar ook by die MIV-positiewe pasiënt self.

Dit bevestig die navorser se vermoede/argument dat inligting rakende MIV en VIGS wat oorgedra word, nie noodwendig verstaan en dus ook nie geïnternaliseer word nie. Die navorser beveel ook aan dat die multiprofessionele span, veral kundiges in psigologie, opvoedkundiges en kommunikasiekundiges betrek moet word om inligtingsoordrag deur gesondheidswerkers te bevorder.

Armoede en werkloosheid is ook baie duidelik by die familieledede van die MIV-positiewe pasiënt as deelnemers aan hierdie navorsing waargeneem, en nie almal is hoog geskoold nie. Riglyne vir die bemagtiging van die familie om die MIV-positiewe pasiënt te ondersteun moet op so 'n wyse geformuleer word dat dit vir alle familieledede verstaanbaar is.

'n Ander faktor wat in aanmerking geneem moet word, is die feit dat, alhoewel die oorgrote meerderheid familieledede as deelnemers Setswana praat, daar tog ook Xhosa- en Zulu-sprekendes in hierdie gebied is. Riglyne sal dus so saamgestel moet word dat dit ook die taalvoorkeur van familieledede van die MIV-positiewe pasiënt in ag neem.

5.4.1 AANBEVELINGS VIR VERPLEEGONDERWYS

- Die navorser is van mening dat studenteverpleegkundiges as gesondheidswerkers in gemeenskappe veel meer betrokke moet wees by bewusmakingsprogramme en -projekte. Sommige gemeenskappe is ongeletterd, en die navorser is van mening dat daar eers basiese inligting en vaardighede aan hierdie gemeenskappe oorgedra moet word, byvoorbeeld deur middel van die "Healthy Hester"-program soos deur Transnet opgestel.
- Hierdie projekte in die ongeskoolde gemeenskappe moet onafgebroke loop sodat 'n vertrouensverhouding tussen die gemeenskap en die gesondheidswerkers opgebou kan word.

- Tuisbesoeke deur studente, soos reeds gedoen word, moet uitgebrei word en junior en senior studente moet vir spesifieke gesinne aanwys word. Dit sal kontinuiteit waarborg en 'n vertrouensverhouding tussen die studenteverpleegkundiges en die MIV-positiewe pasiënt en sy familie tot stand bring.
- Kultuursensitiewe verpleegkunde moet reeds vanaf die eerstejaar in die silabus van die B.Cur. Verpleegkundeprogram ingebou en in die praktyk toegepas word,
- Gemeenskapsprojekte, soos dié wat tans bestaan, moet uitgebrei word, en die multiprofessionele span moet ook hierby betrek word. Veral by die drie kampusse van die Noordwes-Universiteit in die Noordwes-Provinsie is daar reeds heelwat akademiese kundigheid wat in die gemeenskappe in die Noordwes-Provinsie teruggeploeg kan word om 'n verskil te maak,
- Verpligte kommunikasie- en luistervaardighede moet ook in die kurrikulum van veral voorgraadse verpleegprogramme ingebou word.

5.4.2 AANBEVELINGS VIR VERPLEEGNAVORSING

- Die navorser is van mening dat navorsing ook in samewerking met kerkgroepe gedoen behoort te word. Die oorgrote meerderheid MIV-positiewe pasiënte wat aan hierdie navorsing deelgeneem het, behoort aan kerkgroepe. Dit sou dus sinvol wees om hierdie groepe te betrek.
- Dit sou waarde inhou as opvoedkundiges ook betrokke sou raak by voorligting ten opsigte van basiese beginsels en vaardighede.
- Psigologie en kommunikasiekunde kan ook hierby betrek word, soos die geval reeds is met Maatskaplike Werk.
- Groep-navorsingsprojekte waarby studente betrokke is en dit ook deel van hulle kliniese skakeling en praktyk uitmaak, sou ook nuttige bydraes kon lewer.
- 'n Ondersoek kan geloods word na beskikbare ondersteuningsbronne in die gemeenskappe vir MIV-positiewe pasiënte en hulle gesinne,
- 'n Indringende ondersoek kan gedoen word na verskillende mites wat die rondte doen,
- Taal- en kultuurverskille behoort ook verreken te word om wanpersepsies uit die weg te ruim en inligtingsmateriaal rakende MIV en VIGS te versprei. Nie alle

kulture beskik oor woorde vir sekere begrippe, byvoorbeeld “virus” en die “immuunstelsel”, nie. Die probleem van moeilike verpleegkundige en mediese terme moet ook hierdeur omseil word. Daar moet dus iets visueel geskep word sodat die familieledede dit kan sien en daarmee kan identifiseer om dit te kan verstaan.

5.4.3 AANBEVELINGS VIR DIE VERPLEEGPRAKTYK

- Riglyne moet bekend gemaak word aan gemeenskapsverpleegkundiges en die moontlikheid van toepassing daarvan in die praktyk verken word.
- Opleiding en skolingsprojekte in die ongeskoolde gemeenskappe van veral die eerste- tot derdejaarsgroepe voorgraads sou ook sinvol wees.
- Die aflê van tuisbesoeke en dat 'n groep studente verantwoordelik gehou word vir 'n huisgesin. Hier kan van senior studente en eerstejaars in een groep gebruik gemaak word sodat kontinuïteit gehandhaaf en vertrouensverhoudings opgebou word.
- Meer uitgebreide samewerking deur die multiprofessionele span in groeprnavorsingsprojekte, soos reeds die geval is, so 'n noodsaaklike bydrae daartoe lewer om veral agtergeblewe gemeenskappe op te hef en kundigheid en vaardighede by praktisyns op te skerp.
- Skakeling met ander rolspelers soor NRO's (Nie Regeringsgebaseerde Organisasies). GGBO's (Geloofsgebaseerde Organisasies) en ander gesondheidswerkers word ook aanbeveel.
- Meer betrokkenheid by bewusmakingsveldtogte in die gemeenskap is nodig.
- Inisieer projekte en betrek belangrike gemeenskapsleiers by, onder andere, die “Tswaraganoprojek”.

5.5 BEPERKINGE VAN HIERDIE STUDIE

- Die meeste deelnemers aan hierdie studie was vroue; dus is mans se sienings nie goed hierin verteenwoordig nie.
- Die feit dat die meerderheid deelnemers meen dat hulle aan 'n kerk behoort, het meegebring dat hierdie navorsing meer inspraak van Christelike deelnemers

gehad het as van nie-Christelike deelnemers. 'n Breër religieuse verteenwoordiging sou tot ryker resultate in die navorsing kon lei.

- Die feit dat die navorser nie die taal van die deelnemers kan praat of verstaan nie, het persoonlike konflik by die navorser geskep. Sy het getwyfel of die tussen-gangers die vrae wel korrek aan die deelnemers verduidelik het, soos die navorser dit bedoel het. Phetlu (2005:114) noem dat daar veral in swart tale nie altyd goeie verduidelikings vir terme rakende MIV- en VIGS-verwante inligting bestaan nie.
- Vanuit die navorser se wêreldbeskouing, wat steeds sterk beïnvloed is deur die tradisionele mediese (patogene) model, wat op probleme fokus, toon die studie 'n leemte met betrekking tot sterktes wat ondersteunend op die lewe van die familie van die MIV-positiewe pasiënt kan inwerk.
- Die studie dui daarop dat toekomstige studies onderneem behoort te word oor ondersteuningsnetwerke in die gemeenskap soos NRO's, GGO's, die privaat-sektor en beleidsmakers tot voordeel van die familie van die MIV-positiewe pasiënt om dié te kan ondersteun.

5.6 EVALUERING VAN DIE STUDIE

Die navorsingsdoelwitte van hierdie navorsingstudie is bereik, naamlik om die begrip van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie rakende MIV- en VIGS-verwante inligting te verken en te beskryf en om riglyne te formuleer ter bemagtiging van die familielede van die MIV-positiewe pasiënt ten einde die pasiënt tuis te kan ondersteun.

Die navorsingsontwerp was kwantitatief, verkennend en beskrywend van aard (Burns & Grove, 2005:26, 44). Dit behels 'n kontekstuele opname wat in klinieke in Heuningvlei in die Kagiso-distrik van die Vryburg-streek in die Noordwes-Provinsie asook in die Potchefstroomklinieke in die Suidelike streek van die Noordwes-Provinsie uitgevoer is.

Aangesien die navorsing deel uitmaak van die Tswaragano-projek wat op die Heuningvlei-area fokus, is daar besluit om die loodsstudie in genoemde area wat in die Kagiso-distrik in die Vryburg-streek (Bophirima) in die Noordwes-Provinsie geleë is, uit te voer. Die werklike opname is in die Potchefstroom-distrik in die Noordwes-Provinsie uitgevoer.

Twee vraelyste is opgestel en vanuit die literatuur begrond. Vraelys 1 het die begrip van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV en VIGS verken, en vraelys 2 die begrip van die familie van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV en VIGS.

Data-insameling is in samewerking met gesondheidwekers van die primêre gesondheidsklinieke in Potchefstroom gedoen, en data-ontleding is deur die Statistiese Konsultasiediens van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus aan die hand van die frekwensiemetode uitgevoer. Effekgroottes is met behulp van die Chronbach Alpha-metode bereken.

In hierdie hoofstuk is die realisering van data weergegee, en uit bevindings, en gevolgtrekkings waartoe gekom is, is aanbevelings vir die verpleegonderwys en -praktyk sowel as vir verdere navorsing aan die hand gedoen.

Die gevolgtrekking waartoe die navorser kom, is dat daar wel begrip van inligting rakende MIV en VIGS onder die MIV-positiewe pasiënte sowel as die familieledere van hierdie pasiënt bestaan, maar dat leemtes steeds voorkom wat aandag behoort te geniet. Dit is ook duidelik dat die MIV-positiewe pasiënt deur sy familie versorg wil word as hy siek word en dat die familie ook bereid is om, nieteenstaande moeilike sosio-maatskaplike omstandighede soos armoede op eie sterktes inherent aan hierdie families, die MIV-positiewe pasiënt wil ondersteun.

Die formulering van riglyne om die familieledere van die MIV-positiewe pasiënt te bemagtig, volg uit opsommende gevolgtrekkings wat uit teoretiese raamwerk en empiriese data verkry is. Hierdie riglyne kan dus 'n groot bydrae lewer daartoe dat families hulle sterktes aanvul indien hulle meer inligting en vaardighede bekom om hulle te bemagtig om die MIV-positiewe pasiënt te kan ondersteun.

