

Evaluering van 'n groepwerk- hulpverleningsprogram met MIV-positief/VIGS-pasiënte

**ADRIANA ALETTA ROUX
M.A. (MW)**

Proefskrif voorgelê ter nakoming van die vereistes vir die
graad Philosophiae Doctor in Maatskaplike Werk
aan die
Potchefstroomse Universiteit vir Christelike Hoër
Onderwys

Promotor: Prof GJ Kotze
Medepromotor: Prof H Strydom
Potchefstroom
Mei 2002

(Die finansiële steun van die National Research Foundation (NRF) ten opsigte van hierdie studie word erken. Opinies en gevolgtrekkings wat uit hierdie studie voortspruit is dié van die skrywer en nie noodwendig dié van die National Research Foundation nie.)

SUMMARY

As a result of the HIV/AIDS problem, South Africa is presently confronted by the worst pandemic in the history of this country. An estimated 4,2 million people in South Africa are already infected with the HI virus. The Faculty of Health Sciences at the PU for CHE (Focus area 9.1) for this reason undertook to investigate the immune systems of HIV/AIDS patients in the Potchefstroom health district. The aim of this effort was multiple, namely:

- * to improve by means of oral supplements the immune systems of HIV/AIDS patients in the named health district;
- * to slow down by means of the above mentioned action the deterioration of patients from HIV to AIDS, and
- * to improve the sense of well-being and quality of life of HIV/AIDS patients by means of a group work intervention programme.

To reach this aim, the following goals had to be attained:

- * *To determine by means of a literature study the nature and extent of HIV/AIDS world-wide.* This aim was reached by analysing theoretical perspectives gained from the relevant literature as well as empirical results regarding the nature and extent of HIV/AIDS, especially in South Africa.
- * *To determine by means of a literature study and an empirical investigation the needs of persons diagnosed as being HIV positive or having AIDS.* In order to reach this goal, the procedure of survey was used. Schedules were personally completed by the investigator, assisted by field-workers, regarding 110 HIV/AIDS patients. In this manner the needs of the patients could be determined. From the results obtained by this survey, it was evident that HIV/AIDS patients experience various problems and definitely had a need for help.
- * *To investigate by means of a literature study the task of Social Work, and specifically group work, regarding assistance to HIV/AIDS patients.*

This investigation emphasised that Social Work definitely has a task and responsibility regarding the prevention of HIV/AIDS as well as supplying direct assistance for HIV/AIDS patients. If group work intervention is thoroughly planned, it can render a valuable contribution to the improvement of the sense of well-being and quality of life of these patients.

- * *The aim of the last-mentioned goal was to compile an appropriate programme based on the specific needs of patients and to evaluate it after implementation.* This programme was successfully presented in the course of 13 weeks and was in particular suited, not only to improve the knowledge of the HIV/AIDS group members concerning their condition, but also to broaden their insight with regard to the impact of their illness on their social functioning. By means of this programme the group members could develop skills concerning the handling of their condition.

- * *To evaluate the effect of the group work intervention programme on the sense of well-being and quality of life of the patients who have been diagnosed as HIV positive or having AIDS.* This goal was attained by measuring on four occasions the sense of well-being and quality of life by means of the measuring scale known as Affectometer 2 (AFM) by Kammann and Flett (1983). The results obtained by this evaluation showed that the group work intervention programme brought about a significant difference in the sense of well-being and quality of life of these HIV/AIDS patients. The sense of well-being of HIV/AIDS patients who participated in the group work intervention programme was significantly higher than that of patients who did not form part of the group work intervention programme.

All in all this research undeniably proved that a scientifically grounded, well-planned group work intervention programme can be successfully implemented to improve the quality of life of HIV/AIDS patients.

OPSOMMING

As gevolg van die MIV/VIGS-vraagstuk het Suid-Afrika tans met die grootste pandemie in die geskiedenis van die land te make. 'n Geraamde 4,2 miljoen persone in Suid-Afrika is reeds met die MI-virus geïnfekteer. Die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die PU vir CHO (Fokusarea 9.1) het op grond hiervan onderneem om die immuunstelsel van MIV/VIGS-pasiënte in die Potchefstroom-gesondheidsdistrik te ondersoek. Die doel hiervan was meervoudig van aard, naamlik

- * om deur middel van mondelingse supplemente die immuunstelsel van MIV/VIGS-pasiënte in die bepaalde gesondheidsdistrik te verhoog;
- * om op grond van die voorafgaande, pasiënte se agteruitgang vanaf MIV na VIGS te vertraag en
- * om die lewenstevredenheid en –kwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte deur middel van 'n groepwerkhulpverleningsprogram te verbeter.

Om hierdie doel te bereik, moes die volgende doelwitte behaal word:

- * *Om deur middel van 'n literatuurstudie die aard en omvang van MIV/VIGS wêreldwyd te bepaal.* Hierdie doelwit is bereik deurdat teoretiese perspektiewe vanuit die literatuur, asook empiriese bevindings oor die aard en omvang van MIV/VIGS, veral in Suid-Afrika, ontleed is.
- * *Om deur middel van 'n literatuurstudie en 'n empiriese ondersoek die behoeftes van die persone wat as MIV-positief of met VIGS gediagnoseer is, te bepaal.* Ten einde hierdie doelwit te bereik, is daar van die opnameprosedure gebruik gemaak. Skedules is vir hierdie doel persoonlik deur die navorser self asook deur veldwerkers met 110 MIV/VIGS-pasiënte ingevul. Op hierdie wyse kon die behoeftes van die pasiënte bepaal word. Vanuit die resultate verkry uit hierdie opname, was dit duidelik dat MIV/VIGS-pasiënte verskeie probleme, en beslis 'n behoefte aan hulpverlening, ervaar.
- * *Om deur middel van 'n literatuurstudie die taak van die Maatskaplike Werk, en spesifiek groepwerk, ten opsigte van hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte te ondersoek.* Hierdie navorsing het onteenseglik daarop gedui dat maatskaplike werk beslis 'n taak en verantwoordelik-

heid het ten opsigte van die voorkoming van MIV/VIGS, asook direkte hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte. Indien groepwerkhulpverlening deeglik beplan word, kan dit 'n waardevolle bydrae lewer tot die verbetering van die lewenstevredenheid en –kwaliteit van hierdie pasiënte.

- * *Die oogmerk met laasgenoemde doel was om op grond van pasiënte se spesifieke behoeftes, 'n toepaslike program saam te stel en ná implementering daarvan, te evalueer.* Hierdie program is suksesvol oor 13 weke aangebied en was by uitstek geskik om, nie alleen MIV/VIGS-groepde se kennis oor hulle siektetoestand te verbeter nie, maar ook om hulle insig te verbreed oor die uitwerking van dié siekte op hul maatskaplike funksionering. Deur middel van hierdie program kon die groepde vaardighede ontwikkel in die hantering van hul siektetoestand.
- * *Om die uitwerking van die groepwerkhulpverleningsprogram op die lewenstevredenheid en –kwaliteit van die pasiënte wat as MIV-positief of met VIGS gediagnoseer is, te evalueer.* Hierdie doelwit is bereik deurdat die groepde se lewenstevredenheid en –kwaliteit deur middel van die metingskaal bekend as Affectometer 2 (AFM) van Kammann en Flett (1983) tydens vier geleenthede gemeet is. Die resultate wat verkry is deur hierdie evaluering, het daarop gedui dat die groepwerkhulpverleningsprogram 'n beduidende verskil vir MIV-positief/VIGS-pasiënte se lewenstevredenheid en –kwaliteit meegebring het. Die lewenstevredenheid van MIV/VIGS-pasiënte wat aan die groepwerkhulpverleningsprogram onderwerp is, was beduidend hoër as pasiënte wat nie deel van die groepwerkhulpverleningsprogram gevorm het nie.

Samevattend is daar uit hierdie navorsing bewys gelewer dat 'n wetenskaplik gefundeerde, goedbeplande groepwerkhulpverleningsprogram onteenseglik suksesvol aangewend kon word om MIV/VIGS-pasiënte se lewenskwaliteit te verbeter.

DANKBETUIGINGS

Die grootste lof en erkenning aan my Hemelse Vader sonder wie hierdie navorsing nie moontlik sou wees nie.

My opregte dank aan almal wat op die een of ander wyse bygedra het tot die voltooi van hierdie proefskrif.

- * Besondere dank aan prof. Gerrit Kotze, my promotor, vir sy bekwame leiding, ondersteuning, aanmoediging en vertroue in my.
- * My dank aan prof. Herman Strydom vir sy hulp, leiding en aanmoediging as medepromotor.
- * 'n Besondere woord van dank aan mev. Doepie de Jongh vir haar vriendskap, hulp, geduld, tyd (veral ná-ure), ondersteuning, netjiese en akkurate tikwerk.
- * 'n Woord van dank aan prof. Christine Venter onder wie se leiding hierdie navorsing geskied het.
- * Dank aan die PU vir CHO en die *National Research Foundation* (NRF) vir fondse toegeken ter voltooiing van hierdie navorsing.
- * My dank aan dr. Lienki Viljoen van Statistiese Konsultasiediens van die PU vir CHO vir die verwerking van die data.
- * Dank aan prof. PD van der Walt vir die keurige taalversorging.
- * 'n Besondere woord van dank aan mev. Cornelia Wessels en dr. Annemarie Haasbroek vir hulle vriendskap en ondersteuning.
- * My dank aan elke MIV/VIGS-pasiënt wat bereid was om deel van hierdie navorsing te wees.
- * My opregte dank aan elke groeplid in Fochville en Potchefstroom vir hulle deelname en bydrae om hierdie navorsing te voltooi. Elkeen van hierdie groeplede het my lewe op 'n baie besondere wyse verryk.
- * My dank aan die personeel van Fochville Kliniek asook die klinieke van Boiki Thlapi en Mohadin in Potchefstroom vir hulle ondersteuning en samewerking.
- * Aan my man Pienaar, 'n baie besondere woord van dank vir sy jarelange liefde, hulp, ondersteuning, geduld en aanmoediging.
- * My opregte dank aan my kinders, Pine, Anel, Jörg en Annelize vir al hulle liefde, ondersteuning en aanmoediging. My dank aan my kleinseun, Rainer, vir al sy geduld met sy ouma.

***Opgedra aan Pienaar, Pine, Anel,
Jörg, Annelize en Rainer***

INHOUDSOPGAWE

HOOFSTUK 1.....	1
ALGEMENE INLEIDING.....	1
1.1 PROBLEEMSTELLING.....	1
1.2 KEUSE VAN DIE ONDERWERP.....	5
1.3 NAVORSINGSDOELSTELLINGS.....	6
1.4 SENTRALE TEORETIESE STELLING.....	7
1.5 DIE BEGRENsing VAN DIE NAVORSING.....	7
1.6 TYDPERK VAN NAVORSING.....	7
1.7 UNIVERSUM, STEEKPROEFTREKKING EN -PROSEDURE.....	8
1.8 DIE NAVORSINGSONTWERP.....	8
1.8.1 VERKENNENDE NAVORSING.....	9
1.8.2 BESKRYWENDE NAVORSING.....	9
1.8.3 VERKLARENDE NAVORSING.....	10
1.9 NAVORSINGSPROSEDURE.....	10
1.9.1 LITERATUURSTUDIE.....	10
1.9.2 EMPIRIESE ONDERSOEK.....	11
1.9.2.1 <i>Ontwikkelings- en benuttingsnavorsing as model</i>	11
1.9.2.2 <i>Fase 1: Opnameprosedure</i>	12
1.9.2.3 <i>Fase 2: Enkelstelselprosedure</i>	13
1.10 ETIESE ASPEKTE VAN BELANG.....	16
1.11 BEPERKINGS EN LEEMTES VAN DIE NAVORSING.....	16
1.12 BEGRIPSOMSKRYWING.....	18
1.12.1 MIV-POSITIEF.....	18
1.12.2 VIGS.....	18
1.12.3 GROEPWERK.....	19
1.12.4 GROEPWERKBEHANDELINGSPROGRAM.....	20
1.12.5 EVALUERING.....	20

1.13	INDELING VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG	21
	HOOFSTUK 2.....	24
	NAVORSINGSMETODOLOGIE.....	24
2.1	INLEIDING	24
2.2	ONTWIKKELINGS- EN BENUTTINGSNAVORSINGSMODEL.....	24
2.2.1	<i>Analisering</i>	27
2.2.2	<i>Ontwikkeling</i>	27
2.2.3	<i>Evaluering</i>	28
2.2.4	<i>Verspreiding</i>	28
2.2.5	<i>Aanvaarding</i>	29
2.3	VOORONDERSOEK.....	29
2.4	PROSEDURE VAN NAVORSING.....	31
2.4.1	OPNAMEPROSEDURE	32
2.4.1.1	<i>Tipes opnames</i>	32
2.4.1.2	<i>Vraagkonstruksie</i>	35
2.4.2	ENKELSTELSELONTWERP.....	37
2.4.2.1	<i>Verskillende enkelstelselontwerpe</i>	38
2.4.2.2	<i>Stappe van die enkelstelselontwerp</i>	39
2.5	SAMEVATTING.....	45
	HOOFSTUK 3.....	47
	MIV/VIGS AS MAATSKAPLIKE VRAAGSTUK IN SUID-AFRIKA	47
3.1	INLEIDING	47
3.2	DIE AARD EN OMVANG VAN MIV/VIGS.....	47
3.3	DIE VERLOOP VAN MIV-INFEKSIES.....	50
3.4	DIE OORSAKE VIR DIE VERSPREIDING VAN MIV/VIGS.....	53
3.4.1	GESLAGSOMGANG.....	54
3.4.2	BLOEDOORDRAGING.....	54
3.4.3	MOEDER NA BABA.....	54
3.4.4	ARMOEDE	55
3.4.5	ALKOHOL- EN ANDER VORME VAN DWELMMISBRUIK.....	56
3.4.6	MOBILITEIT VAN BEVOLKING.....	56

3.4.7	TRADISIE	56
3.4.8	MISDAAD.....	57
3.5	GEVOLGE VAN MIV/VIGS	57
3.5.1	DIE GEVOLGE VAN MIV/VIGS VIR DIE INDIVIDU	57
3.5.1.1	<i>Gevolge op fisiese funksionering</i>	58
3.5.1.2	<i>Gevolge op die psigiese en emosionele funksionering</i>	59
3.5.1.3	<i>Gevolge op die maatskaplike funksionering</i>	60
3.5.2	GEVOLGE VAN MIV/VIGS OP DIE GESIN	60
3.5.3	GEVOLGE VAN MIV/VIGS OP DIE GEMEENSAP	63
3.6	SAMEVATTING	68
HOOFSTUK 4		70
BEHOEFTE EN GEVOELENS VAN DIE MIV/VIGS-PASIENT.....		70
4.1	INLEIDING	70
4.2	PROFIEL VAN RESPONDENTE.....	70
4.2.1	WOONPLEK.....	70
4.2.2	GESLAG.....	72
4.2.3	OUERDOM	73
4.2.4	HUWELIKSTAAT	74
4.2.5	KINDERS.....	76
4.2.6	KINDERS WAT BY OUIERS WOON.....	77
4.2.7	ANDER PERSONE WAT BY RESPONDENTE WOON.....	78
4.2.8	KERKVERBAND	79
4.2.9	BEROEP VAN RESPONDENTE	79
4.2.10	TYDPERK SEDERT MIV/VIGS GEDIAGNOSEER IS	81
4.3	BEHOEFTE VAN MIV/VIGS-PASIENTE	83
4.3.1	BEHOEFTE AAN KENNIS OOR DIE SIEKTETOESTAND.....	84
4.3.2	KENNIS OOR OORSAKE VAN SIEKTE.....	85
4.3.3	KENNIS INSAKE GESONDE LEWENSTYL.....	86
4.3.4	KENNIS INSAKE MEDIKASIE EN MEDIIESE VERSORGING.....	88
4.3.5	KENNIS INSAKE DIE VERSPREIDING VAN DIE SIEKTE	89
4.3.6	KENNIS INSAKE DIE VERLOOP VAN DIE SIEKTE	91
4.3.7	KENNIS INSAKE DIE SEKSUELE AANGELEENTHEDE	92
4.3.8	EMOSIONELE BEHOEFTE.....	94
4.3.9	BEHOEFTE OOR DIE HANTERING VAN GEVOELENS	96
4.3.9.1	<i>Angs</i>	96

4.3.9.2	<i>Hartseer</i>	97
4.3.9.3	<i>Woede</i>	97
4.3.9.4	<i>Depressie</i>	98
4.3.10	BEHOEFTE OM ANDER OOR SIEKTETOESTAND IN TE LIG	99
4.3.11	BEHOEFTE VAN PASIËNTE AAN STEUNSTELSELS.....	101
4.3.12	BEHOEFTE VAN PASIËNTE AAN MULTIDISSIPLINÊRE DIENSLEWERING.....	103
4.4	SAMEVATTING	109
HOOFSTUK 5		111
DIE TAAK VAN MAATSKAPLIKE WERK TEN OPSIGTE VAN HULPVERLENING AAN MIV/VIGS-PASIËNTE		111
5.1	INLEIDING	111
5.2	DIE GEÏNTEGREERDE BENADERING TOT MAATSKAPLIKE WERK	111
5.3	DIE DOEL VAN MAATSKAPLIKE WERK	114
5.4	DIE FUNKSIES VAN MAATSKAPLIKE WERK	116
5.4.1	VERSORGING EN BESKERMING VAN KWETSBARE GROEPE.....	116
5.4.2	GENESING EN HERSTEL.....	117
5.4.3	VOORKOMING EN OPVOEDING	117
5.4.4	HULPBRONBESTUUR.....	119
5.4.5	MAATSKAPLIKE GERECHTIGHEID EN GELYKHEID	119
5.4.6	BELEID- EN PROGRAMONTWIKKELING	121
5.4.7	PROFESIONELE OPLEIDING EN PRAKTYKONTWIKKELING	121
5.5	MAATSKAPLIKEWERK-BEGINSELS	122
5.5.1	AANVAARDING.....	123
5.5.2	VERTROULIKHEID.....	124
5.5.3	INDIVIDUALISERING.....	126
5.5.4	EMPATIE.....	128
5.5.5	SELFBESLISSING	129
5.6	METODES VAN MAATSKAPLIKEWERK-DIENSLEWERING	130
5.6.1	GEVALLEWERK	131
5.6.2	GROEPWERK	132
5.6.3	GEMEENSKAPSWERK.....	132
5.6.4	MAATSKAPLIKEWERK-BESTUUR OF -ADMINISTRASIE.....	133
5.6.5	MAATSKAPLIKEWERK-NAVORSING.....	134

5.7	MAATSKAPLIKEWERK-VAARDIGHEDE	134
5.7.1	DOELGERIGTE AANWENDING VAN BEGINSELS IN DIE MAATSKAPLIKE WERK	135
5.7.2	OPBOU VAN SINVOLLE VERHOUDINGS	136
5.7.3	LUISTER	136
5.7.4	KOMMUNIKASIE	138
5.7.5	EKSPLORERING.....	140
5.7.6	ASSESSERING	141
5.7.7	KONTRAKTERING	142
5.7.8	HULPBRONBESTUUR.....	144
5.7.9	LEI VAN 'N GROEPGESPREK.....	145
5.8	SAMEVATTING.....	147
HOOFSTUK 6.....		149
GROEPWERK MET MIV/VIGS-PASIËNTE		149
6.1	INLEIDING	149
6.2	DIE DOEL VAN GROEPWERK	149
6.3	DIE BEPLANNING VAN GROEPWERKDIENTE.....	151
6.3.1	BEHOEFTEBEPALING.....	154
6.3.2	ONDERSOEK	156
6.3.3	FORMULERING VAN DOELSTELLINGS	157
6.3.4	BEPALING VAN DIE SOORT GROEP	158
6.3.4.1	<i>Ondersteuningsgroepe.....</i>	<i>159</i>
6.3.4.2	<i>Opvoedkundige groepe.....</i>	<i>160</i>
6.3.4.3	<i>Groeigroepe.....</i>	<i>160</i>
6.3.4.4	<i>Terapeutiese groepe.....</i>	<i>161</i>
6.3.4.5	<i>Sosialiseringsgroepe.....</i>	<i>161</i>
6.3.5	SAMESTELLING VAN DIE PROGRAM.....	162
6.3.6	SELEKTERING EN WERWING VAN LEDE	163
6.3.7	BEPLANNING VAN DIE FUNKSIONELE ASPEKTE.....	165
6.3.7.1	<i>Plek van byeenkoms.....</i>	<i>166</i>
6.3.7.2	<i>Tyd en duur van byeenkoms.....</i>	<i>168</i>
6.3.7.3	<i>Grootte van die groep.....</i>	<i>169</i>
6.3.7.4	<i>Aantal byeenkomste.....</i>	<i>169</i>
6.3.7.5	<i>Oop of geslote groep.....</i>	<i>170</i>
6.3.8	SAMESTELLING VAN DIE GROEP.....	171
6.3.9	VOORBEREIDING VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER	178

6.3.10	ORIËTERING EN VOORBEREIDING VAN DIE GROEPELEDE.....	180
6.3.11	KONTRAKTERING/WERKOOOREENKOMS	181
6.4	SAMEVATTING.....	182
	HOOFSTUK 7.....	183
	'N GROEPWERKHULPVERLENINGSPROGRAM MET MIV/VIGS-PASIËNTE	183
7.1	INLEIDING	183
7.2	PROGRAMAKTIWITEITE	183
7.2.1	DIE VEREISTES VIR PROGRAMAKTIWITEITE	186
7.2.2	DIE WAARDE VAN PROGRAMAKTIWITEITE	187
7.3	UITEENSETTING VAN DIE GROEPWERKHULPVERLENINGSPROGRAM.....	190
7.3.1	DOEL VAN GROEPWERKHULPVERLENING.....	190
7.3.2	BYEENKOMS 1: ONTMOETING EN ORIËTERING	191
7.3.2.1	<i>Doelwitte van die groepbyeenkoms</i>	<i>191</i>
7.3.2.2	<i>Programaktiwiteit</i>	<i>191</i>
7.3.2.3	<i>Inhoud van program</i>	<i>191</i>
7.3.2.4	<i>Bespreking</i>	<i>192</i>
7.3.3	BYEENKOMS 2: DIE AARD VAN MIV	193
7.3.3.1	<i>Doelwitte van die groepbyeenkoms</i>	<i>193</i>
7.3.3.2	<i>Programaktiwiteit</i>	<i>193</i>
7.3.3.3	<i>Inhoud van program</i>	<i>193</i>
7.3.3.4	<i>Bespreking</i>	<i>195</i>
7.3.4	BYEENKOMS 3: DIE VERSPREIDING VAN MIV	195
7.3.4.1	<i>Doelwitte van die groepbyeenkoms</i>	<i>195</i>
7.3.4.2	<i>Programaktiwiteit</i>	<i>195</i>
7.3.4.3	<i>Inhoud van program</i>	<i>195</i>
7.3.4.4	<i>Bespreking</i>	<i>202</i>
7.3.5	BYEENKOMS 4: FASES EN SIMPTOME VAN MIV/VIGS	203
7.3.5.1	<i>Doelwit van die groepbyeenkoms</i>	<i>203</i>
7.3.5.2	<i>Programaktiwiteit</i>	<i>203</i>
7.3.5.3	<i>Inhoud van program</i>	<i>203</i>
7.3.5.4	<i>Bespreking</i>	<i>208</i>
7.3.6	BYEENKOMS 5: VOEDING.....	208
7.3.6.1	<i>Doelwitte van die groepbyeenkoms</i>	<i>208</i>
7.3.6.2	<i>Programaktiwiteit</i>	<i>209</i>
7.3.6.3	<i>Inhoud van program</i>	<i>209</i>
7.3.6.4	<i>Bespreking</i>	<i>217</i>