Navorsingsresultate het getoon dat die gesondheidswerker 'n belangrike rol vervul ten opsigte van die oordrag van MIV- en VIGS-verwante inligting, en die navorser gee dit in die evaluering van hierdie navorsing ook weer. Die uitkomste/resultaat van hierdie navorsing behoort dan ook aan die gesondheidsowerhede van die Noordwes-Provinsie voorgelê te word sodat hierdie aanbevelings en riglyne met gesondheidshoofde en beleidmakers bespreek kan word, aangesien die riglyne tot verbeterde oordrag van inligting deur gesondheidswerkers aan pasiënte kan bydra, asook tot die gebruik van gesondheidsfasiliteite en medikasie volgens voorskrifte.

Riglyne is geformuleer deur inligting wat uit teoretiese raiaanwerk verkry is, saam te stel, asook uit empiriese data, en die navorser beoog om hierdie riglyne in Heunjingvlei sowel as in Potchefstroom bekend te stel en te implementeer ter verbetering van die MIV-positiewe pasiënt se situasie deurdat die familieledede bemagtig word.

Aanbevelings is ook gemaak vir verpleegonderwys, navorsing en die verpleegpraktyk.

Die sinvolheid van hierdie navorsing en resultate lê veral daarin dat leemtes en sterktes in die begrip van die MIV-positiewe pasiënt en sy familie uitgelig is, en dat riglyne om die familie binne die breë gemeenskap geformuleer is. Die uitgebreide literatuurstudie werp verder ook lig op die interaksie tussen die individu, familie, gemeenskap en gesondheidswerker om begrip om MIV en VIGS te verhoog.

ABDOOL KARIM, S.S.A. & ABDOOL KARIM, Q., eds. 2005. HIV/AIDS in South Africa. Cape Town: Cambridge University Press. 592 p.

ABRAMSON, J.H. & ABRAMSON, Z.H. 1999. Survey methods in community medicine: epidemiological research, programme evaluation, clinical trials. 5th ed. London: Churchill Livingstone. 419 p.

ALCAMO, I.E. 1997. Aids: The biological basis. 2nd ed. Toronto: Brown. 293 p.

ALLENDER, J.A. & SPRATLEY, B.W. 2001. Community health nursing: concepts and practice. 5th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott. 164 p.

ANGELO, A.A. 1995. Illness and social behavior. <http://www.sociology.ohio-state.edu.html> Date of access: 17 February 2007.

ANON. 2001. Aids to slash life expectancy throughout southern Africa. News release, 22 Maart. <http://www.sair.org.za/wsc/pstory.htx?storyID=210> Date of access: 3 April 2007.

ANON. 2003. Vigsplandemie eis al hoe groter tol in SA. *Rapport*: 8, 19 Januarie. Beskikbaar: S.A. Media.

ANON. 2005. Razor's edge - The controversy of female genital mutilation. When culture harms the girls - The globalisation of female genital mutilation sexually in Africa. Africas Regional Sexuality Resource Centre. <http://www.irinnews.org/InDepthMain.spx?InDepthId=15&RepotId=62462> Date of access: 24 May 2007.

ARSRC Articles. 2005. When Culture Harms The Girls: The Globalisation of Female Genital Mutilation. <http://www.arsrc.org/features/issue008.htm> Date of access: 22 January 2008.

BAINBRIDGE, W.S. 1989. Survey research: a computer-assisted introduction. Belmont, Calif.: Wadsworth. 370 p.

BARNES, T. 2003. A rough guide to HIV. 2nd ed. Middlesex: How's That Publishing Limited. 96 p.

BARNETT, T. & BLAIKIE, P. 1992. AIDS in Africa: its present and future impact. London: Belhaven Press. 193 p.

BARUTH, L.G. & MANNING, M.L. 2003. Multicultural counseling and psychotherapy: a lifespan perspective. 3rd ed. Upper Saddle River: Merrill/Prentice Hall. 437 p.

BERNSTEIN, A.J. & VAN ROOYEN, C.A.J. 1994. Sociocultural factors and their importance in working with people with Aids in South Africa. *Social work practice / Maatskaplike werk praktyk*, 30(4):375-382, Oct.

BIRKHEAD,

BLANCHE , S., PASSERON, A., GOMBERT, B., GINSBURG, C., SALMON, D. & SICARD, D. 1999. Sarcoidosis and HIV infection : influence of highly active antiretroviral therapy. PMID : 10354103 [PubgMed – indexed for Medline]. Blackwell Synergy.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=pubMedlist_uids=10354103. Date of access: 24 May 2007.

BOBAT, R., COOVADIA, H., COUTSOUDIS, A. & MOODLEY, D. 1996. Determinants of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 infection in a cohort from Durban, South Africa. *AIDS scan*, 8(4):13, Des.

BOIKANYO, P. 2001. Afrocentrism in the communication strategies used by the Department of Health and Social Developmental Welfare in the North West Province. Potchefstroom: Potchefstroom University for Christian Higher Education. (Dissertation - MA.)

BONNUCK, K. 1993. AIDS and families: cultural psychosocial and functional impacts. *Social work in health care*, 19:75-89.

BOOYSEN, F., BACHMAN, M., MATEBESI, Z. & MEYER, J. 2004. The socio-economic impact of HIV / AIDS on households in South Africa: Pilot study of Welkom and Qwaqwa, Free State Province. Southern African Regional Poverty Network. <http://www.sarprn.org.za/documents/d0001489/index.php> Date of access: 24 May 2007.

BOOYSEN, F., BACHMAN, M., MATEBESI, Z & MEYER, J. 2004. The socio-economic impact of HIV/AIDS on households in South Africa : Pilot study of Welkom and Qwaqwa, Free State Province. University of the Free State and Centre for Health Systems Research and Development. <http://www.jeapo.org.za>.

- BOR, R., MILLER, R. & GOLDMAN, E. 1993. HIV-counselling: a systemic approach. London: Cassell.
- BOSMAN, D.B., VAN DER MERWE, I.W. & HIEMSTRA, L.W. 1980. Tweektalige woordeboek. Kaapstad: Tafelberg Uitgewers. 1901 p.
- BOTES, A. 1992 'n Model vir kwalitatiewe navorsing in die verpleegkunde. *Curationis*, 15(4):36-42, Desember.
- BRADLEY, J.C. & EDINBERG, M.A. 1990. Communication in the nursing context. 3rd ed. Norwalk, Connecticut.: Appleton & Lange. 260 p.
- BRAMMER, L M., SHOSTROM, P.J. & ABREGO, J. 1989. Therapeutic psychology: fundamentals of counseling and psychotherapy. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- BRENNAN, D.J. 1998. Involving families in hospice and home care. (*In* Aronstein, D.M. & Thompson, B.J. HIV and social work: a practitioner's guide. New York: Harrington Press. p. 123-124.)
- BRINK, H.I. 1996. Fundamentals of research methodology for health care professionals. Kenwyn: Juta. 220 p.
- BRINK, H.I. 2002 Fundamentals of research methodology for health care professionals. Kenwyn: Juta. 220 p.
- BROCKOPP, D.Y. & HASTINGS-TOLSMA, M.T. 1995. Fundamentals of nursing research. Pretoria : Unisa. 360 p.
- BURNARD, P. 1990. Learning human skills: an experimental guide for nurses. 2nd ed. Oxford: Heinemann. 221 p.
- BURNS, N. & GROVE, S.K. 1997. The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization. 3rd ed. Philadelphia, : Elsevier Saunders. 828 p.
- BURNS, N. & GROVE, S.K. 2001. The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization. 4th ed. Philadelphia, : Elsevier Saunders. 840 p.
- BURNS, N. & GROVE, S.K. 2005. The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. 5th ed. Philadelphia, : Elsevier Saunders. 780 p.

- BYRNE, R.H. 1995. Becoming a master counsellor. Introduction to the profession. New York: Brooks/Cole.
- CAPLAN, G. 1974. Support systems and community mental health. Lectures on concept and development. New York: Behavioral Publications. 267 p.
- Centre for Health Systems. 1992. Research Development [p. 5].
- CHERNESKY, R.H. & GUTHEIL, I.A. 2002. Family care giving as a service for agencies: findings from a study of philanthropic trends. *Families in society*, 83(5/6):449-456, September / December.
- CERVIA, J. KAPLAN, B. SCHUVAL, S. & WEISS, S. 2003. Virologic Testing in the management of Perinatal HIV Exposure. <http://www.medscape.com/viewarticle/448718>. Date of access: 22 January 2008.
- CHOU, F-Y. HOLZEMER, W.L., PORTILLO, C.J. & SLAUGHTER, R. 2004. Self-care strategies and sources of information for HIV/AIDS symptom management. *Nursing Research*, 53(5):332-339.
- CLARK, M.J. 1999. Nursing in the community: dimensions of community health nursing. 3rd ed. Stamford, Connecticut.: Appleton & Lange. 1103 p.
- CLUETT, E.R. & BLUFF, R. 2000. Principles and practice of research in midwifery. Edinburgh: Baillière Tindall. 229 p.
- CONCISE OXFORD DICTIONARY (COD). 1992. Stigma. Oxford: Clarendon Press.
- CRYSTAL, S. & JACKSON, M.M. 1989. Psychosocial adaptation and economic circumstances of persons with AIDS. *Family and community health*, 12:77-88.
- DANIELS, R. 2005. Nursing fundamentals. Caring & clinical decision making. New York: Thompson and Delmar Learning. 1598 p.
- DEMOCRATIC NURSING ORGANISATION OF SOUTH AFRICA (DENOSA). 1998. Ethical standards for nurse researchers. Pretoria. 7 p.
- DE VINCENZI, I. 1998. Heterosexual transmission of HIV : follow-up of a European cohort of couples. European Centre for the epidemiological Monitoring of AIDS, Paris. France. <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/10213415.html>.

- DE VOS, A.S. 2002 Qualitative data analysis and interpretation. Research at grass roots for the social sciences and human service profession. 2nd ed. Pretoria : Van Schaik. P. 339-355.
- DESMOND, C. & GOW, J. 2001. Sickness, death and poverty: our bequest to orphans. *ChildrenFirst*: 19-24, December / January.
- DEXTER, G. & WASH, M. 2001. Psychiatric nursing skills. A patient centered approach. Cheltenham: Nelson Thorns.
- DONIGAN, J. & MALNATI, R. 1997. Systemic group therapy: a triadic model. New York: Brooke/Cole.
- DOUGLAS, M. 1994. Risk and blame: essay in cultural theory. London: Routledge. 323 p.
- DU PREEZ, A. 2004. Intrapartumpraktykgebruike om vertikale oordrag van MIV te beperk. Potchefstroom: Potchefstroom Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys. (Verhandeling - MCur.)
- ELLIS, S.M. & STEYN, H.S. Dat. Practical significance (effect size) versus or in combination with statisticcil significance (p-value) PU for CHE.**
- ESSOP, P. 2004. Plan of action for VIGS orphans. *Cape Argus*, 27 September. (1 p.). Available: SA Media.
- EVIAN, C. 1993. Primary aids care. 3rd ed. Houghton: Jacana Education. 332 p.**
- EVIAN, C. 2000. Primary aids care. 3rd ed. Houghton: Jacana Education. 332 p.**
- EVIAN, C. 2002. Primary aids care. A practical guide for primary health care personnel in the clinical and supportive care of people with HIV/AIDS. 3rd ed. Houghton: Jacana Education. 267 p.
- EXCHANGE FINDINGS. 2005. What do we do with culture. Engaging culture development. http://www.healthlink.org.uk/PDFs/Findings_Culture.pdf. Date of access: 22 January 2008.
- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. 2005. VDCT Toolkit. HIV Voluntary Counseling and Testing: Sdkills Training Curriculum Participant's Manual. Arlington. USA. 84p.

- FARRALL, S., BANNISTER, J., DITTON, J. & GILCHRIST, E. 2001. Open and closed questions. *Sociology at Surrey: Social Research Update* 17, May, 1. <http://www.sru.soc.surrey.ac.uk/sru17.html>. Date of access: 24 May 2007.
- GIGER, J.N. & DAVIDHIZAR, R.E. 1991. *Transcultural nursing: assessment and intervention*. St Louis, Mo.: Mosby Yearbook. 540 p.
- GILLHAM, B. 2000. *The research interview*. London: Continuum. 96 p.
- GIRMA, M. & SCHIETINGER, H. 1998. Integrating HIV/AIDS prevention, care, and support: a rationale. Washington, D.C.: United States Agency for International Development. (Community-based economic support for households affected by HIV/AIDS. Discussion papers on HIV/Aids care and support, Discussion paper no.1: The synergy project.)
- GOFFMAN, E. 1995. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin Books. 174 p.
- GREEFF, M. & DU PLESSIS, E. 2001. *Gesondheidsdienslewering aan die MIV/VIGS pasiënt in die Noordwes-Provinsie*. Potchefstroom: Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys. (Groep= navorsingsprojek.) (Ongepubliseer.)
- GRIEG, J.D. 1987. *Aids: what every responsible Canadian should know*. Ontario: Summerhill Press. 135 p.
- HAMILTON, R. & DINAT, N. 2006. *Juta's counselling handbook for healthcare professionals*. Kenwyn: Juta. 139 p.
- HARTMAN, A. 1981. The family: a central focus for practice. *Social work*, 26:7-13.
- HAYS, R.B., MAGEE, R.H. & CHAUNCEY, S. 1998. Identifying helpful and unhelpful behaviours of loved ones: the PWA's perspective. (In Bor, R. & Elford, J., eds. *The family & HIV today: recent research and practice*. London: Cassell. p. 92-108.)
- HEREK, G. 1999. Stigma (social psychology): AIDS (disease) patient's social conditions. *American behavioural scientist*, 42(7):1106-1111, April.
- HIV/AIDS NEWS SERVICE. 2004. UN-OCHA Integrated Regional Information Networks. Treatment Map: www.plusnews.org/AIDS/treatment/South-Africa.asp.

- JEWKES, R. 2006. So many questions. *Sunday Times*, 29 October. (1 p.). Available: SA Media.
- JEWKES, R. 2006. Emotional trauma. *Cape Argus*, 29 September. (2 p.). Available: SA Media.
- JEWKES, R. & ALBERTYN, C. 2006. Right or wrong, it's a right. *Mail and Guardian*, 7 September. (2 p.). Available: SA Media.
- JONES, K.B. 2001. Aids in South Africa. *New York Times*, March 21.
- KAHN J.G, ZHANG, X. CROSS L.T, PALACIO, H, BIRKHEAD, G.S & MORIN, S.F. 2002. Access to and use of HIV antiretroviral therapy: variation by race/ethnicity .Journal article –public health reports. Institute for Health Policy Studies, University of California. San Fransisco. 265-62 p.
- KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. & GREBB, J.A. 1994. Synopsis of psychiatry. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins. (Behavioral sciences clinical psychiatry.)
- KARIM, S.S.A & KARIM Q.A. 1991. Sexual behaviour and knowledge of AIDS among urban black mothers. Implications for AIDS intervention programmes. *South African medical journal*, 80:340-343.
- KOZIER, B., BERMAN, A.J., BERMAN, A.J. & BURKE, K. 2004. Fundamentals of nursing: concepts process and practice. 5th ed. Redwood City, Calif.: Addison-Wesley. 1505 p.
- KRITZINGER, M.S.B. & LABUSCHAGNE, F.J. 1998. Verklarende Afrikaanse woordeboek. 8ste uitg. Pretoria: Van Schaik. 1336 p.
- LACHMAN, S.J. 1999. A knowledge base of heterosexual HIV/AIDS as a global problem in the 21st Century. Johannesburg: S.J. Lachman. 721 p.
- LEININGER, M. 1997. Overview of the theory of cultural nursing care with an ethno nursing research method. *Journal of transcultural nursing*, 8(2):32-51, January.
- LEININGER, M. 2000. Founder focus - the third millennium and transcultural nursing. *Journal of transcultural nursing*, 11(1):199-201, January.
- LESTER, 1998:29 oordrag van MIV info – in Daniels 2005

- LILLEY, L. 2004. Mental health problems: the stigma and isolation in remote and rural communities. <http://www.esrc.ac.uk/erscinfocentre/mentalhealth.aspx> Date of access: 27 August 2004.
- LoBIONDO-WOOD, G. & HABER, J. 2002. Nursing research: methods, critical appraisal and utilization. 3rd ed. St Louis, Mo.: Mosby. 554 p.
- LOMBAARD, S. 1994. Nasionale plan om die vigsramp te keer. *RSA review/RSA oorsig*, 7(6):32-40, Aug.
- LYONS, M. 2001. The impact of HIV and AIDS on children, families and communities: risks and realities of childhood during the HIV epidemic. HIV and Development Programme, Issues paper, no. 30. (19 p.). <http://www.undp.org/hiv/publications/issues/english/issue30e.html> Date of access: 25 July 2006.
- MALAN, M, 2004. Plantkundige oorval met navrae oor sy vigsmiddel. *Rapport*. 01 Augustus. SA Media – The University of the Free State.
- MASCOLINI, M. 2001. Epidemiology: AIDS now leading cause of death in South Africa. (International Aids Society.) *New York times*, September 17. (1p.). <http://ias.se/article/shpw.asp?aarticle> Date of access: 18 April 2006.
- MBUYA, J.C. 2000. The Aids Epidemic in South Africa. 3rd South Africa. Sunningprint. 111p.
- MAY, J. & NORTON, A. 1997. A difficult life: the perceptions and experience of poverty in South Africa. (*In Moller, V., ed. Quality of life in South Africa. Boston, Mass.: Kluwer Academic Publishers. p. 95-118.*)
- McDONNELL, J.R., ABEL, N. & MILLER, J. 2001. Family members: willingness to care for people with AIDS: A psychosocial assessment model. *Social work*, 36(1):43-53, January.
- MEIER, S.T. 1989. The elements of counseling. Pacific Grove, Calif.: Brooks/Cole. 85 p.
- MERCK MANUAL. 2001. Merck manual of diagnosis and therapy. 16th ed. Rahway, N.J.: Merck & Company. 2944 p.

- MINNIE, C.S. 2003. Die keuse van babavoedingswyse binne die MIV/VIGS-epidemie. Voorligting implikasies. Potchefstroom: Potchefstroom Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys.
- MORRISON, P. & BURNARD, P. 1997. Caring and communicating. The interpersonal relationship in nursing. 2nd ed. London: Macmillan.
- MOTELLE, N.L. 2003. Perceptions of HIV-infected Tswana woman of female subordination and the HIV-risk. Potchefstroom: Potchefstroom University for Christian Higher Education.
- MOUTON, J. & MARAIS, H.C. 1990. Basiese begrippe: metodologie van die geesteswetenskappe. 2de hers. uitg. Pretoria: RGN. 169 p.
- MSIMANG, S. & EKAMBARAN, S. 2004. The challenge of women's political organising in the time of AIDS. *Cape Argus*, 29 September.
- NORTH-WEST PROVINCE. Department of Health. 1999. Results of the HIV seroprevalence survey of women attending public clinics in the North West Province. Mmabatho: Department of Health.
- NEW YORK STATE. Department of Health. AIDS Institute. 2004. Promoting adherence to HIV antiretroviral therapy: Best Practices. U.S. Health Resources.
- NEW YORK STATE. Department of Health. AIDS Institute. 2004. Clinical Resource Guidelines. Division of infectious Diseases . School of Medicine . John Hopkins University. [http://www. Aids-ect.org](http://www.Aids-ect.org).
- O' CONNOR, M.F., & YALOM, I.D. 1997. Treating the psychological consequences of HIV. 1st ed. San Francisco : Jossey-Bass Publisherts. 361 p.
- OKUN, B.F. 1997. Effective helping. Interviewing and counseling techniques. Washington: Brooks/Cole.
- ORAL ROBERTS UNIVERSITY. Anna Vaughn School of Nursing. 1990. Self study report, submitted to the council of Baccalaureate and higher degree programs, National League for Nursing, v. 1. Narrative by criteria. Tulsa, Okla. : Oral Roberts University. p 136-142.
- PARKER, W., DALRYMPLE, L. & DURDEN, E. 1998. Communicating beyond AIDS awareness. A manual for South Africa. Pretoria: Department of Health. 18 p.

- PHETLHU, D.R. 2005. Stigmatisation of a patient co-infected with TB and HIV. Potchefstroom: North-West University, Potchefstroom Campus. 88 p. (Dissertation - MCur.)
- POLIT, S.F. & HUNGLER, B.P. 1999. Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization. 4th ed. Philadelphia, : Lippincott. 25 p.
- POLIT, S.F., BECK, C.T. & HUNGLER, B.P. 2001. Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization. 5th ed. Philadelphia, : Lippincott. 225 p.
- POTCHEFSTROOM STADSRAAD. (2004-2005). Omgewingstudies en statistiek
- POWDERLEY, W.G. & MAYER, K.H. 2003. Centers for Disease Control and Prevention. Revised guidelines for human immunodeficiency virus (HIV). Counseling, testing and referral: Targeting HIV specialists. *Clinical infectious diseases*, 37:813-819.
- PRATT, R. 2003. HIV and Aids. A foundation for nursing and health care. 5th ed. London: Arnold. 488 p.
- RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT. Departement Verpleegkunde. 1992. Verplegingsteorie vir mensheeldheid. Johannesburg. (Ongepubliseer.)
- RAATH, H. 2001. Riglyne vir die maatskaplike werkhanting van die psigo-sosiale behoeftes van MIV/VIGS blootgestelde adolessente. Potchefstroom: Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys. (Verhandeling - MA.) 260 p.
- REID, E. & BAILEY, M. 1992. Young woman: silence, susceptibility and HIV epidemic. New York: United Nations Development Programme, Issues paper no. 12. <http://www.undp.org/hiv/publication/issues/english/issue12e.html> Date of access: 24 May 2007.
- RENNIE, D.L. 1998. Person-centred counselling. London: Sage.
- RINKEN, S. 2000. The Aids crisis and the modern self. Biographical Self-Construction in the awareness of finitude London. Kluwer Academic Publishers : 242p.
- ROBERTS, R., TOWELL, T. & GOLDING, J.F. 2001. Foundations of health psychology. New York: Palgrave. 303 p.
- ROUX, A. EN WESSELS, C.C. 1999. Ongepubliseerde verslag vir voorondersoek in die Potchefstroomdisytrik: Kennis rakende MIV en VIGS verwysing inligting.