7.3.7	BYEENKOMS 6: DIE WAARDE VAN LIGGAAMSOEFENINGE.....	217
7.3.7.1	<i>Doelwitte van die groepbyeenkoms</i>	218
7.3.7.2	<i>Programaktiwiteit</i>	218
7.3.7.3	<i>Inhoud van program</i>	218
7.3.7.4	<i>Bespreking</i>	222
7.3.8	BYEENKOMS 7: SELFBEELD.....	223
7.3.8.1	<i>Doelwitte van die groepbyeenkoms</i>	223
7.3.8.2	<i>Programaktiwiteit</i>	223
7.3.8.3	<i>Inhoud van program</i>	223
7.3.8.4	<i>Bespreking</i>	227
7.3.9	BYEENKOMS 8: BESLUITNEMING.....	228
7.3.9.1	<i>Doelwitte van die groepbyeenkoms</i>	228
7.3.9.2	<i>Programaktiwiteit</i>	228
7.3.9.3	<i>Inhoud van program</i>	228
7.3.9.4	<i>Bespreking</i>	231
7.3.10	BYEENKOMS 9: KOMMUNIKASIE EN MIV/VIGS	231
7.3.10.1	<i>Doelwitte van die groepbyeenkoms</i>	231
7.3.10.2	<i>Programaktiwiteit</i>	231
7.3.10.3	<i>Inhoud van program</i>	232
7.3.10.4	<i>Bespreking</i>	234
7.3.11	BYEENKOMS 10: DIE ROL VAN DIE FAMILIE EN VRIENDE VAN DIE MIV/VIGS-PASIËNTE... 235	
7.3.11.1	<i>Doelwitte van die groepbyeenkoms</i>	235
7.3.11.2	<i>Programaktiwiteit</i>	235
7.3.11.3	<i>Inhoud van program</i>	235
7.3.11.4	<i>Bespreking</i>	239
7.3.12	BYEENKOMS 11: DIE HANTERING VAN SPANNING.....	239
7.3.12.1	<i>Doelwitte van die groepbyeenkoms</i>	239
7.3.12.2	<i>Programaktiwiteit</i>	240
7.3.12.3	<i>Inhoud van program</i>	240
7.3.12.4	<i>Bespreking</i>	243
7.3.13	BYEENKOMS 12: DIE ROL VAN GODSDIENS EN GELOOF	244
7.3.13.1	<i>Doelwit van die groepbyeenkoms</i>	244
7.3.13.2	<i>Programaktiwiteit</i>	244
7.3.13.3	<i>Inhoud van program</i>	244
7.3.13.4	<i>Bespreking</i>	246
7.3.14	BYEENKOMS 13: TERMINERINGSFASE	246
7.3.14.1	<i>Doelwitte van die groepbyeenkoms</i>	246
7.3.14.2	<i>Programaktiwiteit</i>	247
7.3.14.3	<i>Inhoud van program</i>	247
7.3.14.4	<i>Bespreking</i>	248

7.4	EVALUERING VAN DIE PROGRAM	248
7.5	SAMEVATTING.....	251
	HOOFSTUK 8.....	253
	EVALUERING VAN MIV/VIGS-PASIËNTE SE LEWENSTEVREDENHEID EN - KWALITEIT.....	253
8.1	INLEIDING	253
8.2	DIE AARD EN WAARDE VAN METING.....	253
8.3	BETROUBAARHEID EN GELDIGHEID VAN METING	255
8.4	AFFECTOMETER 2 (AFM) VAN KAMMANN EN FLETT (1983).....	257
8.4.1	DIE AARD VAN AFFECTOMETER 2 (AFM)	257
8.4.2	BETROUBAARHEID EN GELDIGHEID VAN AFFECTOMETER 2 (AFM).....	258
8.5	DIE BENUTTING VAN AFFECTOMETER 2 (AFM) IN POTCHEFSTROOM EN FOCHVILLE	259
8.6	LEWENSTEVREDENHEID VAN MIV/VIGS-PASIËNTE IN POTCHEFSTROOM.	261
8.7	LEWENSTEVREDENHEID VAN MIV/VIGS-PASIËNTE IN FOCHVILLE	266
8.8	EVALUERING VAN LEWENSTEVREDENHEID VAN INDIVIDUELE GROEPELEDE IN POTCHEFSTROOM EN FOCHVILLE.....	276
8.8.1	GROEPELEDE IN POTCHEFSTROOM	277
8.8.2	GROEPELEDE IN FOCHVILLE	285
8.9	SAMEVATTING.....	295
	HOOFSTUK 9.....	297
	SAMEVATTENDE BEVINDINGS, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS	297
9.1	BEVINDINGS EN GEVOLGTREKKINGS.....	297
9.1.1	MIV/VIGS AS VRAAGSTUK IN SUID-AFRIKA.....	297
9.1.2	BEHOEFTE VAN DIE MIV/VIGS-PASIËNT.....	299
9.1.3	DIE TAAK VAN MAATSKAPLIKE WERK TEN OPSIGTE VAN HULPVERLENING AAN MIV/VIGS- PASIËNTE	301
9.1.4	GROEPWERK MET MIV/VIGS-PASIËNTE	303
9.1.5	'N GROEPWERKHULPVERLENINGSPROGRAM MET MIV/VIGS-PASIËNTE.....	304

9.1.6	DIE EVALUERING VAN MIV/VIGS-PASIËNTE SE LEWENSTEVREDENHEID EN -KWALITEIT	307
9.2	AANBEVELINGS	310
	BIBLIOGRAFIE.....	316

BYLAES

BYLAE 1:	SKEDULE: EVALUERING VAN 'N GROEPWERKHULPVERLENINGSPROGRAM MET MIV-POSITIEF/VIGS-PASIËNTE	333
BYLAE 2:	AFFECTOMETER 2 (AFM)	341
BYLAE 3:	VRAELYS: EVALUERING VAN DIE GROEPWERKHULPVERLENINGSPROGRAM	344
BYLAE 4:	DIETARY GUIDELINES	346
BYLAE 5:	HOW TO ENRICH MAIZEMEAL PORRIDGE	347
BYLAE 6:	GUIDELINES FOR GOOD HYGIENE	348
BYLAE 7:	GUIDELINES FOR SAFE FOOD HANDLING	349
BYLAE 8:	MANAGEMENT OF SYMPTOMS	350
BYLAE 9:	WERKOOORENKOMS/KONTRAK	352
BYLAE 10:	KAART VAN POTCHEFSTROOM-GESONDHEIDSDISTRIK	353
BYLAE 11:	SKEDULE: VOORONDERSOEK	354

LYS VAN FIGURE

FIGUUR 1:	ARMOEDE EN MIV/VIGS	197
-----------	---------------------------	-----

LYS VAN GRAFIESE VOORSTELLINGS

GRAFIESE VOORSTELLING 1:	BEREKENDE MIV/VIGS-INFEKSIES IN SUID-AFRIKA	49
GRAFIESE VOORSTELLING 2:	VIGS-STERFTES	64
GRAFIESE VOORSTELLING 3:	STERFTES IN ONDERWYS IN SUID-AFRIKA – AUGUSTUS 1999 TOT MEI 2000	65
GRAFIESE VOORSTELLING 4:	STERFTES VAN ONDERWYSERS PER PROVINSIE	66
GRAFIESE VOORSTELLING 5:	WOONPLEK VAN RESPONDENTE	71
GRAFIESE VOORSTELLING 6:	GESLAG VAN RESPONDENTE	72
GRAFIESE VOORSTELLING 7:	OUDERDOM VAN RESPONDENTE	73
GRAFIESE VOORSTELLING 8:	HUWELIKSTATUS VAN RESPONDENTE	74
GRAFIESE VOORSTELLING 9:	BEROEP VAN RESPONDENTE	80

LYS VAN SKEMATIESE VOORSTELLINGS

SKEMATIESE VOORSTELLING 1:	DR & U-MODEL	26
SKEMATIESE VOORSTELLING 2:	KOMMUNIKASIEPROSES	138
SKEMATIESE VOORSTELLING 3:	DIE FASES TYDENS DIE BEPLANNING VAN GROEPWERK	153
SKEMATIESE VOORSTELLING 4:	PROSEDURE VIR DIE SELEKTERING VAN PROGRAMAKTIWITEITE ...	185

SKEMATIESE VOORSTELLING 5: DIE GROEPWERKHULPVERLENINGSPROGRAM	188
SKEMATIESE VOORSTELLING 6: DIEETRIGLYNE	211
SKEMATIESE VOORSTELLING 7: GROEPE BETREK IN POTCHEFSTROOM	260
SKEMATIESE VOORSTELLING 8: GROEPE BETREK IN FOCHVILLE	261

LYS VAN TABELLE

TABEL 1: STATISTIEK TEN OPSIGTE VAN MIV/VIGS-INFEKSIES WÊRELDWYD	50
TABEL 2: SIMPTOME VAN MI-VIRUS ERVAAR DEUR RESPONDENTE	52
TABEL 3: SAAMWOONSTATUS VAN RESOONDENTE	75
TABEL 4: AANTAL KINDERS VAN RESPONDENTE	76
TABEL 5: AANTAL KINDERS WAT BY OUERS WOON	77
TABEL 6: AANTAL ANDER PERSONE WAT BY RESPONDENTE WOON	78
TABEL 7: TYDPERK SEDERT MIV/VIGS BY RESPONDENTE GEDIAGNOSEER IS	81
TABEL 8: BEHOEFTE VAN MIV/VIGS-PASIËNTE	83
TABEL 9: BETEKENIS VAN MIV-POSITIEF	85
TABEL 10: GEVOELENS VAN RESPONDENTE	95
TABEL 11: RESPONDENTE SE BEHOEFTE AAN DIE AARD VAN 'N STEUNSTELSEL	102
TABEL 12: MEEDELING VAN MIV-STATUS	104
TABEL 13: PERSONE BETROKKE BY HANTERING VAN GEVOELENIS	106
TABEL 14: PERSONE VAN WIE HULPVERLENING VERLANG IS DEUR PASIËNTE	108
TABEL 15: GESLAG	172
TABEL 16: OUDERDOM	173
TABEL 17: OPVOEDKUNDIGE KWALIFIKASIES	174
TABEL 18: HUWELIKSTATUS	175
TABEL 19: BEROEP	176
TABEL 20: KERKVERBAND	177
TABEL 21: PORSIES PER KALORIEVLAK	210
TABEL 22: EVALUERING VAN GROEPWERKHULPVERLENINGSPROGRAM	250
TABEL 23: BEDUIDENDHEID VAN VERSKILLE TUSSEN EERSTE EN TWEDE METING: GROEP 1	262
TABEL 24: BEDUIDENDHEID VAN VERSKILLE TUSSEN EERSTE EN DERDE METING: GROEP 1	263
TABEL 25: BEDUIDENDHEID VAN VERSKILLE TUSSEN EERSTE EN TWEDE METING: GROEP 2	264
TABEL 26: BEDUIDENDHEID VAN VERSKILLE TUSSEN EERSTE EN DERDE METING: GROEP 2	265
TABEL 27: BEDUIDENDHEID VAN VERSKILLE TUSSEN EERSTE EN TWEDE METING: GROEP 1	268
TABEL 28: BEDUIDENDHEID VAN VERSKILLE TUSSEN EERSTE EN DERDE METING: GROEP 1	269
TABEL 29: BEDUIDENDHEID VAN VERSKILLE TUSSEN EERSTE EN TWEDE METING: GROEP 2	270
TABEL 30: BEDUIDENDHEID VAN VERSKILLE TUSSEN EERSTE EN DERDE METING: GROEP 2	270
TABEL 31: BEDUIDENDHEID VAN VERSKILLE TUSSEN EERSTE EN TWEDE METING: GROEP 3	271
TABEL 32: BEDUIDENDHEID VAN VERSKILLE TUSSEN EERSTE EN DERDE METING: GROEP 3	272
TABEL 33: BEDUIDENDHEID VAN VERSKILLE TUSSEN EERSTE EN TWEDE METING: GROEP 4	273
TABEL 34: BEDUIDENDHEID VAN VERSKILLE TUSSEN EERSTE EN DERDE METING: GROEP 4	274

TABEL 35:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 1: POTCHEFSTROOM	277
TABEL 36:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 2: POTCHEFSTROOM	278
TABEL 37:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 3: POTCHEFSTROOM	279
TABEL 38:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 4: POTCHEFSTROOM	279
TABEL 39:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 5: POTCHEFSTROOM	280
TABEL 40:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 6: POTCHEFSTROOM	281
TABEL 41:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 7: POTCHEFSTROOM	282
TABEL 42:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 8: POTCHEFSTROOM	283
TABEL 43:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 9: POTCHEFSTROOM	283
TABEL 44:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 1 (ONTVANG KAPSULES AC): FOCHVILLE	285
TABEL 45:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 2 (ONTVANG KAPSULES AC): FOCHVILLE	286
TABEL 46:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 3 (ONTVANG KAPSULES AC): FOCHVILLE	287
TABEL 47:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 4 (ONTVANG KAPSULES AC): FOCHVILLE	288
TABEL 48:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 5 (ONTVANG KAPSULES AC): FOCHVILLE	289
TABEL 49:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 6 (ONTVANG KAPSULES BD): FOCHVILLE	289
TABEL 50:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 7 (ONTVANG KAPSULES BD): FOCHVILLE	290
TABEL 51:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 8 (ONTVANG KAPSULES BD): FOCHVILLE	291
TABEL 52:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 9 (ONTVANG KAPSULES BD): FOCHVILLE	292
TABEL 53:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 10 (ONTVANG SLEGS GROEPWERK- HULPVERLENING): Fochville	294
TABEL 54:	LEWENSTEVREDENHEIDTELLINGS VAN GROEPLID 11 (ONTVANG SLEGS GROEPWERK- HULPVERLENING): Fochville	294

HOOFSTUK 1

ALGEMENE INLEIDING

1.1 PROBLEEMSTELLING

Die aantal pasiënte wat met toetsing MIV-positief bevind is, neem jaarliks wêreldwyd toe. Na raming was sowat 33,4 miljoen persone teen die einde van 1998 en 34,3 miljoen persone aan die einde van 1999 met die MI-virus besmet (Unaid, 1999:7; Unaid, 2000:5). Die Wêreldgesondheidsorg-organisasie bereken dat 40 miljoen persone teen 2000 met die MI-virus geïnfekteer sal wees (Van der Vliet, 1996:18). Volgens die National Centre for HIV (2001) word daar daagliks 7 000 adolessente wêreldwyd met die MI-virus besmet en 2,6 miljoen nuwe infeksies kom onder adolessente per jaar voor – twee miljoen daarvan is in Afrika. In Suid-Afrika was 3,6 miljoen mense gedurende 1998 teenoor 2,7 miljoen gedurende 1997 MIV-positief, en een uit elke agt volwassenes in die land het reeds die virus (Department of Health, 1999:7). Die jongste syfers volgens Whiteside en Sunter (2000:53) en Henderson (2000:17) is dat 4,2 miljoen tans in Suid-Afrika met die MI-virus geïnfekteer is. Volgens Baleta (1998:14) word 1 500 persone elke dag in Suid-Afrika met die MI-virus besmet. Kenners beskou MIV-infeksies as een van die ernstigste gesondheidsvraagstukke hier te lande (Kotze, Roux & Wessels, 2001:73; Pienaar, 2001:1; Visagie, 1999:57). Die volgende inligting oor die toename in MIV-positiewe gevalle is deur die Departement Gesondheid verstrek: Die persentasie toename gedurende 1998 was in KwaZulu-Natal 20,8%, Mpumalanga 32,8%, Vrystaat 14%, Gauteng 31,6%, Noordwes 17,7%, Limpopo 40,2%, Oos-Kaap 26,2%, Noord-Kaap 15,1% en Wes-Kaap 0% (Department of Health, 1999:9). Na raming is tussen 'n vyfde en 'n kwart van die inwoners van Noordwesprovinsie reeds besmet met MIV/VIGS (Du Preez, 1999:16). Gedurende 2000 was een uit elke vier swanger vroue in Potchefstroom en omgewing MIV-positief en gedurende 2001 'n derde van die mense wat by die Potchefstroomse Hospitaal getoets is (Olivier, 2001:23).

Volgens Weyers (1990:345) is daar aanduidings dat Suid-Afrika, met betrekking tot VIGS, te kampe gaan hê met 'n epidemie wat in die geskiedenis geen gelyke het nie. Schutte (1990:379) beweer dat teen 2000 die grootste deel van die swart bevolking tussen die ouderdom 20 en 65 jaar met die MI-virus geïnfekteer sal wees. Volgens die Departement Gesondheid was die "... HIV annual rates of increase (%) by age 1998 ..." soos volg: jonger as 20 jaar (65,4%); 20 - 24 jaar (32,5%); 25 - 29 jaar (47,8%); 30 - 34 jaar (31,7%); 35 - 39 jaar (41,1%); 40 - 44 jaar (40,0%) en 45 - 49 jaar (16,0%) (Department of Health, 1999:9). Hierdie syfers is 'n bewys van die wyse waarop die toename per ouderdomsgroep reeds gedurende 1998 was. Dit beklemtoon Weyers se siening dat Suid-Afrika teen die jaar 2000 te make gaan hê met 'n epidemie wat geen gelyke in die geskiedenis van Suid-Afrika sal hê nie.

Soos met alle ander siektetoestande ervaar persone wat as MIV-positief gediagnoseer is, nie net op mediese terrein probleme nie, maar ook op psigiese, maatskaplike en godsdienstige gebied. Probleme wat hierdie persone ervaar, is onder meer depressie, angs, verwerping, verlies aan inkomste, werkloosheid, armoede en die dood (Evian, 2000:267; Fouché & De Vos, 1995:299-304). Persone in alle sosio-ekonomiese groepe wat as MIV-positief gediagnoseer is, ervaar in 'n mindere of meerdere mate probleme. Dit is egter veral persone uit subekonomiese groepe wat met probleme te kampe het, soos "... discrimination and oppression, sometimes at the hands of well-meaning professionals, lack of access to quality health care, substance abuse, inadequate housing and child welfare system ...", wat die meeste geraak word (Marcenko & Samost, 1999:44). Persone uit die hoër sosio-ekonomiese strata is beter in staat om toegang tot professionele dienste soos gesondheidsorg te verkry en te bekostig. Dit is egter persone uit die laer sosio-ekonomiese agtergeblewe gemeenskappe wat nie altyd toegang tot hierdie dienste het nie (Marcenko & Samost, 1999:37). As gevolg van die probleme wat persone in die laer sosio-ekonomiese en agtergeblewe gemeenskappe ervaar, ontstaan daar by hulle behoeftes soos om onderskraag en aanvaar te word, om meer van die siekte te weet, om 'n gesonder lewenswyse te handhaaf en om deur hul gesin, familie, vriende en die

gemeenskap op 'n aanvaarbare wyse behandel te word (Hayes, McConnell, Nardozi & Mullican, 1998:35-36).

Volgens Clatts (1994:12) is dit vanselfsprekend dat geesteswetenskaplikes ook betrokke sal raak by die hantering van die probleem, soos die voorkoming van MIV/VIGS-besmetting. Hierdie verantwoordelikheid moet nie slegs aan die mediese wetenskap oorgelaat word nie. Popenoe, Cunningham en Boulton (1998:410) steun hierdie standpunt deur daarop te wys dat maatskaplike faktore, soos armoede, wat ook 'n invloed op die siektetoestand het, aandag moet geniet. Dit is wenslik dat professies soos psigologie en maatskaplike werk tot hierdie terrein sal toetree. Tydens 'n internasionale kongres oor MIV/VIGS in Kopenhagen het Mikkelsen (1995:5) die primêre rol wat maatskaplike werk ten opsigte van MIV/VIGS beklee, uitgewys. Van Rooyen (1998:vii-viii) wys daarop dat die maatskaplike werker ook in Suid-Afrika 'n prominente rol te speel het ten opsigte van die problematiek rakende VIGS.

Groepwerk as metode van maatskaplike werk is by uitstek geskik om alle persone, maar ook die persoon met MIV/VIGS, te help om maatskaplik doeltreffend te funksioneer (Edell, 1998:51-53; Toseland & Rivas, 1998:17). Getzel en Mahony (1993:27-29) het in groepe wat hulle oor 'n tydperk van twee-en-'n-half jaar met persone met VIGS gehanteer het, bevind dat groepwerk 'n waardevolle metode is om hulle te help. Deur middel van die groepwerkmetode kan groeplede soos die MIV-positief/VIGS-pasiënte se algemene tevredenheid en lewenskwaliteit met die omstandighede waarin hulle verkeer asook hul maatskaplike funksionering verbeter word.

Groepwerk bied aan die maatskaplike werker die geleentheid om op primêre, sekondêre en tersiêre voorkomingsvlak tot die persoon wat as MIV-positief of met VIGS gediagnoseer is, toe te tree. In groepwerk kry die maatskaplike werker die geleentheid om uit verskillende soorte groepe 'n keuse te doen oor die tipe dienste wat aan die persoon met MIV/VIGS gelewer kan word. So bestaan daar byvoorbeeld volgens Toseland en Rivas (1998:21) ondersteunings-, opvoedkundige, groei-, terapeutiese en sosialiseringsgroepe. Hierdie groepe bied 'n beskermende atmosfeer waarbinne die persoon met

MIV/VIGS met die maatskaplike werker en die groeplede verskillende gevoelens en belewinge, soos onder meer stigmatisering wat hy of sy ervaar, kan deel (Corey & Corey, 1997:366-369; Kurtz, 1997:21-24; Reid, 1991:7).

Groepwerkprogramme kan in 'n verskeidenheid behoeftes voorsien. Dit is egter noodsaaklik om by elke groep waarmee gewerk word, vooraf deur middel van 'n behoefte-opname die unieke behoeftes van die lede in die groep te bepaal (Getzel & Mahony, 1993:28-30; Roux, 1997:37; Toseland & Rivas, 1998:147).

In die beplanning van groepwerk met persone wat as MIV-positief of met VIGS gediagnoseer is, moet 'n wye reeks veranderlikes in ag geneem word. In dié verband verwys Corey en Corey (1997:371-374), Fouché en De Vos (1995:293-304), Getzel en Mahony (1993:28-29) en Snyman en Visser (1996:4-7) na behoeftes en faktore wat daarmee saamgaan, soos onder meer die gebruik van medikasie, die handhawing van 'n gesonder lewenswyse, aanpassings ten opsigte van seksuele aktiwiteite, stigma, diskriminasie en verwerping, probleme wat ontstaan ten opsigte van die gesin, familie en vriende, identifisering van die simptome van VIGS, kennis van die verwerking van gevoelens soos angs, woede en depressie asook kennis van steunstelsels wat benut kan word.

In Suid-Afrika word programme reeds aangebied deur middel van groepwerk met die MIV-positief/VIGS-pasiënt (Williams & Campbell, 1996:13). Daar is egter nog nie wetenskaplike navorsing gedoen oor die rol van groepwerk in hulpverlening aan persone wat as MIV-positief of met VIGS gediagnoseer is nie. Die onderhawige navorsing vorm deel van 'n groter navorsingsprojek ten opsigte van MIV-positiewe pasiënte in die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die PU vir CHO.

Op grond van die voorafgaande ontstaan die volgende navorsingsvrae:

- Wat is die aard en omvang van MIV/VIGS?
- Watter behoeftes ervaar die MIV-positiefgediagnoseerde persoon met

inagneming van die ontwikkeling van 'n spesifieke groepwerkbehandelingsprogram?

- Watter rol het die maatskaplike werk en groepwerk ten opsigte van hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte?
- Watter programaktiwiteite vanuit die literatuur en empiriese ondersoek moet ingesluit word in 'n groepwerkhulpverleningsprogram?
- Wat is die uitwerking van 'n groepwerkbehandelingsprogram op die maatskaplike funksionering van die MIV-positief/VIGS-gediagnoseerde persoon?

1.2 KEUSE VAN DIE ONDERWERP

Die motivering vir die keuse van die onderwerp spruit eerstens voort uit 'n belangstelling wat vanuit Fokusarea (9.1) oor VIGS in die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die PU vir CHO by die navorser ontstaan het. 'n MIV-navorsingsprojek in die Fakulteit Gesondheidswetenskappe is geloods om die immuunstelsel asook die lewensvrede en -kwaliteit van lewende van die MIV-positiewe pasiënte te verbeter en om steundienste aan gesinne van VIGS-pasiënte te lewer. In hierdie projek is die toediening van mondelinge supplemente oor 'n tydperk van ses maande getoets om die voedingstatus van die MIV-positiewe pasiënte te bepaal. Die navorsing het eerstens ten doel gehad die verfraging van MIV na VIGS asook die algehele verbetering van die gesondheid van die pasiënte. Die tweede doelwit van die projek was die verbetering van die MIV-pasiënte se lewensvrede en -kwaliteit. Hierby sluit hierdie navorsing aan deur 'n groepwerkbehandelingsprogram of ook genoem 'n groepwerkhulpverleningsprogram saam te stel en te evalueer.