- SALEEBY, D. 1992. Introduction: beginnings of a strength approach in practice. (*In Saleeby, D., ed. The strengths perspective in social work practice. New York: Longman. p. 1-18.*)
- SAS INSTITUTE. 1999b. SAS/STAT System for Windows, release 8.02 TS Level 02MO. Cary, NC : SAS Institute.
- SCHONNESON, L.H. & ROSS, M.W. 1999. Coping with HIV-infection. Psychological and existential responses in gay men. New York: Kluwer / Plenum.
- SCHUTTE, P. 2001. Potensiële nie-verbale spanning in die kommunikasie tussen Eurosentriese en Afrosentriese kulture: 'n perspektief op tweede taalonderrig. *Tydskrif vir taalonderrig*, 35(1):12-24.
- SKIDMORE, D. 1997. Community care: initial training and beyond. London: Arnold. 306 p.
- SOUTH AFRICAN MEDICINES FORMULATORY (SAMF). 2003. South African Medicines Formulary, produced by Division of Pharmacology, Faculty of Health Sciences. University of Cape Town; edited by Colleen J Gibbon. 6th ed. Pinelands: South African Medical Association. 568 p.
- SOUTH AFRICAN MEDICAL AND DENTAL COUNCIL 1994 - aNNEKE.**
- SPIER, A. & EDWARDS, M. 1990. Facing AIDS: a strategy manual. McGregor: Syncom Publications. 231 p. (AIDS Policy Research Group.)
- STEYN, H.S. 1993. Vraelys ontwerp en hoe Statistiese konsultasiedienste kan help - werkwinkel. Potchefstroom: Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys, Statistiese Konsultasiediens.
- STONE, L. & BALSKEI, G. 2000. Integrating counselling into general practice. *Australia family physician*, 29(3):231-235.
- STRYDOM, H. 1994. Maatskaplikewerknavorsing. Potchefstroom: PU vir CHO. (D172/94.)
- SUKATI, N.A., MNDEBELE, S., MAKOA, E., RAMUKUMBA, T., MAKOA, L., SEBONI, N. & HOLZEMER, S.H. 2004. HIV/AIDS symptom management in Southern Africa. *Journal of pain and symptom management*, 29(2):185-192.

- SUNDEEN, S.J., STUART, G.W., RANKIN, E.A.D. & COHEN, S.A. 1989. Nurse-client interaction. Implementing the nursing process. Toronto: Mosby. 254 p.
- TEN BRUMMELHUIS, H. & HERDT, G., eds. 1996. Culture and sexual risk: anthropological perspectives on AIDS. Amsterdam: Gordon and Breach. 355 p.
- THE THREE AMIGOS. 2004. HIV/AIDS prevention campaign. 20 public service announcements (PSAs). Tomahawk Technologies Inc. <http://www.thethreeamigos.org/>
Date of access: 24 May 2007.
- TRIANDIS, H.C. 2000. Culture and conflict. *International journal of psychology*, 35(2):145-152.
- TSCHUDIN, V. 1987. Counselling skills for nurses. 2nd ed. Sussex: Bailliere Tindall. 161 p.
- TSHABALALA-MSIMANG, M.E. 2000. Beyond awareness campaign. National HIV/AIDS Statistics South Africa. <http://www.aidsinfo.co.za/html/Stats.htm>.
- UNAIDS. 2000a. Fact Sheet 1: The global HIV/AIDS epidemic. HIV/AIDS statistics. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2000b. Fact Sheet 2: The Global HIV/AIDS epidemic. HIV/AIDS statistics. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2000c. Fact Sheet 9: 9-1. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2000d. Fact Sheet 10: 10-1 EN 10-2. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2001a. Fact Sheet 2: The Global HIV/AIDS epidemic. HIV/AIDS statistics. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2001b. Fact Sheet 3:3-5. Continuum of care. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2001. Fact Sheet 7:7-2. Counseling and HIV/AIDS. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2001. Fact Sheet 7:7-4. Counseling and HIV/AIDS. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2001. Fact Sheet 7:7-5. Counseling and HIV/AIDS. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2001. Fact Sheet 7:7-6. Counseling and HIV/AIDS. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2001c. Fact Sheet 8:8-6. HIV palliative and terminal care. Geneva: UNAIDS.

- UNAIDS. 2004d. Fact Sheet 1: Aids epidemic update. HIV/AIDS statistics. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2004e. Fact Sheet 12: Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2004f. Fact Sheet 10: Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2004g. Fact Sheet 4-5: Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2004h. Fact Sheet 5: Geneva: UNAIDS.
- UYS, H.H.M. & BASSON, A.A. 1991. Navorsingsmetodologie in die verpleegkunde. Pretoria: HAUM Tersier. 160 p.
- UYS, L.R. 1999. Fundamentals of nursing. Cape Town: Maskew Miller Longman. 445 p.
- UYS, L.R. 2000. Confidentiality and HIV/AIDS in South Africa. *Nursing ethics*, 7(2):158-166.
- UYS, L.R. 2002. Ondersteuning van die MIV-positiewe pasient. P 101**
- UYS, L.R. & MIDDLETON, L. 1997. Mental health nursing: a South African perspective. Kenwyn: Juta. 757 p.
- VAN DYK, A. 2001. HIV/AIDS: care and counselling. A multidisciplinary approach. Cape Town: Maskew Miller Longman. 442 p.
- VAN DYK, A. 2001a. HIV/AIDS: care and counselling. A multidisciplinary approach. Cape Town: Maskew Miller Longman. 442 p.
- VAN DYK, A. 2001b. Why me and not my neighbour? HIV/AIDS care and counselling in a traditional African context. *Curationis*, 24(3):4-11, August.
- VAN DYK, A. 2003. HIV/AIDS: care and counselling. A multidisciplinary approach. Cape Town: Maskew Miller Longman. 442 p.
- VAN ROOYEN, C.A.J. & BERNSTEIN, A.J. 1996. Social work. Social cultural factors and their importance in working with people with AIDS in South Africa. 30(4)April 07.
- VINCENT, R. 2005. What do we do with culture? Engaging culture in development. *Findings*, 3, March. <http://www.healthlink.org.uk/PDFs/findings-culture.pdf>. Date of access: 24 May 2007.

- WEBB, D. 1997. HIV and AIDS in Africa. Pietermaritzburg: University of Natal Press. 258 p.
- WESSELS, C.C. 2003. Die opstel en evaluering van 'n maatskaplikewerk-bemagtigingsprogram vir gesinne van MIV positiewe/VIGS-pasiënte. Potchefstroom: Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys. 327 p. (Proefskrif - PhD.)
- WHITESIDE, A. & SUNTER, C. 2000. Aids: The challenge for South Africa. Cape Town: Human & Rousseau. 167 p.
- WILSON, D., NAIDOO, S., BEKKER, L-G., COTTON, M. & MAARTENS, G., eds. 2004. Handbook of HIV medicine. Cape Town: Oxford University Press. 469 p.
- WINIARSKI, M.G. 1991. AIDS-related psychotherapy. New York: Pergamon. 235 p.
- WOLTERS, A.M. 1992. Die skepping herwin: Bybelse grondslae vir 'n Reformatoriese lewensbeskouing. Potchefstroom: Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër Onderwys. (Wetenskaplike bydraes van die PU vir CHO. Reeks F2: Brosjures van die Instituut vir Reformatoriese Studies, nr. 52.) 98 p.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. 2000a. Fact sheets on HIV/AIDS: a desktop reference. Geneva: WHO Publications.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. 1988. Education for health. A manual on health education in primary health care. Geneva: WHO Publications. 261 p.

BYLAAG A: REQUEST: RESEARCH IN CLINICS IN POTCHEFSTROOM WITH THE TSWARAGANO PROJECT



Navorsingsondersteuning

Tel (018) 299 2564

Faks (018) 297 5308

E-Pos dnvealr@puk.ac.za

REQUEST: RESEARCH IN CLINICS IN POTCHEFSTROOM WITH THE TSWARAGANO PROJECT

For purposes of this research, questionnaires will be used which are translated into English and Setswana.

Permission to undertake this research with the Tswaragano Project was granted by the Ethics Committee of the North-West University Potchefstroom Campus and the reference number is: 06 K07. This project is also funded and registered by the NRF.

I will make use of Community Health workers, councillors and Health promoters to identify and recruitment of possible participants and to help with the filling out of questionnaires. Before commencing with data collection I will present a training session during which all health workers will be fully informed with regard to the course of the research and also their role and task.

Anonymity and confidentiality will be ensured throughout in that no personal information will appear on questionnaires, but that patients will be recorded according to numbers.

The research will be done under the leadership of experts, namely ms E du Plessis, supervisor, and as co-supervisor prof HC Klopper, both from the School of Nursing Science at the North-West University, Potchefstroom Campus. Both these supervisors are also experts in Community Nursing and Research on Nursing. The project manager, dr CC Wessels of the School of Psychosocial Behavioural Sciences, subject group Social Work, is a trained social worker and a expert in research.

The period I have in mind for collecting the data is: October 2006 - November 2006.

Thank you for your time.

Kind regards

.....
GE de Wet

MCur student

BYLAAG B: BRIEF AAN DEPARTEMENT GESONDHEID VAN DIE NOORDWES-PROVINSIE



HEALTH

Department:
Health
NORTH WEST PROVINCE

Private Bag X1253
POTCHEFSTROOM
2520

B. Potchefstroom
C. Sub – District Office
Human Resource Development

Tel: (018) 297 5061
Tel: (018) 297 5062
Fax: (018) 294 4509
Email: jclase@nwpg.gov.za
Enquiries: J Clase
Ref:

22 September 06
Mrs GE de Wet
School of Nursing Science
Private bag X 6001
North West University
Potchefstroom Campus
2520

Dear Mrs de Wet

The management team of the Potchefstroom sub-district of health would like to acknowledge receipt of your letters, requesting permission to conduct research on "Guidelines to empower the family of the HIV positive patient to support the patient".

As management, we appreciate your interest in conducting research within our sub-district and heartily grant you permission to continue with your research.

We will appreciate it fully if you can share the result of your research with us so that we are able to correct the relationship between health workers and the patients. Thus, we can help to improve on the entire service delivery.

Wishing you the best of success in your studies.

Thank you

.....
MA Mohutsioa
PHC Manager

**BYLAAG C: GOEDKEURING VIR EKSPERIMENTERING MET MENSE
(KWALITATIEWE NAVORSING)**



Navorsingsondersteuning

Tel (018) 299 2564
Faks (018) 297 5308
E-Pos dnvealr@puk.ac.za

Dr CC Wessels
Bussie 64
Noordwes-Universiteit

Geagte dr Wessels

**GOEDKEURING VIR EKSPERIMENTERING MET MENSE (KWALITATIEWE
NAVORSING)**

Hiermee wens ek u in kennis te stel dat u projek getiteld "*Tshwaragano
(Togetherness)*" goedgekeur is met nommer 06K07.

Gebruik asseblief die nommer genoem in paragraaf 1 in alle korrespondensie rakende bogenoemde projek en let daarop dat daar van projekteiers verwag word om jaarliks in Junie aan die Etiekkomitee verslag te doen insake etiese aspekte van hulle projekte asook van publikasies wat daaruit voortgespruit het. U sal in Mei vanjaar die dokumentasie hieroor ontvang.

Goedkeuring van die Etiekkomitee is vir 'n termyn van hoogstens 5 jaar geldig (volgens Senaatsbesluit van 4 November 1992, art 9.13.2). Vir die voortsetting van projekte na verstryking van hierdie tydperk moet opnuut goedkeuring verkry word.

Die Etiekkomitee wens u alle voorspoed met u werk toe.

Vriendelike groete

PROF NT MALAN
VOORSITTER ETIEKKOMITEE



Skool vir Verpleegkunde

Tel (018) 018 2991832

Faks (018) 018 2991827

E-pos vpkgedw@puk.ac.za

9 November 2005

Geagte Me

VERSOEK OM AS TUSSENGANGER OP TE TREE

Ek is tans besig om te studeer vir die graad MCur (Gemeenskapsverpleegkunde) aan die Skool vir Verpleegkunde van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus. Om hierdie graad te behaal moet ek 'n navorsingsprojek uitvoer.

Die titel van hierdie navorsing is:

Riglyne vir die familie ter ondersteuning van die MIV-positiewe pasiënt.

Die doel van hierdie navorsing is:

1. Om die begrip van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV en VIGS-verwante inligting te verken en te beskryf.
2. Om die begrip van die familie van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV en VIGS- verwante inligting te verken en te beskryf.
- 3 Om riglyne te formuleer ter bevordering van die begrip rakende MIV en VIGS-verwante inligting van die MIV-positiewe pasiënt se familie ten einde hulle te bemagtig om die pasiënt te kan ondersteun.

Vir die doel van hierdie navorsing word van vraelyste gebruik gemaak wat in Setswana en Engels vertaal is. U as tussenganger sal behulpsaam wees om voornemende deelnemers aan die navorsing te identifiseer en indien toestemming verleen is, behulpsaam wees met die invul van die vraelyste en verduideliking van die vrae, asook met tolking, waar nodig. Ek sou graag u instemming wou verkry dat u as tussenganger aan hierdie navorsing sal deelneem. Vraelyste word aan MIV-positiewe pasiënte en hulle families gegee om in te vul.

Toestemming om hierdie navorsing te doen is deur die Gesondheidsbestuurder van die Distrik Potchefstroom verleen, asook van die Etiese komitee van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus.

U rol as tussenganger sal wees:

1. Om moontlike deelnemers te identifiseer, soos hieronder uiteengesit in die kriteria vir insluiting, naamlik dat:

Die MIV-positiewe pasiënt as deelnemer

- * Die pasiënt moet 'n inwoner wees van Heuningvlei in die Kagiso-distrik, Vryburg-streek (Bophirima), of van Potchefstroom in die suidelike streek in die Noordwes-Provinsie,
- * Die pasiënt moet ingelig wees oor sy/haar MIV-positiewe status,
- * Die pasiënt moet reeds volwasse wees (minimum 18 jaar) en 'n ingeligte besluit kan neem,
- * Die pasiënt moet bereid wees om skriftelik in te stem om aan die navorsing deel te neem,
- * Die pasiënt moet Afrikaans, Engels of Setswana verstaan.

Die familie van die MIV-positiewe pasiënt as deelnemers

- * Die familie van die MIV-positiewe pasiënt moet 'n inwoner wees van Heuningvlei in die Kagiso-distrik, Vryburg-streek (Bopirima), of van Potchefstroom in die suidelike streek van die Noordwes-Provinsie,
- * Die familie van die MIV-positiewe pasiënt moet die pasiënt tuis ondersteun,
- * Die familie van die MIV-positiewe pasiënt mag ook deel uitmaak van die uitgebreide familie van die MIV-positiewe pasiënt,
- * Die familie van die MIV-positiewe pasiënt mag ook deel uitmaak van die bure van die familie van die MIV-positiewe pasiënt,
- * Die familie van die MIV-positiewe pasiënt mag ook deel uitmaak van die sosiale of ondersteuningstelsels van die familie van die MIV-positiewe pasiënt.

2. Om 'n gesprek met die MIV-positiewe pasiënt te voer en die doel van die navorsing aan hom/haar te verduidelik sodra u 'n deelnemer geïdentifiseer het, sodat indien hierdie geïdentifiseerde MIV-positiewe pasiënt instem om aan dié navorsing deel te neem, hy/sy wel 'n ingeligte besluit kan neem.
3. Om die navorser mondeling in te lig indien u 'n deelnemer aan hierdie navorsing geïdentifiseer het.
4. Om die navorser behulpsaam te wees om geskrewe instemming van pasiënte wat mondeling tot deelname aan die navorsing ingestem het, te verkry.
5. Om die navorser behulpsaam te wees wanneer MIV-positiewe pasiënte die vraelyste vir data-insameling invul en indien vrae in die vraelys duideliker toegelig moet word.
6. Om as tolk vir die navorser op te tree indien 'n vraag in Setswana uitklaring verg.
7. Om die navorser daarvan in kennis te stel indien 'n MIV-positiewe pasiënt wat aan die navorsing deelneem, moontlik geestesongemak ervaar na blootstelling aan vrae in die vraelys.

Voor die aanvang van die data-insameling sal die navorser 'n opleidingsessie aanbied waartydens u as tussenganger volledig ingelig word oor die verloop van die navorsing en ook oor u rol en taak.

Anonimiteit en vertroulikheid sal deurlopend verseker wees deurdat geen persoonlike inligting op vraelyste sal verskyn nie, maar pasiënte volgens nommers aangeteken word.

Die navorsing sal onder leiding staan van kundiges, naamlik dr E du Plessis, studieleier, en as medeleier prof HC Klopper, beide van die Skool vir Verpleegkunde aan die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus. Beide hierdie studieleiers is ook kundiges in Gemeenskapsverpleegkunde en Verpleegnavoring. Die projekteier is dr CC Wesels, 'n opgeleide maatskaplike werker en 'n kundige op navorsing van die Skool vir Psigososiale Gedragwetenskappe, vakgroep Maatskaplike Werk.

Die periode wat die navorser in gedagte het om die data in te samel, sal vanaf 13 Februarie tot 17 Februarie 2006 duur in Heuningvlei in die Kagiso-distrik, Vryburgstreek (Bophirima) en tydens Oktober 2006 in Potchefstroom, in die suidelike streek in die Noordwes-Provinsie.

Baie dankie vir u tyd.

Vriendelike groete

.....

GE de Wet

MCur-student

VPKGEDW c:\documents and settings\administrator\desktop\huis hardeskyfm cur\2006\versoek om op te tree as tussenganger om moontlike deelnemers te identifiseer om aan navorsing deel te neem - augustus 2006 - cecelia vir taal versorg en vertaling.doc

BYLAAG E: TOESTEMMING GESONDHEIDSWERKERS



Skool vir Verpleegkunde

Tel (018) 018 2991832

Faks (018) 018 2991827

E-pos vpkgedw@puk

Hiermee verleen ek _____ my vrywillige deelname aan hierdie navorsing soos aan my verduidelik deur die navorser.

Handtekening: Tussenganger

Handtekening: Navorser

Handtekening: Getuie

Datum:

U ontvang ook 'n kopie van hierdie toestemmingsvorm.

Indien u die resultate wil ontvang skryf asseblief u inligting hieronder:

Naam: _____

Adres: _____

VPKGEDW c:\documents and settings\administrator\desktop\huis hardeskyfm cur\2006\versoek om op te tree as tussenganger om moontlike deelnemers te identifiseer om aan navorsing deel te neem - augustus 2006 - cecelia vir taal versorg en vertaling.doc



Skool vir Verpleegkunde

Tel (018) 018 2991832

Faks (018) 018 2991827

E-pos vpkgedw@puk

Geagte Me

VERSOEK OM AS TUSSENGANGER OP TE TREE

Ek is tans besig om te studeer vir die graad MCur (Gemeenskapsverpleegkunde) aan die Skool vir Verpleegkunde van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus. Om hierdie graad te behaal moet ek 'n navorsingsprojek uitvoer.

Die titel van hierdie navorsing is:

Riglyne vir die familie ter ondersteuning van die MIV-positiewe pasiënt.

Die doel van hierdie navorsing is:

1. Om die begrip van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV en VIGS-verwante inligting te verken en te beskryf.
2. Om die begrip van die familie van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV en VIGS- verwante inligting te verken en te beskryf.
3. Om riglyne te formuleer ter bevordering van die begrip van die familie van die MIV-positiewe pasient rakende MIV en VIGS-verwante inligting ten einde hulle te bemagtig om die pasiënt tuis te kan ondersteun.

Vir die doel van hierdie navorsing word van vraelyste gebruik gemaak wat in Setswana vertaal is. U as tussenganger sal behulpsaam wees om voornemende deelnemers aan die navorsing te identifiseer en indien toestemming verleen is, behulpsaam wees met die invul van die vraelyste en verduideliking van die vrae en met tolking, waar nodig. Ek sou graag u instemming wou verkry dat u as tussenganger aan hierdie navorsing sal deelneem. Vraelyste sal aan MIV-positiewe pasiënte en hulle families gegee word om in te vul.

Toestemming om hierdie navorsing te doen is deur die Gesondheidsbestuurder van die Distrik Potchefstroom verleen asook van die Etiese kommitee van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus.

U rol as tussenganger sal wees:

1. Om moontlike deelnemers te identifiseer, soos hieronder uiteengesit in die kriteria vir insluiting, naamlik dat:

Die MIV-positiewe pasiënt as deelnemer

- * Die pasiënt moet 'n inwoner wees van Potchefstroom-distrik, Suidelike-streek Noordwes-Provinsie.
- * Die pasiënt moet ingelig wees oor sy/haar MIV-positiewe status.
- * Die pasiënt moet reeds volwasse wees (minimum 18 jaar) en 'n ingeligte besluit kan neem.
- * Die pasiënt moet bereid wees om skriftelik in te stem om aan die navorsing deel te neem.
- * Die pasiënt moet Afrikaans, Engels of Setswana verstaan.