Die navorser se betrokkenheid by hierdie navorsing het gelei tot 'n vooronderzoek waarin die kennis en houding van die algemene publiek in Potchefstroom gemeet is ten opsigte van MIV/VIGS (kyk Bylae 11). Vanuit die resultate wat verkry is, is die gevolgtrekking gemaak dat navorsing op hierdie terrein geregverdig en noodsaaklik is.

Die navorser het besluit om groepwerk as metode te benut ten opsigte van die MIV-positiewe pasiënt en sodoende te bepaal in watter mate pasiënte se lewensvrede en -kwaliteit deur middel van 'n groepwerkhulpverleningsprogram verbeter kan word. Die navorser is vertrouwd met die teorie sowel as praktyk van groepwerk en is van mening dat hierdie metode 'n belangrike bydrae kan lewer ten opsigte van die verspreiding van inligting aan MIV/VIGS-pasiënte, asook ten opsigte van ondersteunings- en terapeutiese dienste aan hulle.

Laastens stel die navorser daarin belang om 'n handleiding te publiseer vir maatskaplike werkers en veral vir maatskaplike hulpwerkers. Deur middel van hierdie handleiding kan genoemde rolspelers gehelp word om die hulpverleningsprogram ten opsigte van veral MIV/VIGS-pasiënte in agtergeblewe gemeenskappe toe te pas.

1.3 NAVORSINGSDOELSTELLINGS

Die doelstellings van die navorsing is die volgende:

- 1.3.1 Om deur middel van 'n literatuurstudie en 'n empiriese ondersoek die aard en omvang van MIV/VIGS te bepaal;
- 1.3.2 om deur middel van 'n literatuurstudie en empiriese ondersoek die behoeftes van die persoon wat as MIV-positief of met VIGS gediagnoseer is, te bepaal;
- 1.3.3 om deur middel van 'n literatuurstudie die taak van maatskaplike werk in die algemeen en groepwerk in die besonder ten opsigte van hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënte te ondersoek;
- 1.3.4 om 'n groepwerkhulpverleningsprogram te ontwerp wat deur middel van literatuurstudie en empiriese navorsing daarop gerig is om die lewensvrede, lewenskwaliteit en die maatskaplike funksionering van die MIV/VIGS-pasiënte te verbeter; en
- 1.3.5 om die uitwerking van 'n saamgestelde groepwerkhulpverlenings-

program op die lewenstevredenheid, -kwaliteit en maatskaplike funksionering van die pasiënt wat as MIV-positief of met VIGS gediagnoseer is, te bepaal.

1.4 SENTRALE TEORETIESE STELLING

Die persoon wat as MIV-positief of met VIGS gediagnoseer is, se lewenstevredenheid en -kwaliteit kan deur middel van 'n groepwerkhelpverleningsprogram verbeter word. Dit kan verder lei tot hul doeltreffende maatskaplike funksionering.

1.5 DIE BEGRENsing VAN DIE NAVORSING

Die navorsing is in die Potchefstroom-gesondheidsdistrik gedoen wat Potchefstroom, Fochville en Wedela insluit. Alle pasiënte wat as MIV-positief/VIGS-gediagnoseer is by klinieke en hospitale in hierdie gebied, is by die navorsing betrek.

'n Kaart van die Potchefstroom-gesondheidsdistrik word as Bylae 10 ingesluit.

1.6 TYDPERK VAN NAVORSING

Daar is gedurende Januarie 1999 met die verkryging van die toepaslike literatuur begin. Hierna is daar ingeskakel by die Fokusarea 9.1 Subprojek MIV/VIGS van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe. Daar is in samewerking met die voedingkundiges en biokineticici beplanning gedoen ten opsigte van die navorsingsprojek waarby hierdie navorsing ingesluit is. Gedurende Februarie - Maart 2000 is die ontwerpte skedules tydens die werwing van respondente wat MIV-positief is, afgehandel en 'n groepwerkprogram ontwerp. Volgens Strydom (1999:120) word die term skedule in plaas van vraelys gebruik wanneer dit deur die navorser en/of sy veldwerkers gedurende 'n onderhoud voltooi word. MIV-positiewe manlike en vroulike pasiënte tussen die ouderdomme 21 – 45 jaar is gewerf. Die eerste groepbyeenkoms in Potchefstroom het op 18 April 2000 plaasgevind. Hierdie groepbyeenkomste het gestrek tot 4 Julie 2000. In Fochville het die eerste

groepbyeenkoms op 26 April 2000 plaasgevind. Hierdie groepbyeenkomste het tot 12 Julie 2000 geduur. Gedurende die navorsing was daar voortdurende interaksie tussen die teorie en die praktyk omdat die literatuurstudie en die empiriese navorsing gelyktydig plaasgevind het. Drie intervensies het plaasgevind, naamlik basislyn (gedurende April 2000), middel (gedurende Julie 2000) en einde (gedurende Oktober 2000).

1.7 UNIVERSUM, STEEKPROEFTREKKING EN -PROSEDURE

Weens die vertroulikheidsfaktor verbonde aan MIV/VIGS kon 'n universum nie bepaal word nie en is daar van 'n beskikbaarheidsteekproef gebruik gemaak tydens die afhandeling van die skedule oor die behoeftes van pasiënte. 'n Navorsingsgroep betrokke by die navorsingsprojek in die Fakulteit Gesondheidswetenskappe, bestaande uit dieetkundiges en maatskaplike werkers, is na klinieke en hospitale om MIV-positiewe pasiënte te werf om aan die navorsingsprojek deel te neem. Verpleegpersoneel by klinieke in die Potchefstroom-gesondheidsdistrik het MIV-positiewe pasiënte geïdentifiseer wat bereid was om onderhoude met die navorsingsgroep te voer. Tydens hierdie geleentheid gedurende Februarie en Maart 2000 is die skedule (Bylae 1) ten opsigte van MIV-positiewe/VIGS-pasiënte voltooi om sodoende hul behoeftes te bepaal. Daar is met een honderd-en-tien persone onderhoude gevoer waartydens hierdie skedules deur die navorser en veldwerkers voltooi is. Die pasiënte was bereid om onderhoude ook met die veldwerkers te voer.

Ná afloop van die werwingsveldtog was slegs sewe-en-tagtig pasiënte bereid om aan die navorsingsprojek van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe deel te neem. Slegs nege pasiënte was bereid om vrywillig aan die groepwerkhuulpverleningsprogram in Potchefstroom deel te neem en elf aan die program in Fochville.

1.8 DIE NAVORSINGSONTWERP

Die begrip navorsingsontwerp kan beskryf word as die plan, struktuur en

strategieë van navorsing (Smit, 1993:15; Strydom, 1999:76). Die doelstellings van die navorsingsontwerp is eerstens om antwoorde op navorsingsvrae te kontroleer en tweedens om variasie uit te skakel wat 'n uitwerking op die navorsingsresultate mag hê (Smit, 1993:15).

Die navorsingsontwerp waarvan die navorser gebruik gemaak het, het elemente van verkennende, beskrywende en verklarende navorsing bevat.

1.8.1 VERKENNENDE NAVORSING

Verkennende navorsing word gebruik wanneer min inligting oor die navorsingsgebied bestaan (Grinnell & Williams, 1990:150). Dit het ook volgens Dane (1990:234) ten doel om persoonlike weetgierigheid te bevredig. Dit stimuleer ook die navorser om meer navorsing te onderneem.

Die navorsingsterrein wat bestudeer is, is nie onbekend nie, maar as gevolg van die geweldige toename in persone wat daagliks as MIV-positief gediagnoseer word, is dit noodsaaklik dat meer kennis verkry sal word aangaande die behoeftes van hierdie persone asook hoe hul lewenskwaliteit verbeter kan word.

Op grond van die voorafgaande moes die navorser dus 'n verkennende studie onderneem om eerstens deur middel van 'n voorondersoek die houding, kennis en gesindheid van die gemeenskap teenoor die MIV-positiewe/VIGS-pasiënt te bepaal en tweedens om deur middel van 'n skedule aan MIV-positiewe/VIGS-pasiënte 'n diepgaande ondersoek in te stel na die behoeftes wat MIV-positiewe pasiënte ervaar.

1.8.2 BESKRYWENDE NAVORSING

Volgens Strydom (1999:78) bestaan daar 'n voortdurende behoefte aan 'n sistematiese, objektiewe en volledige beskrywing van die werklikheid wat primêr die doel van beskrywende navorsing uitmaak. Die meeste maatskaplikewerk-navorsing is volgens Babbie (1992:90-91) op die eksplorering, beskrywing en verduideliking van gebeure gerig. In hierdie navorsing is 'n

studie gemaak van groepwerk met MIV-positief/VIGS-pasiënte en word die navorsing dus beskryf en verduidelik (Singleton, Straits, Straits & McAllister, 1988:91).

1.8.3 VERKLARENDE NAVORSING

Volgens Grinnell en Williams (1990:167) word verklarende navorsing gebruik om aspekte te probeer verklaar waarom reeds nagevors is. Singleton *et al.* (1988:91) sê dat verklarende studies poog om antwoorde op probleme en hipoteses te verskaf. As gevolg van die verkennende studie wat deur die navorser gedoen is, is baie kennis en inligting verkry wat die navorser in staat gestel het om verklarende navorsing te doen.

Volgens Grinnell en Williams (1990:170-171) het verklarende navorsing meer interne en eksterne waarde as verkennende en beskrywende navorsing. Dit kan help om oorsaaklike verbande tussen veranderlikes aan te dui. Die doel met verklarende navorsing is volgens Dane (1990:245) om te toets of een of meer veranderlikes een of meer afhanklike veranderlikes tot gevolg kan hê.

Inligting verkry vanuit die verkennende navorsing is geïnterpreteer en geëvalueer en meetbare hipoteses kan dus geformuleer word. Die behoeftebepaling wat gespruit het uit die voltooiing van skedules by MIV-positief/VIGS-gediagnoseerde persone, het die basis gelê vir die formulering van 'n groepwerkhulpverleningsprogram en die aanbied van hierdie program.

1.9 NAVORSINGSPROSEDURE

Die prosedure van navorsing sluit 'n literatuurstudie en empiriese ondersoek in.

1.9.1 LITERATUURSTUDIE

Databasisse wat vir 'n sistematiese biblioteeksoektog benut is, is Nexus, Repertorium van Suid-Afrikaanse Tydskrifartikels, Social Work Abstracts, Social Sciences Index, Psyclit en Dissertation Abstracts International. Heel-

wat literatuur is beskikbaar oor MIV/VIGS asook oor groepwerk. Literatuur wat spesifiek handel oor groepwerk met die MIV-positiewe of met VIGS-geïdiagnoseerde pasiënt, is nie algemeen beskikbaar nie. Literatuur oor groepwerkprogramme, veral ten opsigte van omstandighede in Suid-Afrika vir pasiënte wat as MIV-positief of met VIGS geïdiagnoseer is, is beperk. Literatuur van verwante vakterreine soos onder meer Psigologie, Sosiologie, Verpleegkunde, Farmasie, Gesinsekologie en die medisyne, is ter aanvulling van die literatuur uit eie vakgebied vir hierdie navorsing gebruik. Tematiese hoofpunte wat bestudeer is, is onder meer die aard van MIV en VIGS, die behoeftes van die MIV-positief/VIGS-geïdiagnoseerde pasiënt en die rol wat maatskaplike werk asook die beplanning van groepwerk tydens hulpverlening aan die MIV-positief of VIGS-geïdiagnoseerde pasiënt speel.

1.9.2 EMPIRIESE ONDERSOEK

'n Voorondersoek vir hierdie navorsing is met 278 persone in die Potchefstroom-gemeenskap gedoen. Hierdie verkenningstudie is onderneem om in aanraking te kom met die materiaal wat bestudeer gaan word. Aangesien die hantering van MIV-positief/VIGS-pasiënte nie deel vorm van die normale dagtaak van die navorser nie, was 'n voorondersoek wenslik. Met dié voorondersoek is die kennis van asook die houding en gesindheid van gemeenskapslede ten opsigte van die siekte en die pasiënt bepaal. In Hoofstuk 2 word meer aandag aan die voorondersoek geskenk.

1.9.2.1 ONTWIKKELINGS- EN BENUTTINGSNAVORSING AS MODEL

In hierdie navorsing is gebruik gemaak van ontwikkelings- en benuttingsnavorsing, en die *Developmental Research and Utilization* model (DR & U-model) is as riglyn gebruik (Grinnell, 1981:595; Strydom, 1999:151-158). Hierdie model word in Hoofstuk 2 verder bespreek.

Die navorsing is in twee fases gedoen. In fase 1 is deur middel van 'n persoonlike onderhoud 'n skedule met MIV-positief/VIGS-geïdiagnoseerde pasiënte ingevul. In fase 2 is 'n program saamgestel, geïmplementeer en geëvalueer uit gegewens verkry vanuit die skedules aan pasiënte.

1.9.2.2 FASE 1: OPNAMEPROSEDURE

⇒ **Ontwerp**

Tydens fase 1 is daar van die opnameprosedure gebruik gemaak (Huysamen, 1993:108-110; Strydom, 1999:116-118).

⇒ **Deelnemers**

Vir die invul van skedule 1 by MIV-positief/VIGS-pasiënte is van 'n beskikbaarheidsteekproef gebruik gemaak. Eenhonderd-en-tien deelnemers uit veral die laer sosio-ekonomiese groep wat as MIV-positief of met VIGS gediagnoseer is, is met behulp van verpleegkundiges in klinieke en hospitale in die Potchefstroom-gesondheidsdistrik, wat Potchefstroom, Fochville en Wedela insluit, gedurende Februarie – Maart 2000 verkry.

⇒ **Meetinstrumente**

'n Skedule wat die behoeftes bepaal van die pasiënt wat as MIV-positief of met VIGS gediagnoseer is, is saamgestel (kyk Bylae 1). Geslote sowel as oopende vrae is gebruik vir die insameling van kwalitatiewe en kwantitatiewe data. Hierdie skedule is deur middel van persoonlike onderhoud deur die navorser self en veldwerkers ingevul.

⇒ **Prosedure**

Die prosedure wat in fase 1 gevolg is, sluit die volgende in:

- Toestemming is van die Direkteur van Gesondheidsdienste van die provinsiale owerheid in die Potchefstroom-gesondheidsdistrik verkry om die navorsing te onderneem.
- Funkisionele reëlins vir die betrekking van proefpersone is met hoofde en personeel van klinieke en hospitale getref.
- Veldwerkers is opgelei om met die opname te help.

Omdat 'n groot persentasie van die MIV-positief/VIGS-gediagnoseerde persone Tswana- en Xhosasprekend is, is opgeleide veldwerkers gebruik om te help met die invul van die skedule. Veldwerkers is opgelei ten opsigte van onder meer hul houding en ingesteldheid teenoor die pasiënt, die omskrywing van sekere terme asook hoe die skedule ingevul moet word. Die skedule is uit Afrikaans in Engels en Tswana vertaal.

⇒ **Dataverwerking**

Data is deur die Statistiese Konsultasiedienste van die PU vir CHO verwerk. Frekwensietellings is gebruik.

1.9.2.3 FASE 2: ENKELSTELSELPROSEDURE

⇒ **Ontwerp**

Daar is in hierdie navorsing van die enkelstelselprosedure gebruik gemaak. Dit behels volgens Rubin en Babbie (1997:310) die bestudering van 'n subjek/groep op 'n herhalende grondslag. Hierdie subjek/groep kan volgens Grinnell (1981:95) 'n individu, gesin, groep, organisasie of gemeenskap wees.

⇒ **Deelnemers: MIV-positief/VIGS-pasiënte**

'n Groep bestaande uit 20 lede tussen die ouderdom 21 - 45 jaar is uit die laer sosio-ekonomiese groepe wat as MIV-positief gediagnoseer is, gewarf. Persone wat aan die navorsing in fase 1 deelgeneem het en wat in Potchefstroom en Fochville woon, is uitgenooi om aan die groepprogram deel te neem. Dié persone het vrywillig by die groep aangesluit en was deur middel van 'n werkooreenkoms bereid om dertien weke lank groepbyeenkomste by te woon. In die selektering van die groep is veral gefokus op persone wat as MIV-positief gediagnoseer is maar wat nog nie volskaalse VIGS onder lede het nie. Swart persone wat Afrikaans- of Engelssprekend is, is geselekteer om moontlike kultuurverskille, taalprobleme en kommunikasiehindernisse uit te skakel (Lum, 1992:104).

In Potchefstroom was nege respondente bereid om aan die groepwerkhulp-

verlening deel te neem. In Fochville was 11 respondente bereid om aan die groepwerkhelpverlening deel te neem. Slegs nege respondente het mondelinge supplemente ontvang. Twee persone was nie ingesluit in die groep wat mondelinge supplemente ontvang het nie, maar wou by die groepwerkhelpverlening betrokke wees. Hulle is nie tot die groepwerkhelpverlening geweier nie.

⇒ **Meetinstrumente**

Daar is van Kammann en Flett (1983:259-265) se gestandaardiseerde metingskaal, Affectometer 2 (AFM), gebruik gemaak om die algemene tevredenheid of lewenstevredenheid van die pasiënte te meet (kyk Bylae 2). Die resultate van hierdie meting sal in Hoofstuk 8 bespreek word.

Affectometer 2 (AFM) is deur twee groepe respondente in **Potchefstroom** beantwoord en is soos volg saamgestel:

Groep 1, die eksperimentele groep, het bestaan uit nege respondente wat mieliemeel-sojapap ses maande lank **plus** groepwerkhelpverlening oor 13 groepbyeenkomste heen ontvang het.

Groep 2, die kontrolegroep, het uit vyf respondente bestaan wat 'n mieliemeel-sojapap ses maande lank **sonder** groepwerkhelpverlening ontvang het.

Affectometer 2 (AFM) is deur vier groepe respondente in **Fochville** beantwoord en is soos volg saamgestel:

Groep 1, die eksperimentele groep, het uit vyf respondente bestaan wat twee Sportronkapsules (Phytogard en Ultragard) en 'n baie lae dosis multivitamientablet ses maande lank **plus** groepwerkhelpverlening oor 13 groepbyeenkomste heen ontvang het.

Groep 2, die eksperimentele groep, het uit vier respondente bestaan wat twee verskillende Sportronkapsules (placebo) en 'n baie lae dosis multivitamientablet ses maande lank **plus** groepwerkhelpverlening oor 13 groepbyeenkomste heen ontvang het.

Groep 3, die kontrolegroep, het uit 15 respondente bestaan wat twee verskillende Sportronkapsules (Phytogard en Ultragard) en 'n baie lae dosis multivitamientablet oor ses maande heen **sonder** groepwerkhuulpverlening ontvang het.

Groep 4, die kontrolegroep, het uit 11 respondente bestaan wat twee verskillende Sportronkapsules (placebo) en 'n baie lae dosis multivitamientablet oor ses maande heen **sonder** groepwerkhuulpverlening ontvang het.

⇒ **Program**

'n Program is saamgestel uit inligting verkry uit die skedule aan MIV-positief/VIGS-pasiënte.

⇒ **Prosedure**

Deur middel van die enkelstelselontwerp is groeplede voor die eerste byeenkoms, naamlik balsislyn, deur middel van Affectometer 2 (AFM) aan 'n meting blootgestel. Dit is in die middel van die reeks byeenkomste weer opgevolg met 'n meting en ná afloop van die laaste byeenkoms asook weer drie maande nadat die groep ontbind is. Daar is tydens elke byeenkoms 'n onderwerp behandel soos saamgestel vanuit die ontwerpte program. Groeplede is aan die einde van die reeks byeenkomste die geleentheid gebied om deur middel van 'n selfontwerpte evalueringsvraelys die program te evalueer (kyk Bylae 3). Die resultate van hierdie evaluering sal in Hoofstuk 7 bespreek word.

Die veldaantekeninge van waarneming, diagnose en beplanning is ná elke byeenkoms in 'n verslag saamgestel om sodoende inligting te bekom wat die kwantitatiewe inligting kon aanvul (Bloom & Fischer, 1982:153).

⇒ **Dataverwerking**

Die gegewens van Affectometer 2 (AFM) is met behulp van 'n rekenaarprogram verwerk. Die selfontwerpte vraelys wat kwantitatiewe sowel as kwalitatiewe data versamel, is self deur die navorser verwerk.

1.10 ETIESE ASPEKTE VAN BELANG

Tydens hierdie navorsing is daar aan die volgende etiese aspekte aandag gegee:

- Skade aan proefpersone kan fisies en emosioneel van aard wees. In die geesteswetenskappe kan skade hoofsaaklik van 'n emosionele aard wees (Strydom, 1999:18). Tydens hierdie navorsing is die uitwerking daarvan aan die proefpersone uitgelig. Hulle is die geleentheid gebied om hulle aan die navorsing te onttrek indien hulle dit sou verkies. Tydens die invul van die skedules en vraelyste is die omgewing so ingerig dat die proefpersone geen ongemak ervaar het nie. Die groepwerksessies is in lokale aangebied wat oor die nodige meublement beskik het sodat groeplede op 'n ontspanne wyse aan die programaktiwiteit kon deelneem.
- Akkurate en volledige inligting ten opsigte van die doel van die navorsing, die prosedures wat hiertydens gevolg sal word, die moontlike voordele, nadele en gevare waaraan die proefpersone blootgestel kan word, is aan die proefpersone verskaf.
- Tydens die navorsing is daar deurgaans by die beginsel van vertroulikheid gehou. Omdat die inligting wat verkry is, sensitief van aard is, is die inligting uiters vertroulik hanteer (Huysamen, 1993:190).
- Die bevindings van die navorsing is op verskeie wyses aan die leserspubliek bekend gestel. Die navorser stel dit haar ten doel om hierdie verslag so noukeurig en objektief moontlik saam te stel.

1.11 BEPERKINGS EN LEEMTES VAN DIE NAVORSING

Ter wille van die wetenskaplikheid van die navorsing sal die belangrikste beperkings uitgelig word:

- Vanweë die vertroulikheidsaspek verbonde aan MIV/VIGS, kon 'n

universum nie bepaal word nie en moes daar van 'n beskikbaarheidsteekproef gebruik gemaak word.

- Slegs MIV-positiewe pasiënte in Potchefstroom en Fochville kon gewerf word om aan die groepwerkbehandelingsprogram deel te neem. Pasiënte van Wedela het nie belangstelling in hierdie hulpverlening getoon nie.
- In Potchefstroom was slegs nege pasiënte bereid om deel te wees van die groepwerkhulpverleningsprogram en elf pasiënte het in Fochville kans gesien om deel van die groep te wees.
- Taal was 'n verdere probleem. Daar moes dikwels tydens die beantwoording van Affectometer 2 (AFM) van 'n tolk gebruik gemaak word. Daar was nie altyd sekerheid of dieselfde boodskap oorgedra is nie. Dit het veral die invul van Affectometer 2 (AFM), wat die lewenstevredenheid van pasiënte moes meet, beïnvloed.
- Die beantwoording van 'n metingskaal bring dikwels mee dat verskillende persone die vraag verskillend interpreteer en gevolglik die metingskaal nie akkuraat invul nie. Aangesien die navorser persoonlik Affectometer 2 (AFM) met die pasiënte wat Engels en Afrikaans kon verstaan, ingevul het, is hierdie probleem in 'n groot mate uitgeskakel. Persone wat slegs 'n swart taal magtig was, is deur 'n veldwerker bygestaan. Vir die meeste pasiënte was die beantwoording van Affectometer 2 (AFM) egter problematies. Van die vrae kon hulle soms nie goed verstaan nie en die beantwoording op 'n vyfpunt-Likertskaal het vir sommige van hierdie persone 'n probleem geskep.
- Aangesien die groepwerkbyeenkomste in die winter gedurende Mei, Junie en Julie plaasgevind het, het dit gebeur dat van die groepbyeenkomste nie deur al die groeplede bygewoon kon word nie. Dit kan hoofsaaklik toegeskryf word aan verkoue en griep.
- Heelwat tyd en koste is bestee aan die vervoer van lede na die groep-

lokaal en om vanaf Potchefstroom na Fochville vir groepbyeenkomste te reis. Dit was egter noodsaaklik om lede te vervoer, aangesien hulle nie oor eie vervoermiddele asook geld beskik om vir vervoer te betaal nie.

1.12 BEGRIPSOMSKRYWING

1.12.1 MIV-POSITIEF

MIV staan bekend as Menslike Immuniteitsgebreksvirus of die algemene Engelse omskrywing HIV wat "Human Immunodeficiency Virus" beteken. Dit beskryf 'n siektetoestand wat die gevolg van omgewingsfaktore is wat impliseer "... dat die verworwe probleem die immune- of verdedigingsstelsel betrek deurdat hierdie stelsel gebrekkig raak om die liggaam te beskerm ..."