Die familie van die MIV-positiewe pasiënt as deelnemers

- * Die familie van die MIV-positiewe pasiënt moet 'n inwoner wees Potchefstroom-distrik, Suidelike-streek van die Noordwes-Provinsie.
 - * Die familie van die MIV-positiewe pasiënt moet die pasiënt tuis ondersteun.
 - * Die familie van die MIV-positiewe pasiënt mag ook deel uitmaak van die uitgebreide familie van die MIV-positiewe pasiënt.
 - * Die familie van die MIV-positiewe pasiënt mag ook deel uitmaak van die bure van die familie van die MIV-positiewe pasiënt.
 - * Die familie van die MIV-positiewe pasiënt mag ook deel uitmaak van die sosiale of ondersteuningstelsels van die familie van die MIV-positiewe pasiënt.
2. Om 'n gesprek met die MIV-positiewe pasiënt te voer en die doel van die navorsing aan hom/haar te verduidelik sodra u 'n deelnemer geïdentifiseer het, sodat indien hierdie geïdentifiseerde pasiënt instem om aan die navorsing deel te neem, hy/sy wel 'n ingeligte besluit kan neem.

3. Om die navorser mondeling in te lig indien u 'n deelnemer aan hierdie navorsing geïdentifiseer het, aangesien sy op spesifieke tye, soos met u ooreengekom, in die kliniek sal wees om data in te samel.
4. Om die navorser behulpsaam te wees om geskrewe instemming van pasiënte wat mondeling tot deelname aan die navorsing ingestem het, te verkry.
5. Om die navorser behulpsaam te wees wanneer pasiënte die vraelyste vir data-insameling invul en indien vrae in die vraelys duideliker toegelig moet word.
6. Om as tolk vir die navorser op te tree indien 'n vraag in Setswana uitklaring verg.
7. Om die navorser daarvan in kennis te stel indien 'n pasiënt wat aan die navorsing deelneem, moontlik geestesongemak ervaar na blootstelling aan vrae.

Voor die aanvang van die data-insameling sal die navorser 'n opleidingsessie aanbied waartydens u as tussenganger volledig ingelig word oor die verloop van die navorsing en ook oor u rol en taak.

Anonimiteit en vertroulikheid sal deurlopend verseker wees deurdat geen persoonlike inligting op vraelyste sal verskyn nie, maar pasiënte volgens nommers aangeteken sal word.

Die navorsing sal onder leiding staan van kundiges, naamlik me E du Plessis, studie-leier, en as medeleier prof HC Klopper, beide van die Skool vir Verpleegkunde aan die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus. Beide hierdie studieleiers is ook kundiges in Gemeenskapsverpleegkunde en Verpleegnavorsing. Die projekteier is dr CC Wesels, 'n opgeleide maatskaplike werker en 'n kundige op navorsing van die Skool vir Psigososiale Gedragwetenskappe, vakgroep Maatskaplike Werk.

Die periode wat ek in gedagte het om die data in te samel, sal vanaf 02 Oktober tot 31 Oktober 2006 duur.

Baie dankie vir u tyd.

Vriendelike groete

.....

GE de Wet

MCur-student

Skool vir Verpleegkunde

Tel (018) 018 2991832

Faks (018) 018 2991827

E-pos vpkgedw@puk

12 September 2006

Hiermee verleen ek. _____ my vrywillige deelname
aan hierdie navorsing soos aan my verduidelik deur die navorser.

Handtekening: Tussenganger

Handtekening: Navorser

Handtekening: Getuie

Datum:

Indien u die resultate wil ontvang skryf asseblief u inligting hieronder:

Naam: _____

Adres: _____

BYLAAG G: TOESTEMMING OM AS DEELNEMERS OP TE TREE



Skool vir Verpleegkunde

Tel (018) 018 2991832

Faks (018) 018 2991827

E-pos vpkgedw@puk

25 September 2006

Geagte Me/Mr

VERSOEK OM AAN NAVORSING DEEL TE NEEM

Ek is tans besig om te studeer vir die graad MCur (Gemeenskapsverpleegkunde) aan die Skool vir Verpleegkunde van die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus. Om hierdie graad te behaal, moet ek 'n navorsingsprojek uitvoer.

Die titel van hierdie navorsing is:

Riglyne vir die familie ter ondersteuning van die MIV-positiewe pasiënt.

Die doel van hierdie navorsing is:

1. Om die begrip van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV en VIGS-verwante inligting te verken en te beskryf.
2. Om die begrip van die familie van die MIV-positiewe pasiënt rakende MIV en VIGS-verwante inligting te verken en te beskryf.
3. Om riglyne te formuleer ter bevordering van die begrip rakende MIV en VIGS-verwante inligting van die MIV-positiewe pasiënt se familie ten einde hulle te bemagtig om die pasiënt tuis te kan ondersteun.

Vir die doel van hierdie navorsing word van vraelyste gebruik gemaak wat in Setswana vertaal is en aan elke deelnemer gegee word om in te vul ten einde begrip van MIV en VIGS-verwante inligting te verken en te beskryf. Ek sou graag u instemming wou verkry dat u aan hierdie navorsing sal deelneem.

Die deelname aan hierdie navorsing is egter vrywillig en u kan enige tyd gedurende hierdie navorsing onttrek sonder dat daar teen u diskrimineer sal word. Die inligting wat

uit die vraelyste verkry word, sal as vertroulik hanteer word. U is welkom om vrae te stel indien u iets nie verstaan nie, aangesien ek en die gesondheidswerker beskikbaar is om vir u te tolk en die vraelys te verduidelik indien nodig.

Toestemming om hierdie navorsing te onderneem is deur die Gesondheidsbestuurder van die Distrik Potchefstroom verleen, asook die Etiese kommitee van Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus.

Indien u ook die resultate na afloop van die navorsing wil ontvang, kan u die nodige inligting aan die einde van die brief verstrek, en dit sal aan u gestuur word.

Die navorsing sal onder leiding staan van kundiges, naamlik me E du Plessis, studie-leier, en as medeleier prof HC Klopper van die Skool vir Verpleegkunde aan die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus. Die leier van die Tswaragano-projek is dr CC Wessels van die Skool vir Psigososiale Gedragwetenskappe aan die Noordwes-Universiteit, Potchefstroomkampus.

Die periode wat ek in gedagte het om die data in te samel sal vanaf 02 Oktober 2006 tot 31 Oktober 2006 duur.

Baie dankie vir u tyd.

Vriendelike groete

.....

GE de Wet

MCur-student

Skool vir Verpleegkunde

Tel (018) 018 2991832

Faks (018) 018 2991827

E-pos vpkgedw@puk

Hiermee verleen ek. _____ my vrywillige deelname
aan hierdie navorsing soos aan my verduidelik deur die navorsers.

Handtekening: Tussenganger

Handtekening: Navorsers

Handtekening: Getuie

Datum:

Indien u die resultate wil ontvang skryf asseblief u inligting hieronder:

Naam: _____

Adres: _____



Skool vir Verpleegkunde

Tel (018) 018 2991832

Faks (018) 018 2991827

E-pos vpkgedw@puk

25 September 2006

Dear Co worker

Working Protocol: Data gathering: September 2006 – October 2006

1. Recruitment of possible patients as participants

Recruitment of possible patients as participants by asking the patients while visiting the clinic to take part in this research. If the patient meets the criteria, explain the aim of the research, namely:

- * To explore the understanding of the HIV positive patient regarding HIV/AIDS,
- * To explore the understanding of the HIV positive patient's family regarding HIV/AIDS,
- * To formulate guidelines to assist and support the families of HIV positive patients while caring for the HIV patient.

Ask the patient as participant if he/she wants to know the results of this research. If yes, the patient as participant must fill in the applicable form.

2. Criteria for patients as participants in this research:

To see that possible patients to participate in this research meet the following criteria:

- * The patient as participant must be an inhabitant of the Potchefstroom district of the North West Province,

- * The patient as participant must be aware of his HIV positive status,
- * The patient as participant must be an adult, thus above 18 years of age,
- * The patient as participant must be able to make an informed decision,
- * The patient as participant must give written consent on consent form, that will be supplied.
- * The patient as participant must understand either Afrikaans, English or Setswana,
- * The patient as participant must be available.

3. Get written consent from the patient as participant

- * Ask the patient as participant if he understand why he has to give consent
- * Ask him/her to sign the consent form.

4. Explain questionnaire

If you got the written consent form of the patient as participant you can hand him/her a questionnaire. Briefly indicate all sections to the patient and let him/her fill in the questionnaire.

5. Help in filling in of questionnaire

- * If the patient as participant has any difficulty with filling in the questionnaire you can assist him/her.
- * If the patient as participant does not understand a questioning the questionnaire you can explain it to him/her.

6. Family of patient – involvement in project

Ask the patient as participant who already gave written consent if he has disclosed his HIV positive status to his family.

- * If his/her answer is “ yes ” ask him/her if he /she would like his/her family to be part of this research as well by filling in a questionnaire.
- * If the patient as participant is willing you can ask if we can come to visit them at home to explain the research, get written consent and fill in the questionnaire.
- * A date and time can be arranged to do the home visit.

- * It is important to get the correct address and contact telephone number in this regard.

7. Anonymity, privacy and confidentiality

- * The above must always be maintained and the patient as a participant must be comfortable at all time.
- * No information will be written on the questionnaire except for a number.
- * If the patient as participant wants to receive the results he/she can write his information on the form at the end of the written consent.

8. Numbers of questionnaires and names of clinics

Before each questionnaire number please write the clinic abbreviation for **eg.** Clinic 01. This will then mean that it is the first participant from Clinic 1. The abbreviations of the clinics will be as follows:

- * 1 = Potchefstroom
- * 2 = Promosa
- * 3 = Lesego
- * 4 = Top City
- * 5 = Steve Tswete
- * 6 = Mohadin
- * 7 = Boiki Thlapi
- * 8 = Gateway

9. Any discomfort

If the patient as participant experience any discomfort as a result of the questionnaire – the researcher must be informed immediately.

Thank you for your help!

Your's sincerely

.....

Gedina de Wet

(Cell: 0828564180)

BYLAAG I: VRAELYS AAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT

QUESTIONNAIRE

To explore the comprehension of information on HIV/AIDS of the HIV positive patient.

Questionnaire nr:

--	--

Date: _____

Thank you for completing this questionnaire. Myself as well as a community health worker will be available to assist you to complete this questionnaire if you need any assistance or clarification on the questions. All information are confidential and will not be given to anybody without your consent. The questionnaire will take you about half a hour to complete.

Instructions to complete this questionnaire

Point the answer that you prefer mostly as the right answer in the applicable block with an "X". There are some questions that you must write a few answers.

A. BIOGRAFICAL INFORMATION

Information about the participant.

1. Age with last birthday.

1

--	--	--

2. Language

Afrikaans

--

English

--

Tswana

--

Sotho

--

Xhosa

--

Zulu

Other: Specify:

3. Gender

Male

Female

4. Matrimony

Married

Tradisional marriage

Not married

Partners – not married

Widow

Widower

Divorced

Other:

Specify _____

5. Do you belong to a church?

Yes

No

6. How may members in your family

Adults

Children

7. Are you employed at the moment?	Yes	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

8. Your monthly income if you are employed are:

More than R 500.00	<input type="checkbox"/>
R 500.00 to R 1 000.00	<input type="checkbox"/>
More than R1 000.00	<input type="checkbox"/>

9. If you are unemployed, where do you get your income from:

	Yes	No
9.1. Pension	Yes	No
9.2. Wife	Yes	No
9.3. Husband	Yes	No
9.4. Family	Yes	No
9.5. Children	Yes	No
9.6. Partner – not married	Yes	No
9.7. Other.	Yes	No

Specify _____

B. YOUR OWN TUITION AND TRAINING

1.	Did you go to school?	Yes	1	<input type="text"/>
		No	2	<input type="text"/>
2.	Up to what grade did you progress?	Grade 1 till 7	1	<input type="text"/>
		Grade 8 till 10	2	<input type="text"/>
		Grade 11 till 12	3	<input type="text"/>
		Further training	4	<input type="text"/>

C. YOUR OWN EXPERIENCE REGARDING INFORMATION GIVEN TO YOU ON HIV/AIDS

1. Who told you your HIV positive status?

Health worker at the clinic	<input type="text"/>
Health worker at the hospital	<input type="text"/>
Doctor	<input type="text"/>
Other	<input type="text"/>

2. Did the health worker did pre- counseling with you before the HIV test?

Yes	No
-----	----

3. Did the health worker did post counseling with you after the HIV test results were given to you?

Yes	No
-----	----

4. Did the health worker who counselled you on your HIV positive status ensured you of confidentiality?

Yes	No
-----	----
5. Did the health worker who counselled you on your HIV positive status ensured you of privacy?

Yes	No
-----	----
6. Was the health worker who counselled you on your HIV positive status supportive?

Yes	No
-----	----
7. Was the health worker who counselled you on your HIV positive status judgemental?

Yes	No
-----	----
8. Did the health worker handle you with respect when giving you your HIV test results?

Yes	No
-----	----
9. Did the health worker who informed you of your HIV positive status listened to you when you asked questions?

Yes	No
-----	----
10. Was the health worker who counselled you on your HIV positive status approachable?

Yes	No
-----	----
11. Did the health worker who informed you of your HIV positive status gave you a reason for the HIV testing?

Yes	No
-----	----
12. Did the health worker who counselled you explained to you how the HIV test works?

Yes	No
-----	----
13. Did the health worker who counselled you explained to you the actual meaning of the HIV positive test?

Yes	No
-----	----
14. Did the health worker who counselled you explained to you the actual meaning if the HIV test came back negative?

Yes	No
-----	----

15. Did the health worker gave you information on safe sexual practices?

Yes	No
-----	----

16. Did the health worker gave you information on networking for support?

Yes	No
-----	----

17. Did the health worker made a follow up appointment at the clinic after she gave you your HIV test counselling?

Yes	No
-----	----

18. What made it better to understand the health worker who counselled you?

19. Did the health worker asked you if you understand all the information she/he gave you on HIV/AIDS?

Yes	No
-----	----

20. Did the health worker that counselled you gave you any emotional support during pre and post test counselling?

Yes	No
-----	----

21. Could you trust the health worker who told you your HIV positive status?

Yes	No
-----	----

Reasons:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

22. Was the health worker who gave you your HIV positive results of the same culture than you?

Yes	No
-----	----

23. If the health worker was of the same culture than you how did you understand the information given by this health worker?

Yes	No
-----	----

Reasons:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

24. If the health worker was not of the same culture than you how did you understand the information given by this health worker?

Reasons:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

25. Did the health worker who gave you your HIV positive results spoke your language?

Yes	No
-----	----

26. Did the health worker who gave you your HIV positive results spoke clear and understandable?

Yes	No
-----	----

27. Did the health worker who gave you your HIV positive results explain HIV/AIDS with pictures/illustrations?

Yes	No
-----	----

28. Was the illustrations used by the health worker applicable and understandable?

Yes	No
-----	----

29. Did the health worker who gave you your HIV positive results gave you the opportunity to ask questions?

Yes	No
-----	----

D. YOUR KNOWLEDGE ON HIV/AIDS

1. Can a person be HIV positive and still look healthy?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

2. Can HIV/AIDS be transmitted if one has sex without a condom?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

3. Can a person with a Sexual Transmitted Infection (STI) become HIV positive easier than a person without a STI?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

4. Can women get the HI-virus easier than men?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

5. The HI-virus can be transmitted if a person get blood from somebody who are HIV positive?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

6. The HI-virus can be transmitted through contaminated needles?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

7. Can a person get the HI-virus by tatooring/body piercing?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

8. Can a person get the HI- virus if cut by a razor or sharp object?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

9. The HI-virus can be transmitted from the mother to the baby during pregnancy.

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

10. The HI-virus can be transmitted from the mother to the baby during birth.
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
11. The HI-virus can be transmitted from the mother to the baby when breastfeeding.
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
12. The HI-virus can be transmitted if a HIV positive person cough and sneeze and the sputum lands on you.
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
13. Do you think that you could get the HI-virus if some one who are HIV positive touches you?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
14. Do you think that a person can get the HI-virus when sharing the same telephone with a person who are HIV positive?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
15. Do you think that you could get the HI-virus by sharing a plate with a HIV-positive person?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
16. Do you think that you could get HIV when kissing somebody who are HIV positive?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
17. Do you think that you could get the HI-virus from a sting of a mosquito?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
18. Can a HIV positive person be cured if this person has sex with a fat person?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
19. Can a HIV positive person be cured if he/she has sex with a virgin?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|

20. Can a HIV positive person be cured if he/she has sex with young girls?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

21. Can a HIV positive person be cured if he/she has sex with young boys?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

22. Can a HIV positive person be cured if he has sex with an old lady?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

23. Where did you get the information from that you have on HIV/AIDS?

23.1. Father/Mother

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

23.2. Brother/Sister

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

23.3. Your child

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

23.4. Health worker

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

23.5. Magazines

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

23.6. School

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

23.7. TV and radio

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

23.8. Clinic

Yes	No	Dont Know
-----	----	--------------

23.9. Other: specify

Yes	No	Dont Know
-----	----	--------------

24. Can homosexual relationships promote the spreading of HIV/AIDS?

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

25. Do you think that oral sex can promote the spreading of HIV/AIDS?

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

26. Do you think that more than one sexual partner can higher the insidency of HIV/AIDS?

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

27. Do you know that the HI-virus can only survive in the blood of humans?

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

28. Which of the following symptoms are early symtoms of HIV/AIDS?

28.1. Enlarged glands

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

28.2. Fever

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

28.3. Body pains

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

28.4. Skin rash

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

28.5. Tiredness

Yes	No	Not sure
-----	----	----------

28.6. Sores in the mouth

Yes	No	Not sure
-----	----	----------

28.7. Sore throat

Yes	No	Not sure
-----	----	----------

28.8. Cough

Yes	No	Not sure
-----	----	----------

28.9. Weight loss

Yes	No	Not sure
-----	----	----------

28.10. Night sweats

Yes	No	Not sure
-----	----	----------

29. Symptoms of HIV/AIDS later on

29.1. Coughing

Yes	No	Not sure
-----	----	----------

29.2. Skin rash

Yes	No	Not sure
-----	----	----------

29.3. Enlarged glands

Yes	No	Not sure
-----	----	----------

29.4. "Karposi sarkoma"/Type of cancer

Yes	No	Not sure
-----	----	----------

29.5. Severe weight loss

Yes	No	Not sure
-----	----	----------

29.6. Sores in the mouth

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

E. YOUR HIV-POSITIVE STATUS AND SEXUAL PRACTICES

1. Will you use a condom when having sex with your wife/husband/
partner?

Yes	No
-----	----

2. Will you discuss the use of a condom with your wife/husband/
partner?

Yes	No
-----	----

3. Is it acceptable for you that your wife/husband/partner discuss the
use of condoms with you?

Yes	No
-----	----

4. Did you already told your family of your HIV positive status?

Yes	No
-----	----

5. Would you like it for your family to support you now that you are ill?

Yes	No
-----	----

6. How would you like your family to support you?

7. What do you think would have made it easier to tell your family about your HIV
positive status?

8. What do you think would have made it more difficult to tell your family about your HIV positive status?

F YOUR KNOWLEDGE OF ANTI RETRO- VIRAL MEDICATION/ DRUGS

1. Are there treatment for the HIV positive person at the clinic?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

2. Can the quality of life of a HIV positive patient be better when taking ARV medicine?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

3. Can the spread of the HI virus be prevented if the HIV positive patient is on ARV medication?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

4. Are the HIV positive patient obliged to take the medicine for the rest of his/her life?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

5. Will vitamins and herbs like the Africa plant, beetroot, garlic, aloe and olive oil prevent HIV/AIDS?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

6. Do you receive your treatment at the clinic at present?

Yes	No
-----	----

7. Do you take the medicine you received daily?

Yes	No
-----	----

8. Do you take the medicine daily as prescribed and on time as indicated?

Yes	No
-----	----

9. If not, why?

- _____
- _____
- _____
- _____

10. Do you feel sick after taking the medicine?

Yes	No
-----	----

11. Which symptoms do you experience when taking Anti retroviral drugs?

- _____
- _____
- _____
- _____

12. How can your family assist you in taking your medicine?

- _____
- _____
- _____
- _____

13. Do you make use of alternative treatment?

Yes	No
-----	----

14. What type of alternative medicine do you take?

- _____
- _____
- _____
- _____

15. Does this alternative treatment help you?

Yes	No
-----	----

16. In what way does this alternative treatment work for you?

- _____
- _____
- _____
- _____

G. YOUR OWN EXPERIENCE AS A HIV-POSITIVE PATIENT

1. Do you experience any stigmatizing of people in the community since they knew that you are HIV-positive?

Yes	No
-----	----

2. Who would you share your HIV positive status/diagnosis with?

2.1. Your husband/Your wife

Yes	No
-----	----

2.2. Your father/Your mother

Yes	No
-----	----

2.3. Your brother/Your sister

Yes	No
-----	----

2.4. Your grandfather/Your grandmother

Yes	No
-----	----

2.5. Your friend/Your girlfriend

Yes	No
-----	----

2.6. Other: specify _____

Yes	No
-----	----

3. Who do you think will support you if they know that you are HIV positive:

3.1 Father of your child/Mother of your child

Yes	No
-----	----

3.2 Your husband/Your wife

Yes	No
-----	----

3.3 Your grandfather/Your grandmother

Yes	No
-----	----

3.4 Your uncle/Your aunt

Yes	No
-----	----

3.5 Your brother/Your sister

Yes	No
-----	----

3.6 Your nephew/Your niece

Yes	No
-----	----

3.7 Nobody

Yes	No
-----	----

3.8 Dont know

Yes	No
-----	----

QUESTIONNAIRE

**To explore the comprehension of information on HIV/AIDS of
the HIV positive patient family.**

Questionnaire nr:

Thank you for completing this questionnaire. Myself as well as a community health worker will be available to assist you to complete this questionnaire if you need any assistance or clarification on the questions. All information are confidential and will not be given to anybody without your consent. The questionnaire will take you about half a hour to complete.