(Van der Walt, 1990:298).

Die MIV val dus die mens se immuunstelsel aan en vernietig belangrike selle (CD4-selle) sodat die liggaam nie langer teen die virus bestand is nie (Visagie, 1999:3; Evian, 2000:6).

Ná infeksie met MIV verloop daar 'n tydperk/periode volgens Van der Walt (1990:300-301) waar die immuunstelsel aangeskakel word en uiteindelik tot IgG-sintese (immunoglobien G) oorgaan, spesifiek teen die MIV. Aangesien die betroubaarder algemene toets vir MIV op die teenwoordigheid van IgG (teen MIV) berus, word 'n persoon as MIV-positief bestempel sodra die betrokke IgG in die bloed verskyn. Die proses staan ook as sero-omskakeling bekend en kan enige iets van vier weke tot selfs langer as drie jaar neem (Van der Walt, 1990:300-301).

'n Persoon is dus MIV-positief wanneer Immunoglobien G in die persoon se bloed verskyn. Dit kan bepaal word deur middel van 'n bloedtoets.

1.12.2 VIGS

VIGS of verworwe immunititeitsgebreksindroom is 'n komplekse siektebeeld

wat die gevolg is van 'n aanvanklike infeksie deur 'n virus wat bekend staan as MIV of HIV (Moyle, 1997:5; Van der Walt, 1990:290; Visagie, 1999:1). Volgens Visagie (1999:1) kan VIGS beskou word as 'n "... collection of diseases resulting from the breakdown of the immune system after it has been invaded and weakened by the HIV ...". MIV veroorsaak dus 'n aftakeling van die immuunstelsel wat bepaalde siektetoestande in 'n persoon tot gevolg het en wat daarna tot VIGS lei.

1.12.3 GROEPWERK

Toseland en Rivas (1998:12) omskryf groepwerk soos volg:

"Goal-directed activity with small treatment and task groups aimed at meeting socioemotional needs and accomplishing tasks. This activity is directed to individual members of a group and to the group as a whole within a system of service delivering".

Skidmore, Thackeray en Farley (1994:74) sluit hierby aan en omskryf groepwerk as 'n metode om met mense in groepe te werk "... for the enhancement of social functioning and for the achievement of socially desirable goals".

Garvin (1997:1) verwys na groepwerk binne en buite die terrein van maatskaplike werk. Wanneer daar na groepwerk binne die terrein van maatskaplike werk verwys word, noem Garvin (1997:1) dit "social work with groups". Du Preez (1986:3-5) tref 'n onderskeid tussen die terme groepwerk en maatskaplike groepwerk. Groepwerk is volgens haar die verlening van hulp aan persone in groepsverband deur ander professionele persone soos sielkundiges, psigiaters en onderwysers. Maatskaplike groepwerk word deur haar beskou as 'n metode van maatskaplike werk waardeur 'n opgeleide maatskaplike werker op professionele wyse aan individue in groepverband hulp verleen deur die groepwerkproses, onderlinge verhoudings en programmedia op 'n doelgerigte, bedrewe wyse te hanteer en aan te wend (Du Preez, 1986:111-112).

Vir die doeleindes van hierdie navorsing sal egter die term "groepwerk"

gebruik word wat dui op 'n metode in maatskaplike werk waarvolgens individuele en groepdoelstellings deur middel van die toepassing van die groepwerkproses bereik word.

1.12.4 GROEPWERKBEHANDELINGSPROGRAM

Die term "behandeling" word deur die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:5) vervang met die term "maatskaplikewerk-hulpverlening". Maatskaplikewerk-hulpverlening word in die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:41) soos volg omskryf: "Proses waarvolgens 'n maatskaplike werker, binne 'n professionele verhouding, bepaalde metodes en tegnieke aanwend, funksies en take uitvoer en hulpbronne benut om maatskaplike probleme te voorkom, te verlig of uit die weg ruim om die maatskaplike funksionering van 'n kliëntsisteem te bevorder".

'n Groepwerkhulpverleningsprogram kan dus omskryf word as 'n proses waarvolgens 'n maatskaplike werker deur middel van groepwerk tegnieke aanwend, funksies en take uitvoer en hulpbronne benut om maatskaplike probleme te voorkom, te verlig of uit die weg ruim om sodoende maatskaplike funksionering van 'n kliëntsisteem te bevorder.

Vir die doeleindes van hierdie navorsing sal die term "groepwerkbehandelingsprogram" vervang word met die term "groepwerkhulpverleningsprogram".

1.12.5 EVALUERING

Toseland en Rivas 1998:365) omskryf hierdie term soos volg:

"Evaluation is the process of obtaining information about the effects of a single intervention or the effect of the total group experience."

Garvin (1997:184) sluit hierby aan deur die term met besondere verwysing na die gedrag van individue te omskryf as die insameling van inligting oor die gedrag van individue of organisasies waardeur die omvang van die gedrag of die effek van gedrag deur die inligting bepaal word.

Craig, Griesel en Witz (1994:79) beskou evaluering soos volg:

- "* to put value to something, to assess its worth;
- * to analyse and assess the role or function of something".

Evaluering kan dus gesien word as 'n proses waardeur inligting bekom, oorgedra, die omvang daarvan bepaal word en tot gevolgtrekkings gekom word.

1.13 INDELING VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG

Die inligting wat in die navorsingsverslag weergegee word, word as 'n integrasie van die teoretiese kennis, die empiriese bevindings en die praktiese ervaring van die navorser aangebied. Hierdie gegewens moet as 'n geheel beskou word, omdat die verskillende fasette van die navorsing nie losstaande dele van die geheel is nie. Die indeling van die verslag is soos volg gedoen:

Hoofstuk 1 dien as 'n algemene inleiding waarin aspekte rakende die probleemformulering, keuse van die onderwerp, navorsingsdoelstellings, sentrale teoretiese stelling, begrensing en tydperk van die navorsing, navorsingsontwerp, navorsingsprosedure, beperkings en leemtes van die navorsing asook begripsomskrywings vervat is.

In **Hoofstuk 2** word 'n uiteensetting gegee van die navorsingsmetode waarin die ontwikkelings- en benuttingsnavorsing, die voorondersoek, die navorsingsontwerp, die opnameprosedure en die enkelstelselontwerp breedvoerig bespreek word.

Hoofstuk 3 handel oor VIGS as 'n maatskaplike vraagstuk in Suid-Afrika. Onderwerpe wat bespreek word, is die aard, omvang en oorsake van MIV-infeksies, die verloop van MIV-infeksies, asook die gevolge daarvan. Daar word veral gekonsentreer op die gevolge ten opsigte van die individu, gesin en gemeenskap.

Hoofstuk 4 handel oor die behoeftes van die MIV-positiewe/VIGS-pasiënte. Aandag word eerstens geskenk aan 'n profiel van die respondente. Behoeftes wat die pasiënte ervaar, word breedvoerig bespreek vanuit die empiriese navorsing wat onderneem is. Die pasiënte se behoefte aan steunstelsels soos hulle gesin, familie en vriende geniet in hierdie hoofstuk ook aandag. Empiriese gegewens word in hierdie hoofstuk bespreek.

In **Hoofstuk 5** word die rol wat maatskaplike werk vanuit die geïntegreerde benadering in hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte speel, breedvoerig bespreek. Die doel en funksies van maatskaplike werk, beginsels wat ten opsigte van hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt gehandhaaf moet word asook die hulpverleningsvorme en vaardighede van die maatskaplike werker tydens hulpverlening, word veral in hierdie hoofstuk uiteengesit. Die wyses waarop die maatskaplikewerk-metodes benut kan word ten opsigte van MIV/VIGS-pasiënte, geniet ook in hierdie hoofstuk aandag.

Hoofstuk 6 gaan oor die rol wat groepwerk in die behandeling van MIV/VIGS-pasiënte speel. Daar word veral gekonsentreer op die taak van die maatskaplike werker in die beplanning van groepwerkdienste.

Hoofstuk 7 behels 'n uiteensetting van 'n groepwerkhulpverleningsprogram met MIV/VIGS-pasiënte. 'n Uiteensetting word gebied van elke byeenkoms wat plaasgevind het. Die program is veral opgestel vir MIV-positiewe pasiënte, en klem word gelê op behoeftige pasiënte. Die evaluering van die groepwerkhulpverleningsprogram deur die groeplede word ook bespreek.

In **Hoofstuk 8** word 'n uiteensetting gegee van die evalueringmeganismes wat gebruik is om die lewensvrede en -kwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte te bepaal. Die resultate wat tydens metings in Potchefstroom en Fochville verkry is met die gebruik van Affectometer 2 (AFM), word weergegee.

Hoofstuk 9 is die slothoofstuk waarin daar tot samevattende bevindings gekom word en gevolgtrekkings gemaak word, wat deur aanbevelings gevolg word. Die aanbevelings word gedoen nie alleen ten opsigte van die teorie

nie, maar ook ten opsigte van die praktyk en met die oog op verdere navorsing.

In Hoofstuk 2 word die metode van hierdie navorsing vervolgens bespreek.

HOOFSTUK 2

NAVORSINGSMETODOLOGIE

2.1 INLEIDING

Indien die mens doelbewus soek na antwoorde op vrae wat in die bewussyn ontstaan, is dit noodsaaklik dat pogings aangewend word om hierdie antwoorde deur middel van navorsing te vind. Vir die navorser se vrae oor hoe die MIV-positief/VIGS-pasiënt se lewenskwaliteit verbeter kan word, is van wetenskaplike metodes gebruik gemaak om antwoorde op hierdie vrae te vind. Daar is in hierdie navorsing van twee metodes gebruik gemaak, naamlik 'n literatuurstudie en 'n empiriese ondersoek.

Die ontwikkelings- en benuttingsnavorsingsmodel word oorkoepelend vir die empiriese gedeelte van hierdie studie gebruik. Die prosedures wat aangewend is om by die verskillende fases van die model uit te kom, is die opname-prosedure en die enkelstelselontwerp.

Vervolgens word die empiriese ondersoek bespreek, aangesien die literatuurstudie reeds in Hoofstuk 1 behandel is. In die bespreking van die empiriese ondersoek wat gedoen is, word eerstens aandag geskenk aan die DR & U-model. Die voorondersoek wat gedoen is om as 'n verkenning te dien vir die hoofondersoek, word hierna bespreek waarna hierdie hoofstuk met die prosedure van navorsing afgesluit word.

2.2 ONTWIKKELINGS- EN BENUTTINGSNAVORSINGSMODEL

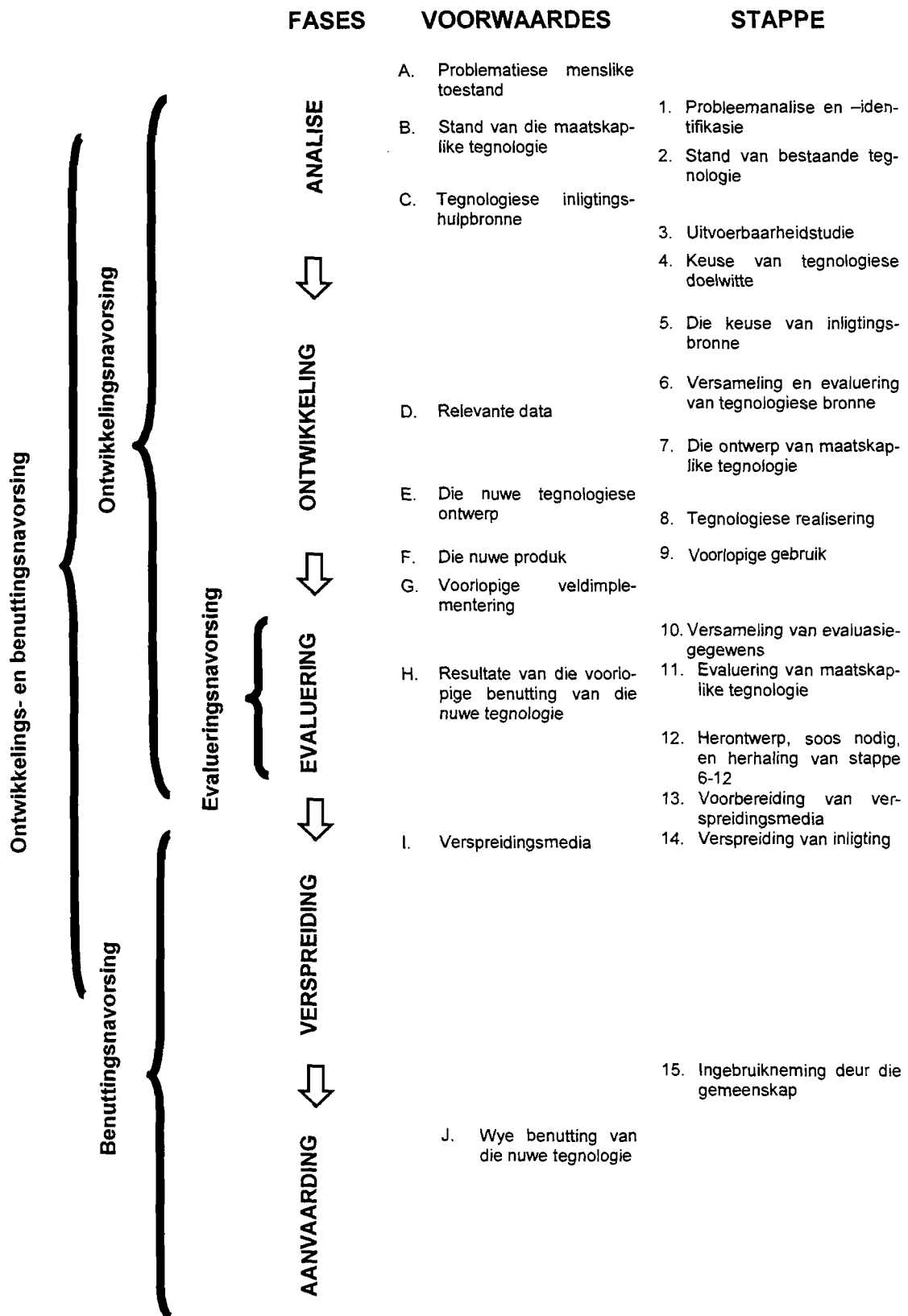
Uit al die ontwikkelingsmodelle, naamlik die DR & U (Developmental Research and Utilization Model), die D & D (Design and Development Model) en die Social R & D (Social Research and Development Model), het Edwin Thomas en Jack Rothman 'n integrasie van hierdie modelle gemaak en word dit intervensienavorsing genoem (De Vos, Schurink & Strydom, 1998:11; Strydom, 1999:151).

Intervensienavorsing word deur die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:31) omskryf as "Navorsing wat gerig is op die daarstelling van sistematiese prosedures vir die ontwerp, toetsing, evaluering en verfyning van tegnieke en instrumente met die oog op intervensie in maatskaplike probleme in gemeenskappe en groepe".

Daar is in die onderhawige navorsing egter van ontwikkelings- en benuttingsnavorsing gebruik gemaak, en die Developmental Research and Utilization Model (D R & U-model) is as riglyn gebruik (Grinnell, 1981:595; Strydom, 1999:151-158). Ontwikkelingsnavorsing is volgens Grinnell (1981:590) 'n navorsingsmodel vir die generering van nuwe maatskaplikewerk-tegnologie. Om hierdie rede het die navorser hierdie model gebruik, omdat 'n program wat gerig is op groepwerkhulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt, ontwikkel is. Die navorsing is in twee fases gedoen. In fase 1 is 'n skedule deur MIV-positief/VIGS-gediagnoseerde pasiënte met die hulp van die navorser en veldwerkers voltooi. In fase 2 is 'n groepwerkprogram uit inligting wat uit die bogenoemde skedules verkry is, saamgestel, geïmplementeer en geëvalueer. Volgens Barker (1997:99) en Strydom (1999:151) is ontwikkelingsnavorsing 'n innoverende werkswyse om diensleweringstelsels daar te stel en te evalueer. Deur 'n program te ontwikkel en te evalueer, word nuwe maatskaplikewerk-tegnologie gegenereer.

Volgens Grinnell (1981:595) se model van ontwikkelingsnavorsing moet 'n analiseringsfase 'n ontwikkelingsfase voorafgaan, waarna 'n evalueringsfase volg. In hierdie navorsing is daar van Grinnell (1981:595) se model van ontwikkeling- en benuttingsnavorsing gebruik gemaak wat die analiserings-, ontwikkelings-, evaluerings-, verspreidings- en aanvaardingsfases insluit (Strydom, 1994:44-50). Hierdie uiteensetting van die model word in Skematiese Voorstelling 1 gevind.

Skematiese voorstelling 1: DR & U-Model



(Fourie, 1996:36; Grinnell, 1981:595)

Die verskillende fases van die ontwikkelings- en benuttingsnavorsingsmodel sal vervolgens bespreek word.

2.2.1 ANALISERING

MIV/VIGS is 'n probleemsituasie wat as gevolg van die vinnige verspreiding daarvan die moeite werd is om te ondersoek. Volgens Strydom (1999:156) is dit in hierdie fase belangrik dat daar 'n problematiese toestand moet wees wat die moeite werd is om aan aandag te gee. Hierdie probleem moet deur middel van navorsingsprosedures soos literatuurstudie en waarneming ondersoek kan word. 'n Volledige voorondersoek behoort aan te dui dat die navorsingspoging 'n verbetering op die maatskaplike tegnologie tot gevolg sal hê.

Tydens die voorondersoek is analisering reeds gedoen asook tydens die verkennende studie waarin 'n literatuurstudie en behoefte-opname oor die behoeftes van die pasiënte gedoen is.

2.2.2 ONTWIKKELING

Volgens Tripodi (1983:19) se model van programontwikkeling kan drie fases geïdentifiseer word, naamlik die inisiëringsfase, die kontakfase en die implementeringsfase. Alle take word binne dié drie fases uitgevoer. Hierdie siening sluit aan by die siening van Strydom (1999:157) wat daarop wys dat alle relevante data ingesamel en geëvalueer word. Dit gee aanleiding tot die ontwerp van maatskaplike tegnologie, dit wil sê die konkrete aksie vind plaas. Tydens hierdie fase word nuwe, relevante data dus ingesamel en tot 'n nuwe tegnologiese produk omgeskep (Grinnell, 1981:600-601; Strydom, 1999:157).

In die navorsing is die behoeftes van MIV-positiewe pasiënte deur middel van die opnameprosedure bepaal. Vanuit die feitelike inligting wat verkry is, kon doelstellings en doelwitte bepaal word, en vanuit hierdie doelstellings en doelwitte kon 'n groepwerkhulpverleningsprogram saamgestel word. Sodoende kon die behoeftes wat die pasiënte ervaar, hanteer word. Rothman en

Thomas (1994:29-30) sê hieroor die volgende: "Research that addresses the critical strengths and problems of important constituencies has a greater chance of receiving support from the target population, professional community and general public".

Ná die saamstel van die program kon MIV-positiewe pasiënte genader word om by die program in te skakel, 'n homogene groep kon saamgestel word en die aantal groepbyeenkomste kon bepaal en geskeduleer word. Daar is besluit om hoofsaaklik die groepgesprek as werkwyse te gebruik.

2.2.3 EVALUERING

Grinnell (1981:602-603) sê in verband met evaluering die volgende: "After a product has been created, its use must be tested. Trial use generally begins with pilot implementation. Later on, demonstration projects and eventually, large-scale evaluation studies conducted in the field are also initiated." Nadat 'n produk of program dus ontwikkel is, moet dit behoorlik getoets of geëvalueer word (Strydom, 1999:157).

Vir die doeleindes van hierdie navorsing is daar van die enkelstelselontwerp en van 'n selfontwerpte evalueringsvraelys gebruik gemaak.

2.2.4 VERSPREIDING

Volgens Grinnell (1981:604) bestaan verspreidingsmedia uit aktiwiteite soos die skryf van artikels, boeke en om opleidingsmedia voor te berei. Die inligting wat verkry is, moet voorberei word vir publikasie en die verspreiding hiervan vir die oorweging deur moontlike verbruikers (Strydom, 1999:158).

Die verspreiding van die program het op die volgende wyses plaasgevind:

- Aanbied van 'n referaat op 24 Augustus 2000 tydens die 14de Internasionale Konferensie van die "International Association of Group Psychotherapy" in Jerusalem met die tema: "A multi-disciplinary group work program for HIV/AIDS patients in South Africa".

- 'n Artikel in die tydskrif Die Maatskaplikewerk Navorser-Praktisyn 13(2), Augustus 2001 met die titel: "A group work programme for HIV/AIDS patients".
- 'n Verslag vir die doeleindes van die Ph.D-graad.

2.2.5 AANVAARDING

Aanvaarding bestaan volgens Grinnell (1981:604) uit "... the use in social work practice of such contributions as new practice methods, program changes in the case of new service programs, and legislative enactment and administrative follow-through in the case of welfare policy".

Die navorser het ten doel dat hierdie groepwerkhulpverleningsprogram wel deur maatskaplike werkers en hulpwerkers in die praktyk aanvaar en op 'n breë vlak in Suid-Afrika geïmplementeer sal word.

2.3 VOORONDERSOEK

Strydom (1999:43) is van mening dat die voorondersoek as die kleedrepetisie vir die hoofondersoek beskou kan word. Vier aspekte van die voorondersoek word deur Cilliers (1973:132-137) en Strydom (1999:48-53) onderskei, naamlik 'n literatuurstudie, raadpleeg van deskundiges, voorlopige verkenningstudie en studie van strategiese eenhede.

In hierdie navorsing is daar van 'n literatuurstudie gebruik gemaak, deskundiges is geraadpleeg en 'n voorlopige verkenningstudie asook intensiewe studie van strategiese eenhede is gedoen.

⇒ Literatuurstudie

Tydens die voorondersoek is die literatuur op 'n verkennende wyse benut. Deur hierdie studie het die navorser op hoogte van vorige navorsing wat oor die onderwerp gedoen is, gekom.

⇒ **Raadpleeg van deskundiges**

Die waarde van kennis verkry uit die ervaring van deskundiges mag nooit onderskat word nie. Omdat die terrein van maatskaplike werk en MIV/VIGS so wyd is, spesialiseer persone en is dit waardevol om van die kennis van hierdie persone gebruik te maak.

In die navorsing is van deskundiges op verskeie terreine gebruik gemaak. Deskundiges van wie onder andere gebruik gemaak is, is die volgende:

Vakgroep Maatskaplike Werk, PU vir CHO: Proff. G.J. Kotze en H. Strydom.

Vakgroep Psigologie, PU vir CHO: Prof. M.P. Wissing, dr. M.M. du Toit en dr. A. Nienaber.

Skool vir Verpleegkunde, PU vir CHO: Mev. M. Watson.

Skool vir Fisiologie en Voeding, PU vir CHO: Prof. C.S. Venter.

Skool vir Biokinetika, PU vir CHO: Dr. A. Pienaar.

Stadsraad van Potchefstroom: Mnr. M. Roopa.

Stadsraad van Fochville: Mev. L. Duvenage.

Potchefstroom Hospitaal: Dr. T.G. Oosthuizen en mev. A.T. Nkomo.

⇒ **Verkenningstudie**

'n Voorlopige verkenningstudie is in die breë gemeenskap van Potchefstroom gedoen (Roux, Venter & Wessels, 2001:35). Hierdie verkenningstudie is onderneem om in aanraking te kom met die materiaal wat bestudeer gaan word en om die praktiese veld te verken. Aangesien MIV-positief/VIGS-pasiënte nie deel vorm van die normale dagtaak van die navorser nie, was 'n verkenningstudie wenslik.

⇒ **Intensiewe studie van strategiese eenhede**

In die Potchefstroom-gemeenskap is 278 persone aan 'n intensiewe studie van strategiese eenhede blootgestel. Met hierdie studie is die kennis asook houding en gesindheid van gemeenskapslede ten opsigte van die siekte en die pasiënte bepaal (kyk Bylae 11). Uit hierdie navorsing het die volgende duidelik geblyk:

- Die meeste respondente (91,73%) het voorheen van die terme MIV/VIGS gehoor. Hulle kennis van die oorsake asook simptome van die siekte is egter baie beperk (Roux *et al.*, 2001:35).
- Respondente dra wel kennis dat MIV/VIGS 'n seksueel oordraagbare siekte is, maar hul kennis van ander wyses waardeur persone geïnfekteer kan word, is baie beperk (Roux *et al.*, 2001:35).
- Uit die navorsing blyk dit dat 78,4% van die respondente niemand geken het wat MIV-positief is of VIGS het nie. Hierdie groot persentasie het die vraag laat ontstaan of dit as gevolg van die respondente se beperkte kennis van die simptome van die siekte is, en of dit spruit uit die feit dat geïnfekteerde persone die siekte geheim hou.
- Wat die versorging van die pasiënte betref, bestaan daar kommer oor die publiek se kennis. Slegs 2,24% van die respondente het aangedui dat die ontwikkeling van VIGS uitgestel kan word deur 'n gesonde lewenswyse soos deur 'n gebalanseerde dieet. Slegs 1,49% respondente het oefeninge aangedui as 'n wyse waardeur die ontwikkeling van MIV/VIGS uitgestel kan word (Roux *et al.*, 2001:36).
- Uit die navorsing het dit duidelik geblyk dat die gemeenskap 'n positiewe houding ten opsigte van die pasiënt het, maar aandag sal geskenk moet word aan hul diepgaande kennis oor die aard van die siekte, die wyses waarop persone geïnfekteer kan word en die wyses van behandeling van die pasiënt.

Hierdie verkenningstudie het daartoe gelei dat die navorser besef het dat verdere navorsing noodsaaklik is.

2.4 PROSEDURE VAN NAVORSING

Die prosedures wat tydens hierdie navorsing gebruik is, is die opnameprosedure en die enkelstelselontwerp.

2.4.1 OPNAMEPROSEDURE

Ludy (1993:139) sê die volgende oor die opnameprosedure: "All data, all factual information, all human knowledge must ultimately reach the researcher either as words or numbers." Data sal dus kwalitatiewe en/of kwantitatiewe inligting insluit. Met hierdie navorsing is daar gepoog om deur die skedule aan die MIV-positiewe pasiënte kwantitatiewe en kwalitatiewe inligting te bekom. Die primêre doel van veldopnames is volgens Strydom (1999:81) om feitelike inligting ten opsigte van die een of ander aspek van die werklikheid vir die doel van beskrywing, verklaring en beplanning te bekom.

Smit (1993:18-19) wys daarop dat die insameling van data met groot omsigtigheid gedoen moet word. Die metodes moet altyd wetenskaplik verantwoordbaar wees. Wanneer van statistiese metodes gebruik gemaak word om data in te samel, moet dit gesien word as die gereedskap wat die navorser in staat stel om die navorsingsdata akkurater en betroubaarder te meet. Dit stel die navorser in staat om hierdie gegewens te orden op grond waarvan gevolgtrekkings gemaak kan word en verbande tussen veranderlikes aangetoon kan word sodat sinvolle voorspellings gemaak kan word.

2.4.1.1 Tipes Opnames

Smit (1987:10-11) onderskei tussen drie soorte vraelyse, naamlik die pos- of versendingsvraelys, die onderhoudsvraelys of -skedule en die groepvraelys. Strydom (1999:119-124) onderskei tussen die posvraelys, die persoonlike onderhoud, die telefoniese onderhoud, die handafgelewerde vraelys en die groeponderhoud.

Tydens hierdie navorsing is daar van 'n formeel-gestruktureerde skedule aan MIV/VIGS-pasiënte gebruik gemaak om hulle behoeftes te bepaal (kyk Bylae 1). 'n Vraelys aan die groeplede is gebruik om die groepwerkhelpverleningsprogram te evalueer (kyk Bylae 3). Die skedule aan die pasiënte is deur die navorser en opgeleide veldwerkers deur middel van 'n persoonlike onderhoud ingevul. Die vraelys aan die groeplede is deur hulleself deur middel van die

groeponderhoud ingevul.

⇒ **Persoonlike onderhoud**

In die persoonlike onderhoud word die skedule deur die navorser self en/of veldwerkers gedurende 'n onderhoud ingevul. Cilliers (1973:90-92), Murray en Sixsmith (1998:105) en Strydom (1999:120) onderskei tussen drie tipes navorsingsonderhoude, naamlik die nie-gerigte of ongestruktureerde onderhoud, die gerigte onderhoud en die formeel-gestruktureerde onderhoud. In hierdie navorsing is die formeel-gestruktureerde onderhoud benut. Die voordele hieraan verbonde is die standaardisasie van die reaksie en die vermindering van veldwerkerfoute (Strydom, 1999:120). Volgens Neuman (1997:253) het hierdie tipe onderhoudvoering die voordeel dat die onderhoudvoerder ook die omgewing en situasie kan waarneem en nie-verbale kommunikasie en visuele hulpmiddels kan gebruik. Die kostefaktor hieraan verbonde is volgens hom die grootste nadeel. Koste ten opsigte van vervoer, toesig en personeel kan groot wees. Volgens Judd, Smith en Kidder (1991:218) is 'n voordeel dat die onderhoudvoerder vrae persoonlik aan die kliënt vra en kan verduidelik sodat die verkeerde interpretasie van die vraag voorkom kan word. Nie-relevante vrae kan weggelaat word, die orde waarin vrae gevra word, word gekontroleer en die kwaliteit van inligting wat verkry word, word verhoog.

Bailey (1994:174-175), Fourie (1996:34), Neuman (1997:253-254) en Singleton *et al.* (1988:243-245) dui verskeie voordele asook nadele ten opsigte van die persoonlike onderhoud aan. Voordele verbonde aan die persoonlike onderhoud is volgens hulle onder andere dat respondente nie vaardig in skryf hoef te wees nie, vrae weggelaat kan word wat nie van toepassing is nie, vrae wat onduidelik is, verduidelik kan word, elke vraag beantwoord word, slegs die respondent by die verskaf van antwoorde betrokke is en dat sensitiewe vrae op 'n taktvolle wyse gevra kan word.

Nadele is onder andere dat die navorser 'n antwoord aan die respondent kan suggereer of verkeerd interpreteer, en die nie-verbale optrede van die

navorser mag 'n invloed op die respondent hê. 'n Aspek wat veral by hierdie navorsing na vore getree het, is die fisiese en emosionele uitputting van respondente en ook die navorser. Van die pasiënte was fisies siek en was teen die einde van die skedule moeg en uitgeput. Die navorser was dikwels nie net fisies uitgeput nie, maar ook emosioneel as gevolg van die respondente se siektetoestand en die trauma wat hulle in verband daarmee beleef.

Vir sommige van die respondente was hul infektering met die MIV-virus 'n traumatiese ervaring. Hulle wou gedurende die onderhoud ná sekere vrae wat gestel is, meer inligting hê of oor hul bekommernisse en vrese aangaande die siektetoestand praat.

'n Aspek wat deurgaans tydens die onderhoude 'n belangrike rol by die navorser en die veldwerkers gespeel het, was die aspek van vertroulikheid. Daar is ook klem daarop gelê dat die skedule anoniem is en dat alle inligting as vertroulik hanteer sal word. By die grootste persentasie van die respondente weet niemand behalwe die verpleegpersoneel by die klinieke dat hulle MIV-positief is nie. Daar is afsprake gemaak sodat ander persone wat by die projek inskakel, hulle nie kan identifiseer nie.

⇒ **Groeponderhoud**

Volgens Strydom (1999:123) vul 'n aantal respondente wat in 'n groep teenwoordig is, self die vraelys in. Elke respondent moet verkieslik dieselfde prikkel kry en sonder inmenging van die ander sy eie vraelys afhandel. Die veldwerker is teenwoordig en gee dieselfde instruksies aan almal.

Tydens die laaste groepbyeenkoms het groeplede in Potchefstroom en Fochville die geleentheid gekry om in die groep die vraelys wat gehandel het oor die waarde wat die program vir hulle gehad het, in te vul. Die navorser was teenwoordig en het self die instruksies gegee. Die lede moes elke programaktiwiteit op 'n 4-puntskaal evalueer. Daar is kortliks aan die groeplede weer inligting oor die inhoud van elke programaktiwiteit gegee. Dit was nodig om hulle gedagtes te verhelder. Elke groeplid het self die vraelys

anoniem ingevul.

2.4.1.2 VRAAGKONSTRUKSIE

Daar was in beide vraelyste die volgende tipes vraagkonstruksie:

⇒ **Digotome vrae**

Hierdie vraag tipe bestaan slegs uit twee responsmoontlikhede, byvoorbeeld Ja/Nee (Strydom, 1999:126).

Voorbeeld van digotome vrae

Is u getroud?

JA	NEE
----	-----

⇒ **Oop en geslote vrae**

Grinnell (1981:163) omskryf oop vrae soos volg: "Open-ended questions are designed to permit free responses to questions and do not suggest any particular structure for replies". Hierdeur kan die navorser 'n wye spektrum antwoorde verkry, waarvan hy/sy nie altyd bewus is nie.

Voorbeeld van 'n oop vraag

Wat beteken dit om MIV-positief te wees volgens u mening?

Voorbeeld van 'n geslote vraag

Woon u saam met:

u eggenoot(e)?

u vriend/vriendin?

Met die geslote vraag word reeds die alternatiewe antwoorde waaruit die respondent 'n keuse moet uitoefen, aangebied (Grinnell, 1981:165) Met geslote vrae kan die graad, frekwensies en omvang van 'n verskynsel maklik bekom word en resultate vinniger verwerk word (Strydom, 1999:125).

⇒ **Meervoudige keusevrae**

Hierdie tipe vrae word gebruik om inligting wat in vaste kategorieë ingedeel kan word, te verkry.

Voorbeeld van 'n meervoudige keusevraag

Watter een van die volgende toestande ervaar u tans? (U mag meer as een merk.)

	JA	NEE
Word baie maer		
Hoes baie		
Het diarree		
Het sere in die mond		
Het koors		
Ervaar nagsweet		
Het met infeksies te kampe		
Kry dikwels longontsteking		
Uitslag op geslagsdele		
Ander (spesifiseer)		

Daar moet by meervoudige keusevrae daarteen gewaak word om te veel fynindielings te maak, aangesien hulle later nie werklik onderling uitsluitend is nie (Strydom, 1999:126).

⇒ **Invulvrae**

Hierdie vrae word gewoonlik gebruik om inligting oor veranderlikes soos ouderdom of salaris in te win (Smit, 1986:32).

Voorbeeld van 'n invulvraag

U ouderdom met vorige verjaarsdag?

--	--

⇒ **Opvolgvræe**

Opvolgvræe word spesifiek gevra om meer inligting oor 'n respons op 'n vorige vraag te verkry. Hierdie tipe vraag behoort tot groter verdieping te lei en tot die verkryging van fyner besonderhede (Snyman, 1984:92 en Strydom, 1999:130).

Voorbeeld van 'n opvolgvraag

Indien ja by vraag 17, wie het direk nadat u gehoor het, u gehelp? (Meer as een kan gemerk word.)

	JA	NEE
'n Dokter		
'n Verpleegkundige		
'n Maatskaplike werker		
'n Sielkundige		
'n Tradisionele geneser		
'n Predikant		
Ander (spesifiseer)		

2.4.2 ENKELSTELSELONTWERP

Dit is belangrik dat 'n terapeut sal kan bepaal watter verandering in 'n kliënt se probleem plaasgevind het en of dit die hulpverlening was wat tot hierdie verandering meegehelp het. Daar moet dus kan bepaal word in watter mate die hulpverleningsprogram effektief was (Strydom, 1999:93). Om die effektiwiteit van die groepwerkhelpverleningsprogram te evalueer, het die navorser van die enkelstelselontwerp gebruik gemaak. Kammann en Flett (1983:259-265) se Affectometer 2 (AFM) is as die geskikste metingskaal beskou deur die navorsingsgroep van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe, om die lewenstevredenheid en lewenskwaliteit van die swart MIV-positiewe pasiënte te meet.

Die enkelstelselontwerp word deur Grinnell (1993:115-116) soos volg

omskryf: "Single-system designs provide a valuable means of evaluation with agency-based social work programs and the services provided to clients by social workers. They can be used in the evaluation of virtually all types of social work practice models; in work with couples, families, small groups, communities and organizations; and in the implementation of social policy." Volgens Marlow (1993:153) bevoordeel die gebruik van die enkelstelselontwerp ook die kliëntsisteem, aangesien die kliënt direkte terugvoer van die evaluasie wat plaasgevind het, ontvang.

2.4.2.1 VERSKILLENDE ENKELSTELSELONTWERPE

In die navorsing is dit ten doel gestel om deur middel van 'n groepwerkhulpverleningsprogram die lewensvrede en -kwaliteit van die MIV-positiewe pasiënte te verbeter. Om die groei wat by pasiënte plaasvind, te bepaal, moes daar 'n meting voor die aanvang van die groepwerkhulpverleningsprogram, tydens en ná intervensie plaasvind. Volgens Strydom (1999:95-98) word verskillende enkelstelselontwerpe aangetref, soos die gevallestudie gekoppel aan die basiese enkelstelselontwerp, die basiese eksperimentele ontwerpe die meervoudige ontwerpe, ontwerpe betrokke by verandering en intervensie en die komplekse ontwerpe.

Vir die doeleindes van hierdie navorsing is daar van die basiese eksperimentele ontwerp gebruik gemaak.

Verskeie basiese eksperimentele ontwerpe soos die volgende kan volgens Strydom (1999:95) onderskei word:

- Die A-B-A-ontwerp waar twee vergelykings moontlik is (tussen eerste basislyn en intervensie en tussen intervensie en tweede basislyn).
- Die A-B-A-A-ontwerp waar drie vergelykings moontlik is (tussen eerste basislyn en intervensie, en tussen intervensie en tweede en derde basislyn).
- Die A-B-A-B-ontwerp wat op herhaling neerkom. Die eerste AB word herhaal. Hierdie ontwerp kan 'n hoë mate van kousaliteit tot gevolg hê.

- Die B-A-B-ontwerp waar dadelik met terapie 'n aanvang geneem word. Hierdie ontwerp kan moontlik as die swakste van die drie beskou word, juis omdat 'n eerste basislynfase en 'n afsluitingsbasislynfase ontbreek.

Volgens Tripodi (1983:6-7) is die A-B-A-ontwerp die eenvoudigste ontledingstrategie. Die eerste twee fases van die A-B-A-ontwerp is identies aan die A-B-ontwerp. By hierdie ontwerp besluit die navorser om na die basislynfase terug te keer. Volgens Bloom en Fischer (1982:309) is dit dus moontlik om twee vergelykings te maak, naamlik tussen die eerste basislyn en intervensie en tussen die intervensie en die tweede basislyn.

Vir die doel van die onderhawige navorsing is daar van die A-B-A-A-ontwerp gebruik gemaak, en die Affectometer (AFM) 2 van Kammann en Flett (1983:259-265) is gebruik. Die navorser het 'n meting voor, tydens en ná die implementering van die groepwerkprogram gedoen, asook drie maande nadat groepwerkhulpverlening getermineer is. Op hierdie wyse kon bepaal word of die MIV-positiewe pasiënte se lewensvrede en lewenskwaliteit verbeter het nadat 'n gedeelte van en die totale hulpverleningsprogram geïmplementeer is.

Die eerste meting voor die implementering van die groepwerkhulpverleningsprogram is gedurende Maart tot April 2000 gedoen. Die tweede meting het plaasgevind na byeenkoms 5, die derde meting tydens die laaste byeenkoms aan die einde van die hulpverlening gedurende Julie 2000 en die vierde meting drie maande nadat die groep afgesluit het gedurende Oktober 2000.

Die resultate wat verkry is, sal in Hoofstuk 8 breedvoerig bespreek word.

2.4.2.2 STAPPE VAN DIE ENKELSTELSELONTWERP

Volgens Bloom en Fischer (1982:16) en Strydom (1999:90-91) is daar sekere stappe in navorsing wat met die praktyk ooreenstem. Hierdie stappe is in 'n logiese volgorde en maak die koppeling tussen teorie en praktyk moontlik. Die stappe wat deur Bloom en Fischer (1982:16-18) en Strydom (1998:142-

144) onderskei word, is die volgende:

⇒ **Probleemidentifisering en formulering**

Die praktisyn in samewerking met die kliëntsisteem selekteer sekere probleme, prioretiseer dit, selekteer een probleem waarop gefokus word en definieer dit duidelik. Volgens Smit (1993:11) is probleemformulering en probleemafbakening die kritiekste fase in die totale navorsingsproses, omdat dit implikasies inhou asook die algehele beplanning van verdere navorsingstappe.

Die MIV-positiewe pasiënt ervaar op verskeie terreine in die hedendaagse samelewing probleme wat sy funksionering op fisiese, psigiese en maatskaplike vlak beïnvloed. Deur die MIV-positiewe pasiënt se lewenskwaliteit deur middel van 'n groepwerkhulpverleningsprogram te verbeter, kan die maatskaplike funksionering van die pasiënt verbeter word.

⇒ **Literatuurstudie**

'n Literatuurstudie is noodsaaklik sodat die navorser hom kan vergewis van bestaande literatuur oor die onderwerp en die wyse waarop andere dieselfde navorsingsterrein bestudeer het (Strydom, 1998:142). 'n Duidelike identifisering en 'n indringende wetenskaplike en gerigte bestudering en beredenering van relevante literatuur is volgens Smit (1993:9) essensieel vir wetenskaplik verantwoordbare navorsing.

In hierdie navorsing is literatuur ten opsigte van die navorsingsmetode, die aard van MIV/VIGS, die behoeftes van die MIV-positiewe pasiënt, die rol van die maatskaplike werk en groepwerk ten opsigte van hulpverlening aan MIV-positiewe pasiënte bestudeer.

⇒ **Die ontwikkeling van doelstellings**

Volgens Engelbrecht (1989:42) is dit nodig dat ten einde doelstellings te verwesenlik, realistiese, bereikbare en eenvoudige doelwitte geformuleer moet word. Die formulering van doelstellings sal volgens Strydom (1998:142-

143) die ondersoeker lei ten opsigte van "... where he is going with the intervention and how he will know when he gets there".

Die primêre doel van hierdie ondersoek was om deur middel van 'n groepwerkhelpverleningsprogram die lewenskwaliteit van die MIV-positiewe pasiënt te verbeter.

⇒ **Die ontwikkeling van hipoteses**

Hipoteses is volgens Smit (1993:13) 'n tentatiewe antwoord op die geformuleerde probleem. Royse (1992:17) definieer hipoteses as "... an assumption that is expressed as a statement. It is a premise that can be used as a basis for investigation". Ludy (1993:75) sluit hierby aan en omskryf hipotese as "... tentative, intelligent guesses posited for the purpose of directing one's thinking toward the solution of the problem".

As 'n sentrale teoretiese stelling kan daar van die standpunt uitgegaan word dat 'n groepwerkbehandelingsprogram die lewenskwaliteit van MIV-positiewe pasiënte kan verbeter.

⇒ **Die opstel van die ontwerp**

Die navorsingsontwerp bepaal volgens Royse (1992:43) die voorwaardes waaronder data ingesamel gaan word, hoe respondente geselekteer word en watter meetinstrument benut gaan word.

Die doelstellings van 'n navorsingsontwerp is volgens Smit (1993:15) die volgende:

- Om antwoorde op navorsingsvrae/variëansie te kontroleer en
- om variëansie uit te skakel wat 'n differensiële uitwerking op die navorsingsresultate kan hê.

'n Seleksie van 'n metode waarvolgens meting gaan geskied is belangrik, want dit weerspieël die indikatore van die kliënt/respondent se gedrag waarvolgens die navorser of maatskaplike werker optree (Collins, 1990:260).

Daar is in die onderhawige navorsing van die basiese eksperimentele ontwerp gebruik gemaak. Die A-B-A-A-ontwerp is gebruik. Drie vergelykings is gemaak, naamlik tussen die eerste basislyn en intervensie, en tussen intervensie en die tweede en derde basislyn.

⇒ **Die omskrywing van die afhanklike veranderlike**

Die afhanklike veranderlike bepaal die dimensie waarin die navorser veranderinge verwag. Dit word verder deur Strydom (1998:143) gesien as "... the specific, measurable indicators that will allow the researcher to evaluate any changes that were produced in the study".

Die afhanklike veranderlike is in hierdie navorsing die verbetering van die lewensvrede en -kwaliteit van die MIV-positiewe pasiënt.

⇒ **Die omskrywing van die onafhanklike veranderlike**

Die onafhanklike veranderlike is dit wat die navorser verwag om 'n uitwerking op die afhanklike veranderlike te hê (Royse, 1992:19; Strydom, 1998:143).

In hierdie navorsing is 'n groepwerkhulpverleningsprogram ontwikkel wat deur maatskaplike werkers en maatskaplike hulpwerkers gebruik kan word om MIV-positiewe pasiënte se lewenskwaliteit te verhoog en sodoende hul maatskaplike funksionering te verbeter.

⇒ **Die bepaling van moontlike hindernisse**

Dit is die stadium hierdie wanneer die navorser in die toekoms kyk om te bepaal of daar enige hindernisse of struikelblokke in die weg van die suksesvolle voltooiing van die navorsing sal wees (Strydom, 1998:143).

Tydens hierdie navorsing was die navorser bekommerd dat die groeplede vanweë die onbekendheid van groepwerk as metode asook hul siekte-toestand, nie al die groepbyeenkomste sou bywoon nie. Vir al die groeplede was vervoer 'n probleem, en aangesien die groepbyeenkomste vanaf Mei tot Julie 2000 plaasgevind het, was die navorser bekommerd dat lede as gevolg

van siektetoestande soos griep nie byeenkomste sou bywoon nie. As gevolg van die lede se begeerte om hul lewenskwaliteit en die verlenging van hul lewe te verbeter, asook die gebondenheid en samehorigheid wat daar tussen hulle bestaan het, het hierdie hindernisse nie gerealiseer nie.

⇒ **Die basislynfase**

Volgens Bloom en Fischer (1982:268) is basislyninligting noodsaaklik vir evaluering. Volgens Marlow (1993:151) is die basislyn die volgende: "The repeated measurement prior to the intervention ...". Volgens Monette, Sullivan en De Jong (1990:308) kan drie metings as die absolute minimum beskou word. Daar kan meer metings wees, veral as die kliënt se toestand onstabiel is.

Tydens hierdie navorsing het die eerste meting voor die eerste groepbyeenkoms plaasgevind. Dit was noodsaaklik dat hierdie meting moes plaasvind alvorens met die program begin sou word. Die tweede meting het plaasgevind ná afloop van die vyfde byeenkoms, en die derde meting ná afloop van die laaste byeenkoms. 'n Vierde meting het plaasgevind drie maande nadat groepwerkhulpverlening getermineer is.

⇒ **Intervensiefase**

Tydens hierdie fase word die beplande intervensie geïmplementeer. Dit is die fase waarin die onafhanklike veranderlike aangewend word (Strydom, 1998:144).

⇒ **Die ontleding van data**

Die ontleding van data vind plaas sodra die intervensiefase voltooi is. Hierdie gegewens word volgens Bloom en Fischer (1982:18) en Strydom (1998:144) ontleed om die volgende redes: "... to see whether there were changes in the dependent variable; to look for relationships between variables; and to try and determine whether it was the independent variable that affected the dependent variable".

'n Gestandaardiseerde metingskaal bekend as Affectometer 2 (AFM) van Kammann en Flett (1983:259-265) is gebruik om die lewenskwaliteit van die MIV-positiewe pasiënte te bepaal. By die metingskaal wat tydens die navorsing gebruik is (kyk Bylae 2), is 'n vyfpuntskaal gebruik om die onafhanklike veranderlike te meet. Daar is op hierdie metingskaal besluit omdat dit kort is, deur die respondente verstaan kan word en die afhandeling daarvan nie baie tyd verg nie. Die voorgeskrewe wyse van verwerking van die skaal is konsekwent in die navorsing toegepas.

⇒ **Die opstel van die verslag**

Volgens Ludy (1993:315) is die navorsingsverslag "... a straightforward document that sets forth clearly and precisely what the researcher has done to resolve the research problem". Die doel van die navorsingsverslag is om aan ander persone, en veral ook kollegas, 'n duidelike en akkurate beeld van die navorsing wat gedoen is, voor te lê (Dane, 1990:228; Strydom, 1998:144). Die inligting wat verkry word, kan behalwe die navorsingsverslag ook aan ander deurgegee word deur middel van artikels (Smit, 1993:26; Strydom, 1998:144). Verskeie outeurs gee 'n uiteensetting van die vereistes waaraan 'n navorsingsverslag moet voldoen (Ludy, 1993:315-340; Naudé, 1999:216-218; Smit, 1993:27-66; Strydom, 1998:419-430).