Instructions to complete this questionnaire

Point the answer that you prefer mostly as the right answer in the applicable block with an "X". There are some questions that you must write a few answers.

A. BIOGRAFICAL INFORMATION

Information about the participant.

1. Age with last birthday.

1

2. Language

Afrikaans

English

Tswana

Sotho

Xhosa

Zulu

Other: Specify:

3. Gender

Male

Female

4. Matrimony

Married

Tradisional marriage

Not married

Partners – not married

Widow

Widower

Divorced

Other:
Specify _____

5. Do you belong to a church?

Yes

No

6. How may members in your family

Adults

Children

B. YOUR OWN TUITION AND TRAINING

1. Did you go to school? Yes
- No
2. Up to what grade did you progress? Grade 1 till 7
- Grade 8 till 10
- Grade 11 till 12
- Further training

C. YOUR KNOWLEDGE ON HIV/AIDS

1. Can a person be HIV positive and still look healthy?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------
2. Can HIV/AIDS be transmitted if one has sex without a condom?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------
3. Can a person with a Sexual Transmitted Infection (STI) become HIV positive easier than a person without a STI?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------
4. Can women get the HI-virus easier than men?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------
5. The HI-virus can be transmitted if a person get blood from somebody who are HIV positive?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

6. The HI-virus can be transmitted through contaminated needles?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
7. Can a person get the HI-virus by tatooining/body piercing?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
8. Can a person get the HI- virus if cut by a razor or sharp object?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
9. The HI-virus can be transmitted from the mother to the baby during pregnancy.
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
10. The HI-virus can be transmitted from the mother to the baby during birth.
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
11. The HI-virus can be transmitted from the mother to the baby when breastfeeding.
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
12. The HI-virus can be transmitted if a HIV positive person cough and sneeze and the sputum lands on you.
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
13. Do you think that you could get the HI-virus if some one who are HIV positive touches you?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
14. Do you think that a person can get the HI-virus when sharing the same telephone with a person who are HIV positive?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
15. Do you think that you could get the HI-virus by sharing a plate with a HIV-positive person?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|

16. Do you think that you could get HIV when kissing somebody who are HIV positive?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
17. Do you think that you could get the HI-virus from a sting of a mosquito?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
18. Can a HIV positive person be cured if this person has sex with a fat person?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
19. Can a HIV positive person be cured if he/she has sex with a virgin?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
20. Can a HIV positive person be cured if he/she has sex with young girls?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
21. Can a HIV positive person be cured if he/she has sex with young boys?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
22. Can a HIV positive person be cured if he has sex with an old lady?
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
23. Where did you get the information from that you have on HIV/AIDS?
- 23.1. Father/Mother
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
- 23.2. Brother/Sister
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|
- 23.3. Your child
- | | | |
|-----|----|-----------|
| Yes | No | Dont Know |
|-----|----|-----------|

23.4. Health worker

Yes	No	Dont Know
-----	----	--------------

23.5. Magazines

Yes	No	Dont Know
-----	----	--------------

23.6. School

Yes	No	Dont Know
-----	----	--------------

23.7. TV and radio

Yes	No	Dont Know
-----	----	--------------

23.8. Clinic

Yes	No	Dont Know
-----	----	--------------

23.9. Other: specify

Yes	No	Dont Know
-----	----	--------------

24. Can homosexual relationships promote the spreading of HIV/AIDS?

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

25. Do you think that oral sex can promote the spreading of HIV/AIDS?

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

26. Do you think that more than one sexual partner can higher the insidency of HIV/AIDS?

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

27. Do you know that the HI-virus can only survive in the blood of humans?

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

28. Which of the following symptoms are early symptoms of HIV/AIDS?

28.1. Enlarged glands

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

28.2. Fever

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

28.3. Body pains

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

28.4. Skin rash

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

28.5. Tiredness

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

28.6. Sores in the mouth

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

28.7. Sore throat

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

28.8. Cough

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

28.9. Weight loss

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

28.10. Night sweats

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

29. Symptoms of HIV/AIDS later on

29.1. Coughing

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

29.2. Skin rash

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

29.3. Enlarged glands

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

29.4. "Karposi sarkoma"/Type of cancer

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

29.5. Severe weight loss

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

29.6. Sores in the mouth

Yes	No	Not sure
-----	----	-------------

D. YOUR KNOWLEDGE OF ANTI RETRO- VIRAL MEDICATION/ DRUGS

1. Are there treatment for the HIV positive person at the clinic?

Yes	No	Dont Know
-----	----	--------------

2. Can the quality of life of a HIV positive patient be better when taking ARV medicine?

Yes	No	Dont Know
-----	----	--------------

3. Can the spread of the HI virus be prevented if the HIV positive patient is on ARV medication?

Yes	No	Dont Know
-----	----	--------------

4. Are the HIV positive patient obliged to take the medicine for the rest of his/her life?

Yes	No	Dont Know
-----	----	--------------

5. Will vitamins and herbs like the Africa plant, beetroot, garlic, aloe and olive oil prevent HIV/AIDS?

Yes	No	Dont Know
-----	----	-----------

6. Do you receive your treatment at the clinic at present?

Yes	No
-----	----

7. Does your family member take the medicine he/she received daily?

Yes	No
-----	----

8. Does your family member take the medicine daily as prescribed and on time as indicated?

Yes	No
-----	----

9. If not, why?

- _____
- _____
- _____
- _____

10. Does your family member feel sick after taking the medicine?

Yes	No
-----	----

11. Which symptoms does your family member experience when taking Anti retroviral drugs?

- _____
- _____
- _____
- _____

12. How can you as family assist your family member in taking his/her medicine?

- _____
- _____
- _____
- _____

13. Does your family member make use of alternative treatment?

Yes	No
-----	----

14. What type of alternative medicine does your family member take?

- _____
- _____
- _____
- _____

15. Does this alternative treatment help your family member?

Yes	No
-----	----

16. In what way does this alternative treatment work for him/her?

- _____
- _____
- _____
- _____

DATE OF COMPLETION: _____ / _____ /200_____

BYLAAG K: ANALISE VAN OOP EINDE VRAE AAN DIE MIV-POSITIEWE PASIËNT: VRAELYS 1

Bylaag K(a) Die MIV-positiewe pasient se belewenisse - Emosioneel

Vraag 1. Hoe sou jy wou hê dat jou familie jou moet ondersteun?

MIV-positiewe pasiënte as deelnemers	Tema 1 Aanvaarding en bemoedig	Tema 2 Liefde kan verbaliseer en toon	Tema 3 Nie veroordeel en ondersteun	Tema 4 Vergewe en verstaan as ek oor die dood wil praat	Tema 5 Konfidentaliteit moenie met almal praat nie	Tema 6 Vertroue en openheid	Tema 7 Empatie ek gaan nog nie dood nie	Tema 8 Kontak Vashou Bly by my Geduldig wees	Tema 9 Respek en waardigheid	Tema 10 Luister en verstaan as ek oor my wil praat	Tema 11 Omgee en versorg bekind
	15 4	30	11	13	6	4 2	5	16 6 3	11	2 15 4	10 11 1

Bylaag K (b) Die MIV-positiewe pasient se belewenisse – Fisies + instrumentele behoeftes

Vraag 1. Hoe sy jou wou hê dat jou familie jou moet ondersteun?

Deelnemers: MIV-positiewe pasiënte	Tema 1 Gee my kos en voer my	Tema 2 Medikasie gee	Tema 3 My bed skoonmaak	Tema 4 Neem my kliniek en hospitaal toe	Tema 5 Was my wasgoed	Tema 6 Bad my	Tema 7 Ondersteun my	Tema 8 Sorg vir my	Tema 9 Gee my oefeninge	Tema 10
	17	11	9	8	8	10	11	8	2	

Bylaag K (c) Die MIV-positiewe pasient se belewenisse - Finansieël

- Vraag 1. Hoe sy jou wou hê dat jou familie jou moet ondersteun?**
- 2. Wat sou dit vir jou makliker gemaak het om jou MIV-positiewe status aan jou familie bekend te maak?**

MIV-positiewe pasiënte	Tema 1 Begrafnispolis	Tema 2 Versorg my kinders Na my dood	Tema 3	Tema 4	Tema 5	Tema 6	Tema 7	Tema 8
	7	9						

Bylaag K (d) Bekendmaking van MIV-positiewe status aan familie

- Vraag 1. Hoekom is dit vir jou moeilik om jou MIV-positiewe status aan jou familie oor te dra?**

MIV-positiewe pasiënte	Tema 1 Familie is streng hulle verstaan nie	Tema 2 Sal vir my skreeu ek is bang	Tema 3 Gee nie om nie hulle drink	Tema 4 Sal my wegjaag hulle dink HIV+ persone is sleg	Tema 5 Ek is te skaam	Tema 6 Hulle weet nie van MIV en VIGS nie	Tema 7 Ek voel skuldig ek het hulle teleurgestel	Tema 8 Ek is jammer	Tema 9 Hulle sal teen my diskrimineer
	8 6	4 3	4 2	5 8	11	16	4 4	2	4

Analise van oopeinde vraag: Vraelys 1 : Bekendmaking van die MIV-positiewe status aan familie

Vraag: 1. Wat sou dit makliker maak om Jou MIV-positiewe status aan jou familie oor te dra?

MIV-positiewe pasiënte	Tema 1 As hulle meer geweet het van MIV en VIGS	Tema 2 As die gesondheidswerker vir hulle kan vertel	Tema 3 As die kerk dit vir hulle kan vertel	Tema 4 As hulle dit nie by ander mense hoor nie
	16	14	3	7

Analise van oopeinde vraag: Vraelys 1

Vraag 1: Van wie het die MIV-positiewe pasiënt stigmatisering ervaar?

MIV-positiewe pasiënte	Tema 1 Gemeenskap	Tema 2 Familie
	16	14