Ter samevatting kan gestel word dat die navorsingsverslag aan die volgende vereistes moet voldoen:

- Die inleidende hoofstuk moet 'n duidelike beeld gee van wat die probleem is wat nagevors gaan word, watter terrein nagevors gaan word, die doelstellings wat bereik wil word asook die metodes wat met die navorsing gevolg gaan word.
- Die navorser moet 'n duidelike uiteensetting gee van die prosedures en tegnieke wat gebruik is ten opsigte van insameling van data. Dit is noodsaaklik dat alle meetinstrumente wat benut is, duidelik omskryf en uiteengesit sal word.

- Alle bevindings waartoe daar tydens die navorsing gekom is, moet duidelik in die verslag weergegee word. Die bevindings kan in 'n kwantitatiewe of kwalitatiewe vorm weergegee word.
- Aan die einde van die verslag moet daar tot duidelike gevolgtrekkings gekom word en sinvolle aanbevelings gemaak word.
- Alle relevante besonderhede oor bronverwysings wat in die verslag benut is, moet weergegee word.
- Deeglike aandag moet geskenk word aan die tegniese afronding van die verslag sowel as aan die taalversorging en skryfstyl. Volgens Smit (1993:63) moet die wetenskaplike skryfwyse logies, duidelik, presies, direk en kernagtig wees.

Die onderhawige navorsing is in die vorm van 'n proefskrif saamgevat. Dit kan as kennisbasis vir maatskaplike werkers asook hulpwerkers dien wat groepwerk met die MIV-positiewe/VIGS-pasiënt wil doen.

2.5 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die metodes wat in die navorsing gebruik is om antwoorde op vrae wat ontstaan het te vind, bespreek.

Die navorsing is deur 'n voorondersoek voorafgegaan. Hierdie voorondersoek het tot die navorsing gelei, waartydens daar van die opnameprosedure en die enkelstelselontwerp gebruik gemaak is. Deur middel van 'n onderhoudskedule wat deur middel van 'n persoonlike onderhoud afgehandel is, is kwalitatiewe en kwantitatiewe response by MIV-positiewe pasiënte verkry.

Die voorafgaande wyse van data-insameling het die navorser die geleentheid gebied om nie alleen die behoeftes van die MIV-positiewe pasiënt te bepaal nie, maar ook om insig te kry ten opsigte van die pasiënt se siektetoestand.

Uit die aantal enkelstelselontwerpe wat bestaan, is daar op die A-B-A-A-ontwerp besluit. Al die stappe van die enkelstelselontwerp, dit wil sê vanaf

die probleemidentifisering en -formulering tot met die opstel van die verslag, het aandag geniet. Deur middel van die enkelstelselontwerp kon die groepwerkhulpverleningsprogram aan die hand van statistiese gegewens geëvalueer word.

In Hoofstuk 3 word MIV/VIGS vervolgens as maatskaplike vraagstuk in Suid-Afrika bespreek.

HOOFSTUK 3

MIV/VIGS AS MAATSKAPLIKE VRAAGSTUK IN SUID-AFRIKA

3.1 INLEIDING

Gedurende die laaste gedeelte van die twintigste eeu het MIV-positief/VIGS 'n al hoe groter vraagstuk wêreldwyd, maar veral ook in Suid-Afrika, geword. Ten spyte van omvattende navorsing oor VIGS is daar tot dusver geen erkende middel wat VIGS kan genees, ontwikkel nie. Daar word daagliks al hoe meer mense met die virus geïnfekteer.

Die doel van hierdie hoofstuk is om as oriëntering te dien ten opsigte van die hoofstukke wat hierop volg. Om hierdie rede word vervolgens oorsigtelik aandag geskenk aan die aard, oorsake, omvang en gevolge van MIV-infeksies.

3.2 DIE AARD EN OMVANG VAN MIV/VIGS

Die eerste VIGS-gevalle is gedurende 1981 aangemeld (Miller, Weber & Green, 1986:1; Van der Walt, 1990:298). Die siekte het gedurende hierdie tydperk bekend geword nadat vyf homoseksuele mans in Californië gediagnoseer is met longontsteking wat deur 'n parasiet genaamd *Pneumocystis Carinii* veroorsaak is (Evian, 2000:3; Miller *et al.*, 1986:1).

In Sentraal-Afrika het gesondheidswerkers volgens Evian (2000:3) kort hierna 'n nuwe siekte, die sogenaamde "Slims disease", by pasiënte ontdek. Hierdie siektetoestand het gewigsverlies en diarree tot gevolg gehad en het by heteroseksuele persone voorgekom. In September 1983 het wetenskaplikes die "... human-immune-deficiency virus (HIV)" as die oorsaak van hierdie nuwe siekte ontdek en dit "AIDS" genoem (Evian, 2000:3).

MIV vorm deel van die retrovirusse wat die immuunstelsel van die mens aanval en dit stadig vernietig (Evian, 2000:5-6; Van der Walt, 1990:298). Alhoewel sommige kenners volgens De Bruyn (1990:360) van mening is dat

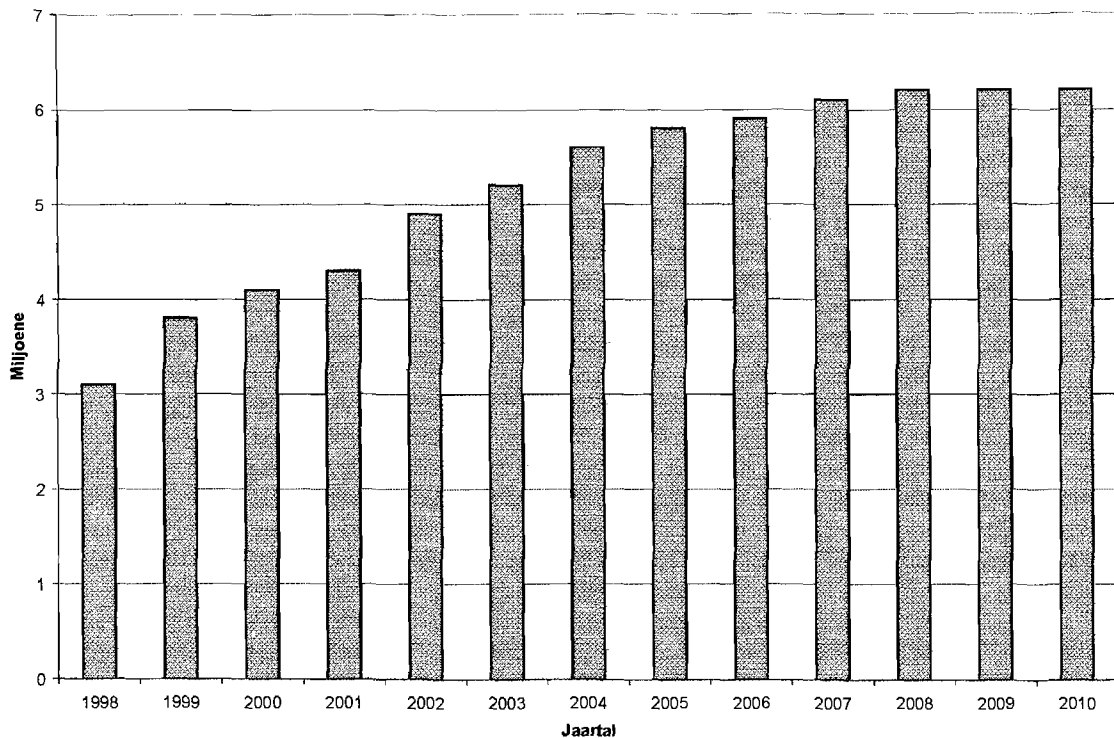
die virus afkomstig is van groen ape in Sentraal-Afrika, is dit volgens Evian (2000:5) asook Wood en Dietrich (1990:85) nog nie duidelik waar die virus vandaan kom nie.

Gemeenskappe word oor die hele wêreld heen deur die VIGS-epidemie geraak. In minder as 20 jaar is 'n geraamde 33,6 miljoen mense wêreldwyd MIV-positief bevind (Lachmann, 2000:7-8; Unaid, 2000:6; Whiteside & Sunter, 2000:36). Van hierdie getal persone was 32,4 miljoen volwassenes, 14,8 miljoen vroue en 1,2 miljoen kinders onder die ouderdom van 15 jaar. In 1999 is internasionaal 5,6 miljoen nuwe gevalle van MIV-infeksies aangemeld en het 2,6 miljoen VIGS-sterftes voorgekom (Whiteside & Sunter, 2000:36). In Suid-Afrika is daar gedurende 1998 3,6 miljoen persone MIV-positief bevind, teenoor 2,7 miljoen in 1997 (Department of Health, 1999:7).

In die Noordwesprovinsie was 23% vroue wat voorgeboorteklinieke besoek het gedurende 1999, MIV-positief (Du Preez, 1999:7; Whiteside & Sunter, 2000:51). 'n Geraamde 16% van studente aan die Universiteit van Pretoria is MIV-positief teenoor tussen 7% en 13% aan die Universiteit van Natal. Volgens Rose Hugner, bestuurder van die Sentrum vir VIGS-opleiding en Inligting (Atic), toon die jongste statistiek dat die helfte van Suid-Afrika se studente MIV-positief is (Anon, 2000:4). Volgens dr Molefe Sefularo, LUR vir Gesondheid in die Noordwesprovinsie, dui statistiek daarop dat 44% van jong vroue in dié Provinsie hulle eerste seksuele ervaring op 17-jarige ouderdom het en 17,34% jeugdiges oor meer as een seksmaat beskik (Du Preez, 2000:14). 'n Geraamde 35 000 geregistreerde verpleegsters in Suid-Afrika uit 'n totaal van 174 000 is MIV-positief of het reeds VIGS. Volgens Sadou sterf minstens 10 onderwysers in Suid-Afrika per maand weens VIGS-verwante siektes (De Lange, 2000:11).

Volgens Whiteside en Sunter (2000:53) sien die berekende getalle van MIV-infeksies in Suid-Afrika soos volg daaruit:

Grafiese Voorstelling 1: Berekende MIV-infeksies in Suid-Afrika



(Whiteside & Sunter, 2000:53)

Uit die voorafgaande kom die stygende tendens wat MIV/VIGS openbaar, duidelik na vore. Dit blyk ook dat dit mense uit alle lae van die samelewing raak, en dat selfs geskoolde beroepsgroepe hierdeur getref word.

MIV-infeksies in Suid-Afrika vir 2000 word volgens Whiteside en Sunter (2000:69) op 4,2 miljoen geraam. Vroeëre vooruitskattings het verwag dat die laasgenoemde syfer eers in 2002 bereik sou word. Daar word geskat dat teen 2010 meer as 6 miljoen persone in Suid-Afrika MIV-positief sal wees (Whiteside & Sunter, 2000:53).

Daarbenewens sterf nagenoeg 5 500 mans, vroue en kinders daaglik aan VIGS in lande suid van die ewenaar. Daar word ook beraam dat ewe veel Suid-Afrikane aan VIGS-verwante siektes teen 2006 sal sterf as aan alle ander oorsake gesamentlik (Le Roux, 2000:15).

Whiteside en Sunter (2000:38) verskaf die volgende statistiek ten opsigte van persone wat in Desember 1999 wêreldwyd met MIV/VIGS geïnfecteer was:

Tabel 1: Statistiek ten opsigte van MIV/VIGS-infeksies wêreldwyd

STREEK	MIV/VIGS VOLWASSENES EN KINDERS
Sub-Sahara-Afrika	23,3 miljoen
Noord-Afrika & Middel-Oos	220 000
Suid- & Suid-Oos-Asië	6 miljoen
Oos-Asië & Stille Suidsee	530 000
Latyns-Amerika	1,3 miljoen
Karibies	360 000
Oos-Europa & Sentraal-Asië	360 000
Wes-Europa	520 000
Noord-Amerika	920 000
Australië & Nieu-Seeland	12 000
TOTAAL	33,6 miljoen

(Whiteside & Sunter, 2000:38)

Uit hierdie statistiek is dit duidelik dat MIV/VIGS 'n internasionale probleem is wat veral Sub-Sahara-Afrika (23,3 miljoen), Suid- en Suid-Oos-Asië (6 miljoen) en Latyns-Amerika (1,3 miljoen) die meeste raak. As gelet word op vooruitskouings wat gemaak word, is dit duidelik dat navorsing oor die gevolge van VIGS op gemeenskappe uiters noodsaak is.

Statistiek ten opsigte van persone wat wêreldwyd volgens opnames in Desember 1999 die eerste keer MIV-positief was, kom op 5,6 miljoen te staan. Die aantal persone wat toe alreeds met MIV/VIGS geïnfekteer was, was 33,6 miljoen. Daar was 2,6 miljoen sterftes gedurende 1999, en 16,3 miljoen persone het reeds van die begin van die epidemie af aan VIGS gesterf (Whiteside & Sunter, 2000:36).

3.3 DIE VERLOOP VAN MIV-INFESIËS

Wanneer 'n persoon met die MIV-virus geïnfekteer word, kan dit tot tien jaar duur voordat hierdie persoon enige tekens van die siekte toon. Evian

(2000:9) stel dit soos volg: "This means that most people can be infected with HIV yet remain well for a lay period of time". Gedurende hierdie tydperk kan slegs 'n positiewe MIV-bloedtoets aandui of die persoon met die MI-virus geïnfekteer is al dan nie. Die Elisa-bloedtoets word volgens Evian (2000:42) meestal vir hierdie doel aangewend en kan soos volg beskryf word:

- Hierdie toets is voldoende om 'n diagnose ten opsigte van MIV-infeksie aan te toon.
- Die Elisa-toets is vrylik beskikbaar asook bekostigbaar.
- Hierdie toets kan in 'n dokter se spreekkamer of kliniek gedoen word en hoef nie na 'n laboratorium gestuur te word nie.
- Die toets is baie sensitief in gevalle van MIV-positief en is 99% akkuraat. Daar is nogtans gevalle waar die toets vals kan wees. In sulke gevalle moet dit opgevolg word met die Western Blot- toets.

Die Western Blot (WB) is 'n toets wat duurder en nie so vrylik beskikbaar is nie. Hierdie toets moet slegs in spesiale omstandighede gebruik word, soos by pasgebore babas of indien die Elisa-toets vals was. Die Western Blot-toets moet in 'n laboratorium gedoen word (Evian, 2000:43).

Wanneer die MI-virus 'n persoon se bloedstroom binnedring, kan die persoon òf geïnfekteer word òf nie. Wood en Dietrich (1990:142) stel dit soos volg: "If the number of viral particles introduced is small, if the susceptibility of the host is low, and if the immune defenses respond quickly, the infection will not occur".

Die persoon wat wel met die MI-virus geïnfekteer word, gaan gewoonlik deur verskillende stadia, naamlik:

- *** Being well with no symptoms of disease (asymtomatic);
- * to having mild disease episodes;
- * to having severe illness (symptomatic);

* and finally with the patient dying" (Evian, 2000:25).

Tydens hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt is dit noodsaaklik dat die maatskaplike werker kennis sal dra van die verskillende bloedtoetse wat gedoen word asook die verskillende stadia waardeur die persoon tydens die siektetoestand gaan.

In hierdie navorsing het die respondente wat betrek is, verskeie simptome soos die volgende getoon, waarvan sommige meervoudig by dieselfde persoon waarneembaar is:

Tabel 2: Simptome van MI-virus ervaar deur respondente

SIMPTOME	f	%
Gewigsverlies	40	19,61
Hoesbuie	28	13,73
Diarree	26	12,75
Koors	21	10,29
Nagsweet	21	10,29
Infeksies	19	9,31
Mondsere	16	7,84
Longontsteking	13	6,37
Uitslag op geslagsdele	13	6,37
Ander simptome	7	3,44
TOTAAL	204	100

Die simptome wat meestal (19,61%) by die respondente voorgekom het, was gewigsverlies. Hoesbuie (13,73%) gevolg deur diarree (12,75%), koors (10,29%), nagsweet (10,29%) en infeksies (9,31%) was simptome wat meestal ervaar is. Sere in die mond (7,84%), longontsteking (6,37%) en uitslag op die geslagsdele (6,37%) was simptome wat die minste by respondente aanwesig was.

Ander siektetoestande wat deur die respondente aangedui is, is bene en

voete wat swel, hulle nies baie, ervaar pyn en spanning.

Hierdie simptome stem ooreen met die simptome wat Evian (2000:28-32) aandui as simptome wat met MIV/VIGS geïdentifiseer word. Hierdie simptome sal van pasiënt tot pasiënt verskil, afhangende van watter infeksie die persoon het en watter orgaan aangetas is.

Die verskillende fases en simptome in die ontwikkeling van MIV/VIGS soos deur Evian (2000:28-30) gesien, sal in Hoofstuk 7 breedvoerig bespreek word.

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat MIV/VIGS 'n siektetoestand is wat deur verskeie simptome gekenmerk kan word. Dit is egter noodsaaklik dat tydens hulpverlening aan die pasiënt, kennis gedra sal word van die simptome wat kenmerkend van die verskillende fases van MIV/VIGS is.

3.4 DIE OORSAKE VIR DIE VERSPREIDING VAN MIV/VIGS

MIV/VIGS is 'n siektetoestand wat in Suid-Afrika 'n omvangryke toename toon. Indien verdere toename voorkom wil word, spreek dit vanself dat oorsaaklike faktore geïdentifiseer en oor 'n breë front hanteer moet word.

Volgens Van den Berg en Viljoen (1989:280) asook Visagie (1999:19) word die MI-virus nie van een persoon na 'n ander oorgedra deur hoë, nies of lag nie en ook nie deur kos, eetgerei, water, insekte, toiletsitplekke, swembaddens, soen, menslike aanraking soos 'n handdruk, omhelsing of toevallige ontmoeting deur fisieke kontak nie. Die MI-virus word oorgedra deur seksuele omgang, besmette bloed en liggaamsvloeistof, semen, orgaan- of weefselskenkings soos beenmurg, voor geboorte en tydens die geboorteproses, borsvoeding, en alhoewel nog nie bewys nie, deur diep of tongsoenery (Van den Berg & Viljoen, 1989:281). Vervolgens word oorsigtelik gefokus op die verskillende oorsake van verspreiding van MIV/VIGS. Hierdie oorsake word in Hoofstuk 7 breedvoeriger bespreek.

3.4.1 GESLAGSOMGANG

MIV word volgens Evian (2000:13-17), Van den Berg en Viljoen (1989:281) asook Visagie (1999:19) veral versprei deur anale en vaginale geslagsomgang. Die virus word in groot konsentrasies in die semen en vaginale vloeistowwe van persone wat MIV-positief is, gevind.

3.4.2 BLOEDOORDRAGING

Die virus kan ook versprei word as MIV-geïnfekteerde bloed die liggaam van 'n persoon binnedring. Dit kan gebeur deur

- bloedoortapping;
- gebruik van besmette naalde of spuite;
- besmette skeermeslemmetjies en ander skerp voorwerpe;
- om spuitnaalde tydens dwelmmisbruik te deel; en
- 'n oop wond of 'n seer, alhoewel dit baie selde voorkom.

Persone moet dus daarop bedag wees om infektering te voorkom wanneer hulle met skerp voorwerpe werk en met besmette bloed in aanraking kom.

3.4.3 MOEDER NA BABA

Volgens Esu-Williams (2000:123) word vroue en jong meisies die meeste met die MI-virus geïnfekteer. Die betrokke skrywer wys daarop dat "... African women still live largely in a world where they have to first and foremost prove their worth by being married, having children and caring for their families".

Die virus word na die baba gedurende swangerskap asook tydens die geboorteproses oorgedra. Die MI-virus kan ook deur borsvoeding na die baba deur die moeder oorgedra word. Indien 'n moeder as MIV-positief getoets is, is die kans dat die baba gebore sal word met MIV-infeksie,

tussen 13% en 45% (Evian, 2000:16; Whiteside & Sunter, 2000:75-76). Die kans dat die baba geïnfekteer sal word, word verhoog indien die moeder net voor of gedurende swangerskap geïnfekteer word. Indien sy reeds simptome van MIV-infeksie toon en wanneer sy 'n lae CD4-telling het, is die kans op infektering van die baba groot. Hierdie kinders sterf binne die eerste paar jaar ná geboorte (Whiteside & Sunter, 2000:76).

3.4.4 ARMOEDE

Die rol wat armoede en swak sosio-ekonomiese omstandighede speel in die verspreiding van MIV/VIGS, kan nooit onderskat word nie. In hierdie verband sê Kotze *et al.* (2001:72) die volgende: "Selfs die getrouste ondersteuners van die denkstroom dat armoede nie VIGS veroorsaak nie, sal die rol wat armoede speel, nie ontken nie, al word dit slegs as een van die moontlike gevolge van die epidemie beskou". Volgens Evian (2000:21-22) kom MIV/VIGS dikwels voor in "... lower socio-economic countries". Van die redes wat Evian (2000:21) onder andere gee, is migrasie, prostitusie, geringe opleiding en lae vlakke van geletterdheid. In die navorsing van Kotze *et al.* (2001:82) word daar onder andere tot die volgende gevolgtrekkings gekom:

- As gevolg van faktore soos mediese ongeskiktheid en werkloosheid is byna 60% van MIV-pasiënte aangewese op ander lede van die huishouding wat oor 'n inkomste beskik.
- Die behuisingsomstandighede van die MIV-pasiënte het in die algemeen op geen of gebrekkige fasiliteite gedui ten opsigte van privaatheid, lopende water, elektrisiteit asook bad- en toiletgeriewe.
- Die gemiddelde uitgawes van die huishoudings oortref die huishoudelike inkomste.
- Die gemiddelde grootste enkele maandelikse uitgawe is skulddelging. Daarteenoor word weinig geld bestee aan mediese uitgawes, ongeag die behoeftes van MIV-pasiënte.

3.4.5 ALKOHOL- EN ANDER VORME VAN DWELMMISBRUIK

Die misbruik van alkohol en ander dwelms laat persone dikwels vergeet van die realiteit van die omstandighede waarin hulle hul bevind. Dit lei daartoe dat persone onder die invloed van hierdie middels inhibisies oorboord gooi deur byvoorbeeld seksuele omgang met ander persone te hê of ander gedrag openbaar wat hulle risiko om geïnfekteer te word, verhoog (Evian, 2000:21).

3.4.6 MOBILITEIT VAN BEVOLKING

Baie taxi- en vragmotorbestuurders moet lang afstande aflê om passasiers of goedere te vervoer. Dit lei daartoe dat bestuurders dikwels lang tydperke van hul huise en gesinne weg is, waartydens seksuele verhoudings met vroue langs die pad aangeknoop word. Hierdie vroue is dikwels prostitute wat verskeie seksuele verhoudings met mans het en wat waarskynlik met die MI-virus besmet is (Viljoen, 1990:337-338).

3.4.7 TRADISIE

Sommige tradisionele gebruike speel 'n belangrike rol in die verspreiding van die virus. In sommige Afrikalande is poligame huwelike tradisioneel by sommige swart volke. 'n Man se rykdom word dikwels gemeet aan die aantal beeste en vroue wat hy besit (Viljoen, 1990:336). Hoe meer seksmaats 'n persoon het, hoe groter is die moontlikheid op die verspreiding van die virus.

Die vrou word deur sekere swart volke in Suid-Afrika gesien as die ondergeskikte in die huwelik. Die man is die hoof, en die vrou het baie min beheer oor haar seksuele lewe (Evian, 2000:194). Die vrou het geringe seggenskap met betrekking tot wanneer sy gereed vir seks is, asook of sy die gebruik van 'n kondoom verkies, al dan nie. Hierdie houding teenoor die vrou lei soms tot verkragting en onbeplande asook ongewenste swangerskappe.

3.4.8 MISDAAD

Misdaad soos geweld word deur sommige kenners gesien as een van die indirekte oorsake wat die verspreiding van MIV verhoog (Evian, 2000:21). In hierdie situasies verval wet en orde asook sedelike norme. Misdade soos verkragtings en aanrandings is in Suid-Afrika meestal aan die orde van die dag. Hierdie tipe misdade verhoog die kans dat persone met die MI-virus geïnfekteer kan word.

3.5 GEVOLGE VAN MIV/VIGS

Die gevolge van MIV/VIGS is omvangryk. Volgens Plant (1990:202) is VIGS "... a much bigger threat to society than either drugs or prostitution". Perrow en Guillen (1990:152) beweer dat slegs drie faktore VIGS kan verhoed om die epidemie van die eeu in Amerika spesifiek en in die wêreld in die algemeen te word, naamlik "... a new disease even more widely spread, control of the infections the virus unleashes, or development of a vaccine within a very few years ...". Tien jaar nadat hierdie stelling gemaak is, is MIV/VIGS steeds die grootste epidemie van die eeu, veral in Afrika en spesifiek ook Suid-Afrika. VIGS word as 'n pandemie deur Viljoen (1990:341) beskryf en is besig om hom soos 'n kanker op elke kontinent van die wêreld te vestig. In hierdie verband sê Visagie (1999:(i)) die volgende: "Aids is an enemy with an impact beyond comprehension. Never before in history has there been an epidemic that is so fatal and irreversible, has spread so widely and rapidly and left such a trail of grief and despair". Deur toe te laat dat dit versprei, ontstaan die gevaar dat die helfte van die jeug veral in Suid-Afrika nooit volwassenheid sal bereik nie. Hierdie epidemie is besig om teen 'n ongekende tempo toe te neem wat intense gevolge op die individu, groepe en samelewing gaan hê (Department of Health, 1999:7).

3.5.1 DIE GEVOLGE VAN MIV/VIGS VIR DIE INDIVIDU

Die infektering met die MI-virus het nie net 'n invloed op die gesondheidstoestand van die individu nie, maar ook op sy emosionele, psigologiese,

religieuse en maatskaplike funksionering. Hierdie probleme kan ook lei tot ernstige probleme ten opsigte van verhoudings. MIV/VIGS het veral gevolge vir die funksionering van persone tussen die ouderdom vyftien tot vyftig jaar (Evian, 2000:267).

3.5.1.1 GEVOLGE OP FISIESE FUNKSIONERING

Persone met MIV/VIGS mag aanvanklik geen simptome van die siekte-toestand ervaar nie, maar in later stadiums ervaar die pasiënt, soos vroeër in hierdie hoofstuk reeds bespreek is, simptome soos koors, veluitslag, asemhalingsprobleme, gewigsverlies, sere in die mond en lugweg, swelling van die limfkliere en diarree. Hierdie siektetoestande lei daartoe dat die pasiënt pyn, ongemak en slaapprobleme ervaar (Evian, 2000:283).

Verdere probleme wat soms ervaar word, het betrekking op voedingsverwante aangeleenthede. Probleme wat in hierdie verband opduik, is 'n gebrek aan eetlus, naarheid of braking. Hierdie toestande lei verder tot ontwatering en algehele swakheid by pasiënte (Evian, 2000:32; Meisenhelder & La Charite, 1989:112).

Die mobiliteit van die pasiënt word voorts aan bande gelê deur longinfeksies wat lei tot kortasemheid. Hierdie siektetoestande het ook 'n uitwerking op die seksuele funksionering van die individu. Meisenhelder en La Charite (1989:116) sê in hierdie verband die volgende: "Although safer sex is a concern, the biggest sexual issue for HIV-related people is the disruption of their sexuality by this disease."

Die pasiënt se fisiese agteruitgang veroorsaak baie probleme, nie slegs wat eet, loop of slaap betref nie, maar ook om 'n vol dag se arbeid te verrig. MIV/VIGS takel die persoon se immuunstelsel geleidelik af, wat lei tot verskeie infeksies. Die gedurige infeksies wat die pasiënt ervaar, het 'n negatiewe invloed op die doeltreffende fisiese funksionering van die persoon.

Dié siektetoestand by die swanger vrou kan ook daartoe lei dat sy die MIV-virus aan die baba, voor geboorte of tydens borsvoeding kan oordra. Hierdie

wyse van infektering lei tot verskeie siektetoestande by die kind soos diarree, longinfeksies, meningitis, koors en herpes. Sulke kinders sterf gewoonlik binne die eerste twee jaar aan VIGS-verwante siektetoestande, ná onmenslike lyding.

3.5.1.2 GEVOLGE OP DIE PSIGIESE EN EMOSIONELE FUNKSIONERING

Die psigiese en emosionele uitwerking van MIV/VIGS op die pasiënt is eweneens omvangryk (Meisenhelder & La Charite, 1989:114; Anderson, 2000:269-271). Dit word beklemtoon deur die Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (SA, 1997:89) waarin die volgende uitgelig word: "Infected individuals experience considerable psychological stress, which is aggravated by the social stigma and by discrimination". Die invloed van MIV/VIGS het nie alleen op die individu 'n effek nie, maar raak ook die gesin en familie wat probleme met hul psigiese en emosionele funksionering ervaar. Die meeste pasiënte ervaar selfbeeldprobleme en emosies van skok, angs, skuld, ongeloof, depressie en aggressie. Hierdie psigiese en emosionele beleving van die siektetoestand lei dikwels tot selfmoordneigings by individue (Aranda-Naranjo & Davis, 2000:273). Dit gee ook dikwels aanleiding tot skuldgevoelens oor die eise wat hul siektetoestand aan diegene stel wat hulle moet versorg (Getzel & Mahony, 1993:31).

Sommige VIGS-pasiënte ervaar vrees veral as hulle weet dat hulle betrokke was by hoërisiko- seksuele praktyke. Hierdie vrees gaan oor in 'n fase van ontwrigting, disorganisasie, skok, woede en heelwaarskynlik later tot 'n fase van aanvaarding (Weyers, 1990:347-349).

Die meeste van die emosies wat deur die pasiënt ervaar word, sentreer om die wete dat VIGS tans nie genees kan word nie en dat dit tot die dood kan lei (Visagie, 1999:62). Teen hierdie agtergrond besef ouers dat hulle moontlik hul kinders as wese moet agterlaat. Dit lei tot verdere bekommernisse, vrese en onsekerhede. Dit is veral in hierdie situasies waar ondersteuning aan pasiënte benodig word. Volgens Aranda-Naranjo en Davis (2000:273) beskik veral vroue wat VIGS het, oor sterk "coping"-vaardighede en oorlewings-

instinkte. Dit is veral in sulke gevalle waar steungroepe 'n baie ondersteunende rol speel in die uitbou en versterking van die "coping"-vaardighede.

3.5.1.3 GEVOLGE OP DIE MAATSKAPLIKE FUNKSIONERING

Infektering met die MI-virus het 'n besliste uitwerking op die maatskaplike funksionering van die individu. Individue gaan nie net probleme ervaar om binne gesinsverband en familieverband aanvaar te word en in te skakel nie, maar gaan ook probleme ervaar om deur die gemeenskap, in die werksituasie en kerklike omgewing aanvaar te word (Aranda-Naranjo & Davis, 2000:270-272; Visagie, 1999:62; Weyers, 1990:352).

Alhoewel die gemeenskap hierdie persone soms stigmatiseer, is dit dikwels volgens Corey en Corey (1997:370) die pasiënt wat homself stigmatiseer met sienings van "I feel that God is punishing me", "I am a horrible person, and therefore I deserve to suffer" en "I am to blame getting this disease". Hierdie gevoelens lei daartoe dat pasiënte selfbeeldprobleme ervaar en kontak met andere tot die minimum beperk. Hulle vrees dat andere sal weet hulle is MIV-positief, en dit het tot gevolg dat hulle hul al meer aan kontak met andere onttrek.

Die families, gesinne, vriende, gemeenskap en werksituasies se siening van persone wat as besmet met MIV/VIGS gediagnoseer is, speel ook 'n vername rol in die pasiënt se asosiale gedrag. Onkunde oor die wyses van infektering lei daartoe dat families, vriende en kollegas hulle onttrek aan sosiale kontak met MIV/VIGS-pasiënte (Getzel & Mahony, 1993:31). In sulke gevalle kan ondersteuningsgroepe pasiënte help om weer maatskaplik doeltreffend te funksioneer. Gesinne en families kan ook 'n positiewe bydrae lewer deur hierdie pasiënte te aanvaar. Inligtings- en opvoedkundige groepe kan vriende, kollegas en die gemeenskap help met die inwin van die nodige kennis asook aanvaarding van die pasiënt.

3.5.2 GEVOLGE VAN MIV/VIGS OP DIE GESIN

Die gesin is een van die strukture in die samelewing wat waarskynlik tans die

meeste deur MIV/VIGS nadelig geraak word en wat ook in die toekoms geraak gaan word. In hierdie verband beweer Barnett en Blaikie (1992:87) die volgende: "... the impact of Aids deaths upon the household is unlike of other disasters such as drought, famines, earthquakes or even war. It is gradual and incremental and occurs over a period of at least five years." Hierdie impak van MIV/VIGS raak dikwels nie net een persoon in die gesin nie, maar in die meeste gevalle meer as een lid. In baie gesinne word die vader, moeder en 'n kind of kinders deur hierdie siektetoestand geraak. Die gesin waarin MIV/VIGS voorkom, word deur verskeie probleme soos die volgende in die gesig gestaar:

- Verwerping van 'n lid van die gesin deur ander lede van die gesin.
- Verwerping van die gesin deur die familie, vriende en gemeenskap.
- 'n Verlies aan inkomste.
- Verlating deur die vader of moeder van die gesin.
- Swak fisiese en mediese versorging as gevolg van finansiële probleme.
- Die uitfasering van gesonde mannekrag uit die werksmag omdat gesonde lede siek lede moet versorg.
- Die gebruik van kontantgeld vir mediese uitgawes, in baie gevalle ten koste van die aankoop van voedsel en ander noodsaaklikhede vir die gesin.
- Hoë finansiële uitgawes vir alle fasette wat met begravinge gepaard gaan.
- Die onttrekking van kinders aan skole om te help met die aanvul van 'n inkomste vir die gesin.
- Die uitbreiding van gesinsgetalle as gevolg van die versorging van weeskinders uit ander gesinne (Barnett & Blaikie, 1992:104; Weyers, 1990:350-351).

Die problematiek in Suid-Afrika ten opsigte van kinders wat as gevolg van VIGS wees gelaat is, is groot. Daar is bereken dat KwaZulu-Natal alleen 65 500 VIGS-weeskinders teen 2000 sal hê en 500 000 in 2010 (Whiteside & Sunter, 2000:80). Daar is voorts bereken dat 'n geraamde 7,8 miljoen kinders onder die ouderdom van 15 jaar in Afrika gedurende 1998 as gevolg van VIGS as weeskinders agtergelaat is (Kerkhoven & Harnmeijer, 1998:14). Indien hierdie voorspelling akkuraat was, kan aanvaar word dat dié getal intussen aansienlik toegeneem het.

Die problematiek van VIGS in die gesin het onder andere die volgende uitwerkings:

- Dat kinders meer as een keer wees gelaat sal word; die eerste keer as gevolg van die afsterwe van hul eie ouers, en later as gevolg van die afsterwe van hul pleeggesin of familie wat hul versorging waargeneem het.
- Daar sal nie meer in die basiese behoeftes van kinders voorsien kan word nie as gevolg van ouers se siektetoestand. Kinders is dus alreeds in baie gevalle wees vóór die ouers se afsterwe.
- As gevolg van die finansiële verliese en probleme wat binne 'n gesin ontstaan, word kinders se opvoeding nadelig geraak.
- Kinders word blootgestel aan intense spanning en trauma as gevolg van ouers se afsterwe.
- Kinders moet dikwels heen en weer tussen verskillende versorgingsfasiliteite beweeg, wat 'n negatiewe invloed uitoefen op hulle gesondheid en ontwikkeling.
- Baie kinders moet reeds op 'n baie vroeë ouderdom gewigtige besluite neem waarvoor hulle nie opgewasse is nie.
- Situasies gepaardgaande met VIGS in die gesin lei dikwels tot swak ouerlike versorging, gebrekkige sosialisering en geen of swak skoolvoordring.

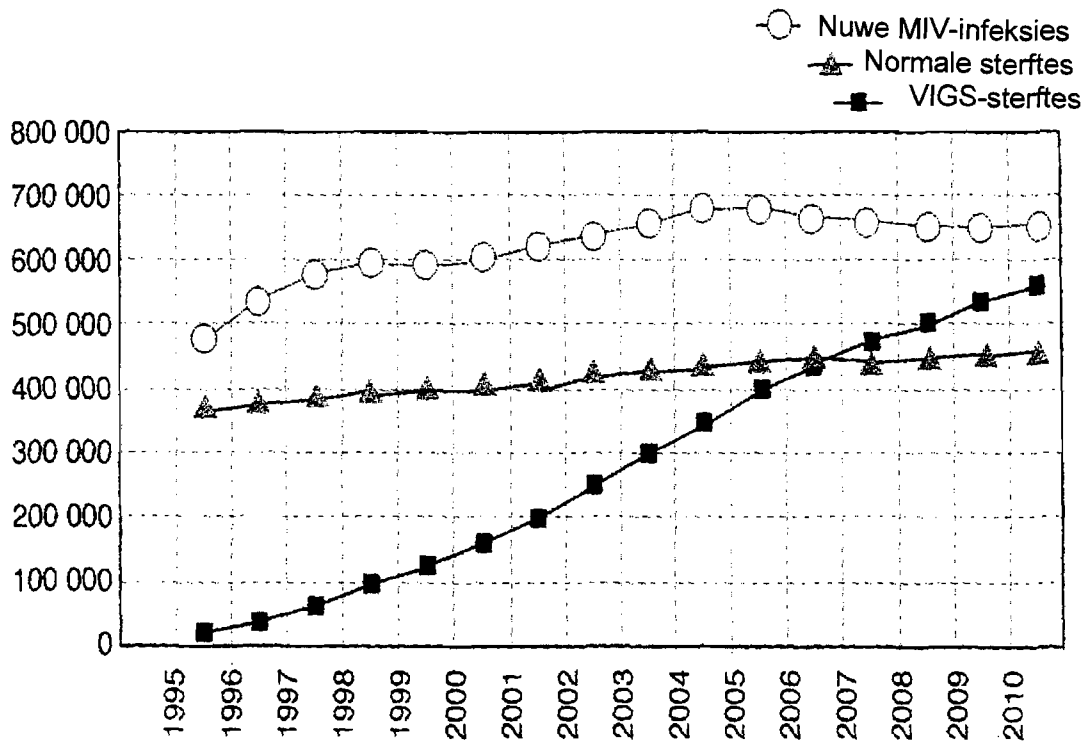
- Hierdie kinders se ouers is soms nie in staat om as doeltreffende rolmodelle vir hulle kinders te dien nie. Dit bemoeilik die aanleer van noodsaaklike lewensvaardighede soos 'n positiewe selfbeeld by kinders.
- Kinders wat as gevolg van VIGS wees gelaat is, word dikwels aan mishandeling blootgestel (Kerkhoven & Harnmeijer, 1998:14; Whiteside & Sunter, 2000:80).

Die totale invloed van MIV/VIGS op die gesin kan nooit realisties bereken word nie. Dit is daarom belangrik dat alle rolspelers kennis sal dra van die impak van MIV/VIGS op die gesin, aangesien dit nie slegs die gesin raak nie, maar die samelewing as geheel.

3.5.3 GEVOLGE VAN MIV/VIGS OP DIE GEMEENSAP

Benewens die disintegrering van die gesin, ervaar ander maatskaplike sisteme in die gemeenskap aansienlike druk as gevolg van die VIGS-epidemie. Dit sluit onder andere klinieke, hospitale, mediese en werkloosheidsversekeringskemas, pensioen- en toelaestelsels van die staat, opvoedkundige instellings, maatskaplikewerkinstellings, nywerhede en kerke in. Die impak van hierdie epidemie het ernstige gevolge vir die hantering van probleme met betrekking tot enkelouergesinne, weeskinders, die opvoeding van kinders, asook die ekonomie en die arbeidsmag (Mutangadura & Jackson, 1998:2-8; Weyers, 1990:351). Die implikasies wat die VIGS-epidemie op veranderende gemeenskapstrukture gaan hê, is kommerwekkend. Daar word bereken dat teen die jaar 2006 net soveel mense aan VIGS sal sterf as aan enige ander oorsaak (Whiteside & Sunter, 2000:70). In Grafiese Voorstelling 2 bied Whiteside en Sunter (2000:70) 'n voorstelling van die aantal nuwe infeksies, sterftes as gevolg van normale omstandighede en sterftes as gevolg van VIGS.

Grafiese Voorstelling 2: VIGS-sterftes

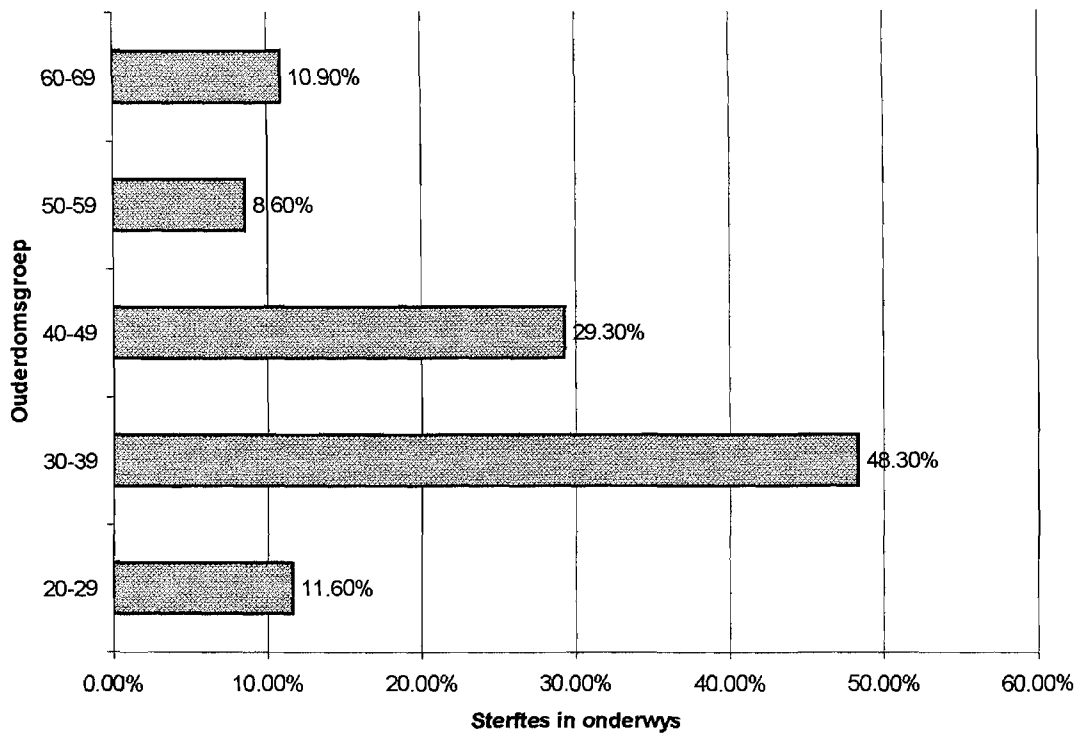


(Whiteside & Sunter, 2000:70)

Uit Grafiese Voorstelling 2 blyk dit dat die aantal sterftes aan VIGS en aan ander oorsake in 2006 dieselfde sal wees. In 2010 sal ongeveer 100 000 meer persone aan VIGS sterf. Volgens die MAP-verslag (2000:12) sal 'n groot aantal kinders hul ouers aan die dood moet afstaan voordat hulle hul skoolopleiding voltooi het. Baie van hierdie kinders sal verplig wees om te gaan werk om die ander jonger kleiner kinders in die gesin te versorg. Dit kan dus lei tot kinderarbeid met nadelige gevolge op die strukture in die arbeidsmag.

Die VIGS-epidemie sal noodwendig ook die onderwys in Suid-Afrika raak. Ten opsigte van die onderwys word die volgende beweer: "... the 'teacher' to 'pupil' ratio will be substantially reduced to the losses in teachers due to HIV/AIDS" (Anon, 2000:12). Die jongste geskatte syfers van onderwysers in Suid-Afrika wat MIV-positief is, is volgens Shell en Zeitlin (2000:151-152) die volgende:

Grafiese Voorstelling 3: Sterftes in onderwys in Suid-Afrika – Augustus 1999 tot Mei 2000

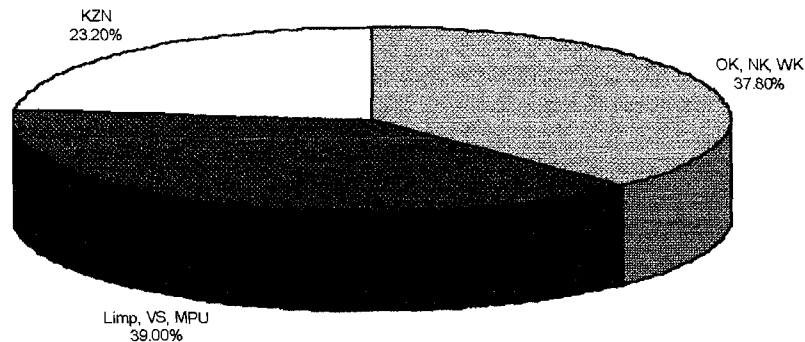


(Shell & Zeitlin, 2000:152)

Uit die voorafgaande gegewens blyk dit dat onderwysers in die ouderdomsgroep 30-39 jaar die grootste persentasie (48,30%) sterftes as gevolg van Vigsverwante siektes toon. In die ouderdomsgroep 40-49 jaar het 29,30% onderwysers as gevolg van VIGS gesterf, gevolg deur die ouderdomsgroep 20-29 jaar met 11,60% en 60-69 jaar met 10,90%. Die ouderdomsgroep 50-59 jaar het die laagste persentasie (8,60%) sterftes getoon as gevolg van MIV/VIGS. Die ouderdomsgroep 20-49 jaar is dus die groep wat die meeste deur MIV/VIGS geraak word. Die inligting stem ooreen met die siening van Whiteside en Sunter (2000:32).

Die syfers van sterftes van onderwysers per provinsie is soos volg:

Grafiese Voorstelling 4: Sterftes van onderwysers per provinsie



(Shell & Zeitlin, 2000:152)

Volgens die voorafgaande gegewens is die sterftes van onderwysers as gevolg van Vigsverwante siektes die hoogste (39%) in die Limpopo, Vrystaat en Mpumalanga, gevolg deur die Oos-Kaap, Noord-Kaap en Wes-Kaap met 37,80%. In KwaZulu-Natal het 23,20% onderwysers aan Vigsverwante siektes gesterf.

Hierdie toedrag van sake soos in Grafiese Voorstelling 4 weerspieël, veroorsaak nie alleen 'n probleem ten opsigte van die beskikbaarheid van onderwysers nie, maar sal ook verdere probleme skep ten opsigte van VIGS-opvoeding in skole. Tans word planne om MIV/VIGS in skole te bekamp, gestrem deur 'n gebrek aan onderwysers wat klasse in lewensvaardighede kan aanbied (Anon, 2000:8). Indien daar nie voldoende onderwysers in skole beskikbaar is nie, sal opvoeding ten opsigte van VIGS-voorkoming dus ook skade lei.

Die ekonomiese uitwerking wat MIV/VIGS op Suid-Afrika het en in die toekoms gaan hê, is volgens die meeste kenners iets wat nie ligtelik opgeneem moet word nie. Edelston (1988:14) het reeds in 1988 na VIGS as die "Black Death" van die moderne tyd verwys, en die volgende daaroor beweer:

"Above all, the Black Death had powerful economic consequences. By reducing numbers of workers, it sharply increased the bargaining power of survivors, which in turn had the political effect of hastening the end of the feudal system".

Volgens Schutte (1990:381-392) en Whiteside en Sunter (2000:85-97) sal MIV/VIGS negatiewe gevolge op ekonomiese gebied hê ten opsigte van die volgende aspekte:

- Ekonomiese groei.
- Verlaagde produktiwiteit.
- Herkanalisering van investering.
- Verhoogde inflasie.
- Onbenutte en onderbenutte infrastrukture.
- Gebrekkige mannekrag.
- Kwynende produktiwiteit.
- Hoë koste ten opsigte van gesondheidsorg.
- Verhoging van armoede veral met betrekking tot individuele huishoudings.
- Finansiële versorging van weeskinders.
- Toerisme.
- Verhoogde arbeidsonrus.

Die MIV/VIGS-probleem verskil van gemeenskap tot gemeenskap en dus ook ten opsigte van verskillende sosiale groepe. Sommige gemeenskappe word meer as ander geraak. Dit moet egter beseef word dat MIV/VIGS alle gemeenskappe in 'n mindere of meerdere mate raak. In Suid-Afrika sal

MIV/VIGS in die toekoms 'n nog groter invloed op alle gemeenskappe hê. Dit is noodsaaklik dat alle lede van die gemeenskap die invloed van MIV/VIGS moet besef en bewus moet wees van die uiteenlopende behoeftes van die gemeenskap in hierdie verband. Dit is dus belangrik om te weet watter bronne in die gemeenskap beskikbaar is (Kiiti, Long, Gatua, Sorley & Dortzbach, 1996:2).

Wêreldwyd het MIV/VIGS dus 'n invloed op bevolkings en gemeenskappe. Daar is geen plek in die wêreld wat nie deur hierdie epidemie geraak word nie. Daar is egter sekere dele van die wêreld wat meer as ander geraak word, soos onder andere die Sub-Sahara-Afrikastreek (Whiteside & Sunter, 2000:36).

3.6 SAMEVATTING

MIV/VIGS het wêreldwyd, maar veral in die Sub-Sahara-streek in Afrika, veral sedert 1990 pandemiese afmetings aangeneem. Afrika en veral ook Suid-Afrika word deur 'n epidemie in die gesig gestaar waarvan die impak op alle sektore van die samelewing nog nie ten volle besef word nie.

Alhoewel baie kennis oor die oorsake van MIV/VIGS reeds bekend is, ontstaan die vraag of hierdie inligting en kennis wel deur almal ernstig opgeneem of verstaan word. Die aantal nuwe gevalle van persone wat MIV-positief bevind word, veroorsaak kommer by wetenskaplikes oor die uitwerking van die verspreiding van kennis en inligting na gemeenskappe. Kennis oor die oorsake van MIV/VIGS sal in toenemende mate toeganklik gemaak moet word in alle gemeenskappe.

In hierdie hoofstuk is kortliks aandag geskenk aan die gevolge van MIV/VIGS op die individu, die gesin, gemeenskap asook internasionaal. Uit die bespreking het dit duidelik geblyk dat MIV/VIGS nie slegs een aspek van 'n individu of gemeenskap raak nie, maar die meeste aspekte van die totale funksionering van individue en gemeenskappe. MIV/VIGS het 'n invloed nie alleen op die fisiese funksionering van die individu nie, maar ook op sy psigiese en emosionele funksionering. Pasiënte ervaar onder andere

selfbeeldprobleme, emosies van skok, skuld, ongeloof, depressie en angs.

Die infektering met die MIV-virus het besliste gevolge op die pasiënt se funksionering binne gesins- en familieverband asook sy inskakeling in die gemeenskap en werksituasie. In hierdie verband word veral probleme van verwerping en stigmatisering ervaar. Verdere probleme wat binne gesinsverband ervaar word, is die problematiek van kinders wat as gevolg van VIGS wees gelaat word.

VIGS het ernstige gevolge op die gemeenskap. Maatskaplike sisteme soos klinieke, hospitale, mediese en werkloosheidsversekeringskemas, opvoedkundige instellings, maatskaplikewerk-instellings, nywerhede en kerke ervaar aansienlike druk as gevolg van die VIGS-epidemie.

MIV/VIGS het ook negatiewe gevolge op ekonomiese gebied en veral op gebeure soos ekonomiese groei, verlaagde produktiwiteit en die hoë koste ten opsigte van gesondheidsorg.

Om in al die probleme te voorsien, is samewerking tussen die maatskaplike werker en ander lede van die multiprofessionele span noodsaaklik. Samewerking tussen spanlede kan egter nie plaasvind indien daar nie genoeg kennis bestaan oor die behoeftes van die MIV/VIGS-pasiënt nie. In Hoofstuk 4 word aandag geskenk aan die behoeftes van die pasiënt soos verkry uit die empiriese navorsing en literatuurstudie.

HOOFSTUK 4

BEHOEFTE EN GEVOELEN VAN DIE MIV/VIGS-PASIËNT

4.1 INLEIDING

Daar word tans baie eise aan hulpverleners in verskeie professies ten opsigte van hulp aan persone wat MIV-positief is of reeds VIGS het, gestel. Om hierdie hulp te verleen, vereis bepaalde kennis oor die siektetoestand, maar ook bepaalde vaardighede om tot die kliëntegroep toe te tree. Alvorens hierdie vaardighede tydens hulpverlening toegepas kan word, is dit noodsaaklik dat die hulpverlener besef dat MIV/VIGS-kliënte sekere behoeftes as gevolg van die siektetoestand ervaar.

In hierdie hoofstuk word eerstens 'n profiel van die respondente wat tydens die navorsing betrokke was, gebied. Die behoeftes van die respondente ten opsigte van hulle kennis aangaande MIV/VIGS asook hulle emosionele belewing van die siektetoestand word aan die hand van 'n literatuur- en empiriese ondersoek bespreek.

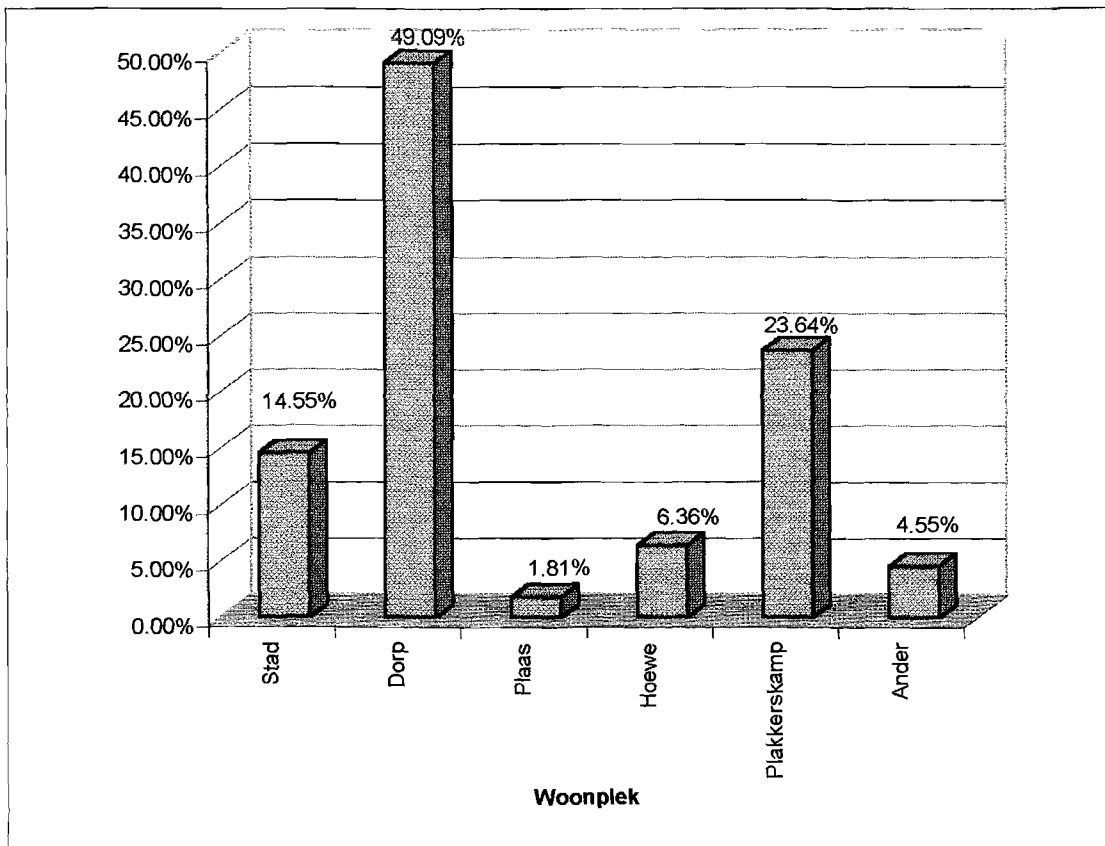
4.2 PROFIEL VAN RESPONDENTE

In die Potchefstroom-gesondheidsdistrik was 110 MIV/VIGS-respondente bereid om deur middel van skedules inligting aangaande hul omstandighede te verskaf. Die profiel van die respondente is soos volg:

4.2.1 WOONPLEK

Tydens die navorsing was dit nodig om te bepaal waar die respondente woon aangesien die Potchefstroom-gesondheidsdistrik oor 'n area strek waar verskillende tipes woonplekke aangetref word.

Grafiese Voorstelling 5: Woonplek van respondente

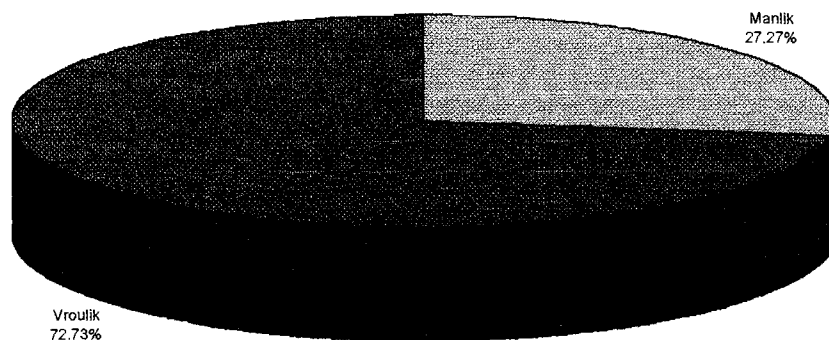


Die grootste persentasie respondente, naamlik 49,09% (54), het in die dorp gewoon. Ses-en-twintig respondente (23,64%) het in 'n plakkerskamp gewoon en 16 (14,55%) in die stad, 7 (6,36%) op 'n hoewe, 2 (1,81%) op 'n plaas en 5 (4,55%) elders wat onbekend is. Uit hierdie gegewens was dit duidelik dat respondente hoofsaaklik in die dorp of stad gewoon het. Uit hierdie gegewens is dit duidelik dat respondente wat in die stad of dorp woon, wel toegang tot vervoermiddele en dienste soos klinieke en hospitale het. Die groot persentasie respondente wat in plakkerskampe woon, is 'n bron van kommer. Omstandighede in plakkerskampe is dikwels armoedig. VIGS word met armoede geassosieer (Ezzy & De Visser, 1999:405-415; Kotze *et al.*, 2001:763; Whiteside & Sunter, 2000:91). Die omstandighede in die plakkerskampe kan bydra tot die verspreiding van MIV/VIGS.

4.2.2 GESLAG

Vroue word die meeste deur MIV/VIGS geraak (Laird, 2001:260; Whiteside & Sunter, 2000:32). In hierdie navorsing was dit ook nodig om te bepaal watter persentasie van die respondente wel vroue is.

Grafiese Voorstelling 6: Geslag van respondente



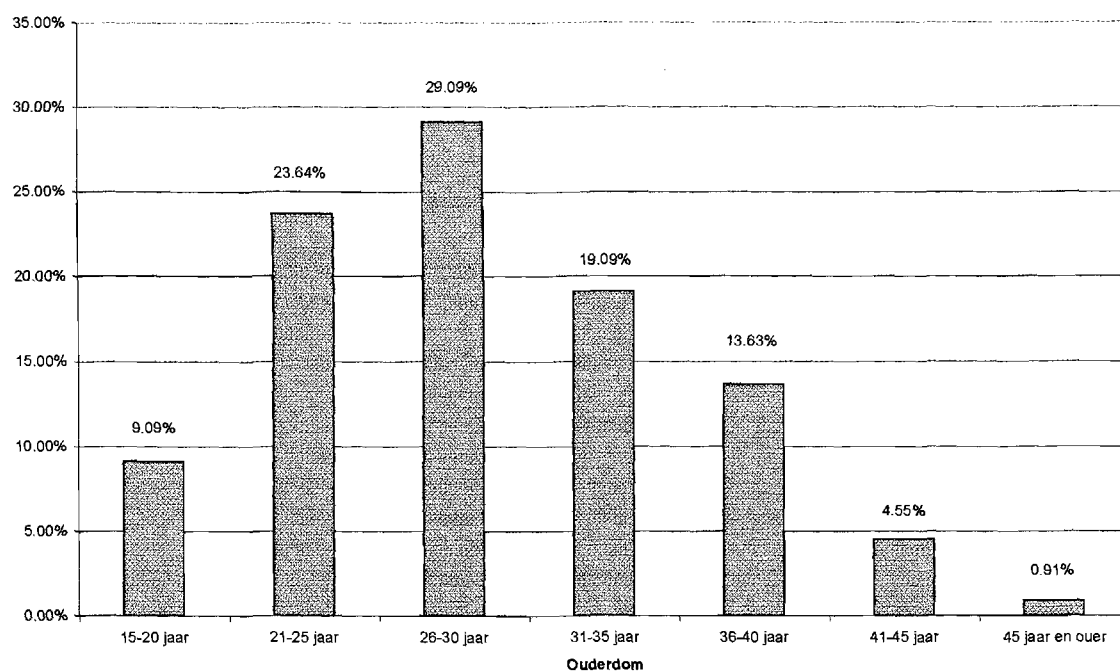
Vrouens het in hierdie navorsing die grootste persentasie, naamlik 72,73% (80) van die ondersoekgroep verteenwoordig. Slegs 30 (27,27%) van die ondersoekgroep was mans. Navorsing toon dat vrouens vroeër as mans aan VIGS siek word (Whiteside & Sunter, 2000:32). Volgens Whiteside en Sunter (2000:45) is die infekteringsvlakke by mans laer as by vrouens in Sub-Sahara-Afrika. Studies toon dat 12 tot 13 vroue in Afrika geïnfekteer word vir elke 10 mans in Afrika (Whiteside & Sunter, 2000:45). Die feit dat 72,73% van die ondersoekgroep vroue is, hou verreikende gevolge vir die Potchefstroom-gesondheidsdistrik in. As hierdie syfers vergelyk word met die syfers in Grafiese Voorstelling 8 waar 79 (71,82%) van die ondersoekgroep ongetroud is, kan die afleiding gemaak word dat 'n groot persentasie van hierdie vroue ongetroud is. Hulle is heel moontlik enkelouers wat alleen vir die versorging van hul kinders verantwoordelik is. Indien hierdie vroue aan

VIGS sterf, laat dit 'n groot aantal kinders wees agter. Dit het weer verdere implikasies vir ander huishoudings en dienste wat in die streek gelewer moet word (Laird, 2001:260).

4.2.3 OUDERDOM

In hierdie studie was dit van belang om te bepaal in watter ouderdomsgroepe die respondente val, aangesien die ouderdomsgroep 15-45 jaar volgens Whiteside en Sunter (2000:32) die groep is wat die meeste deur MIV/VIGS geraak word.

Grafiese Voorstelling 7: Ouderdom van respondente



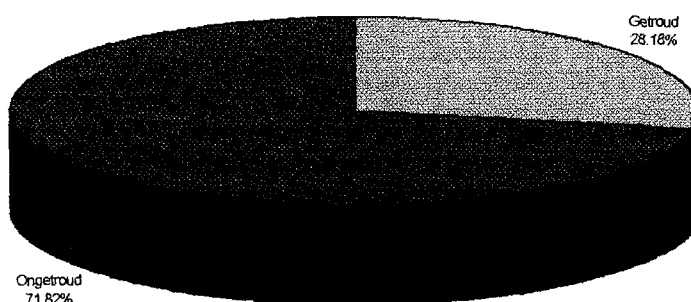
In hierdie navorsing was die grootste persentasie van die respondente, naamlik 99,09% (109), 45 jaar en jonger. Slegs een (0,91%) respondente was ouer as 45 jaar. Hierdie syfers korreleer met syfers verkry uit andernavorsing dat afgesien van babas en kinders die ouderdomsgroep vanaf 15 – 45 die meeste deur MIV/VIGS geraak word (Whiteside & Sunter, 2000:32). Hierdie

situasie het verreikende gevolge vir die Potchefstroom-gesondheidsdistrik, omdat 'n groot aantal inwoners wat ekonomies produktief is, MIV-positief is. Die implikasies wat die toename van MIV/VIGS veral in hierdie ouderdomsgroep vir die bevolking en die ekonomie van Noordwes inhou, is tydens 'n armoedeberaad op 24 Julie 2001 uitgespreek (Du Preez, 2001:15). Die infektering van persone in hierdie ouderdomsgroep met die MI-virus het buiten implikasies vir die ekonomie deurdat 'n groot persentasie van werkers MIV-positief is, veral ook implikasies vir die aantal kinders wat wees agtergelaat sal word as gevolg van sterftes van ouers. Hierdie kinders sal versorg moet word deur pleegouers of in kindershuise. Dit gaan 'n verdere las op die ekonomie van hierdie streek plaas.

4.2.4 HUWELIKSTAAT

In hierdie navorsing het die vraag ontstaan hoeveel van die ondersoekgroep getroud is en dus aan een maat verbind is, asook hoeveel van die respondente saam met hul eggenoot of eggenote woon al dan nie, soos weergegee in Tabel 3.

Grafiese Voorstelling 8: Huwelikstatus van respondente



Volgens hierdie gegewens is slegs 31 (28,18%) van die respondente getroud en 79 (71,82%) van die respondente nie getroud nie. Laasgenoemde syfer dui daarop dat die kans dat MIV/VIGS na meer as een seksmaat oorgedra kan word, vergroot. Dit vergelyk dan ook goed met die gegewens in Tabel 3 waar slegs 30 (27,3%) van die respondente saam met hul eggenoot(e) woon.

Op 'n vraag oor hul saamwoonstatus is die gegewens soos weergegee in Tabel 3 verstrek.

Tabel 3: Saamwoonstatus van respondente

Saamwoonstatus	f	%
Eggenoot(e)	30	27,27
Vriend/vriendin	49	44,55
Nie een van bogenoemde/ Woon alleen	31	28,18
N =	110	100

Uit hierdie gegewens blyk dit dat slegs 30 (27,27%) van die respondente saam met hul eggenoot(e) woon. Nege-en-veertig (44,55%) woon saam met 'n vriend of vriendin en 31 (28,18%) woon alleen. Tagtig (72,73%) van die respondente in hierdie ondersoekgroep is dus nie deur middel van die huwelik of tradisionele huwelik aan 'n saamleefmaat gekoppel nie, wat die kans vergroot van meer as een seksmaat en dus die verspreiding van MIV/VIGS.

Die syfers in Grafiese Voorstelling 8 en Tabel 3 stem grootliks ooreen met syfers van Ramjee, Gouws, Andrews, Myer en Weber (2001:165) in 'n studie waar die huwelikstatus van MIV-positiewe mans wat klinieke besoek het, bepaal is. In hierdie navorsing was 19,8% van die respondente wat klinieke besoek het, getroud en het slegs een maat gehad, en 20,9% was getroud maar het 'n buite-egtelike verhouding gehad. Mans wat nie getroud was nie en 'n vriendin het, het 54,9% van die ondersoekgroep verteenwoordig. Slegs

4,4% het aangedui dat hulle enkellopend is en geen maat het nie.

4.2.5 KINDERS

Die vraag het ontstaan of die respondente wel kinders het, en indien wel, hoeveel kinders hulle het. Hierdie vraag het ontstaan omdat daar vasgestel wou word hoeveel kinders deur die ouers se siektetoestand geraak word.

In die onderhawige navorsing het 83 (75,45%) van die respondente aangedui dat hulle wel kinders het. Sewe-en-twintig (24,55%) het nie kinders gehad nie. Sommige van hierdie 27 respondente was kinderloos as gevolg van die afsterwe van 'n kind of kinders. Die aantal kinders van die respondente word in Tabel 4 weergegee.

Tabel 4: Aantal kinders van respondente

Aantal kinders	f	%	fx	% (fx)
Geen kinders	27	24,55	0	0
Een kind	20	18,18	20	9,57
Twee kinders	29	26,36	58	27,75
Drie kinders	13	11,82	39	18,66
Vier kinders	17	15,45	68	32,54
Vyf kinders	3	2,73	15	7,18
Nege kinders	1	0,91	9	4,30
N =	110	100,00	209	100,00

Die 110 respondente het gesamentlik 209 kinders gehad. Die gemiddelde is 1,9 kinders per respondent ($fx \div 110$). Dit as sodanig dui op 'n lae kindertal. Uit hierdie gegewens blyk dit dat 24,55% (27) van die respondente geen kinders het nie. Alhoewel die redes vir hierdie tendens nie ondersoek is nie, het van die respondente tydens die opname aangedui dat van hulle kinders reeds oorlede is. Die oorsake is onbekend, hoewel VIGS-verwante siektetoe-

stande hier wel 'n rol kan speel. Volgens Tabel 4 het 20 (18,18%) respondente verklaar dat hulle slegs een kind het. Weer eens kan dit aanvaar word dat sterftes ook in hierdie groep 'n rol kon speel. Die grootste persentasie respondente, naamlik 26,36%, het twee kinders. Hierdie tendens stem ooreen met die gemiddelde van 1,9 kinders per respondent. As daar 'n gemiddelde van 2 kinders per VIGS-pasiënt is wat wees gelaat gaan word as gevolg van MIV/VIGS, korreleer dit met die bekommernis van navorsers oor die aantal kinders wat as gevolg van VIGS wees gelaat gaan word (Whiteside & Sunter, 2000:80-81).

4.2.6 KINDERS WAT BY OUERS WOON

Die navorser wou in opvolging van die gegewens verkry in Tabel 4 by respondente weet hoeveel kinders by hulle woon. Hierdie vraag het ontstaan omdat vasgestel wou word hoeveel kinders alternatiewe sorg ná die afsterwe van die ouers benodig.

Tabel 5: Aantal kinders wat by hul ouers woon

Kinders wat by ouers woon	f	%	fx	% (fx)
Geen kind	39	35,45	0	0
Een kind	23	20,91	23	14,74
Twee kinders	28	25,45	56	35,90
Drie kinders	10	9,10	30	19,23
Vier kinders	7	6,36	28	17,95
Vyf kinders	2	1,82	10	6,41
Nege kinders	1	0,91	9	5,77
N =	110	100,00	156	100,00

Uit hierdie gegewens is dit duidelik dat 71 (64,55%) van die respondente se kinders, wat 'n getal van 156 verteenwoordig, wel by hulle woon. Die gemiddelde is 1,42 kinders per respondent ($fx \div f$). Hierdie syfer is 0,5%

minder kinders per respondent as die gemiddelde aantal kinders wat respondente het. Die syfers vergelyk dus goed met dié verkry in Tabel 4. Indien daar nie reeds vir die kinders se versorging ná die afsterwe van die ouer of ouers voorsiening gemaak is nie, is dit 'n situasie wat in die toekoms aandag moet geniet. Dit is hierdie kinders wat wees agtergelaat sal word en vir wie se versorging voorsiening gemaak moet word.

4.2.7 ANDER PERSONE WAT BY RESPONDENTE WOON

Die navorser wou weet hoeveel ander persone buiten hulle kinders saam met hulle woon. Hierdie vraag het ontstaan omdat die navorser wou bepaal hoeveel persone direk of indirek deur die respondent se siektetoestand geraak word.

Tabel 6: Aantal ander persone wat by respondente woon

Ander persone	f	%	fx	% (fx)
Geen persoon	33	30,00	0	0
Een persoon	13	11,82	13	4,47
Twee persone	7	6,36	14	4,81
Drie persone	19	17,27	57	19,59
Vier persone	16	14,55	64	21,99
Vyf persone	9	8,18	45	15,46
Ses persone	7	6,36	42	14,43
Agt persone	3	2,73	24	8,25
Nege persone	1	0,91	9	3,09
Elf persone	1	0,91	11	3,78
Twaalf persone	1	0,91	12	4,13
N =	110	100,00	291	100,00

Uit hierdie gegewens blyk dit dat 291 ander persone saam met die 110 respondente woon. Indien hierdie getal gevoeg word by 156 kinders van die respondente wat by hulle woon, dan word 447 persone direk of indirek deur die MIV/VIGS-persoon geraak. Dit is 'n gemiddelde van 4,06 persone per huishouding. Hierdie syfers stem ooreen met die bevindings van Kotze *et al.* (2001:77) wat in hul navorsing bevind het dat die gemiddelde aantal inwoners per wooneenheid op 4,78 persone te staan kom. Die gemiddelde aantal vertrekke in die huise van respondente in die navorsing het volgens Kotze *et al.* (2001:78) op 2,8 te staan gekom. Dit sluit slaap-, kombuis-, bad- en toiletfasiliteite in. Hier is dus sprake van oorbewoning. Omstandighede soos hierdie is vanselfsprekend bevorderlik vir MIV/VIGS-verspreiding. Die versorging van die pasiënt word dus in hierdie omstandighede benadeel (Anon, 2001:16; Kotze *et al.* 2001:78).

4.2.8 KERKVERBAND

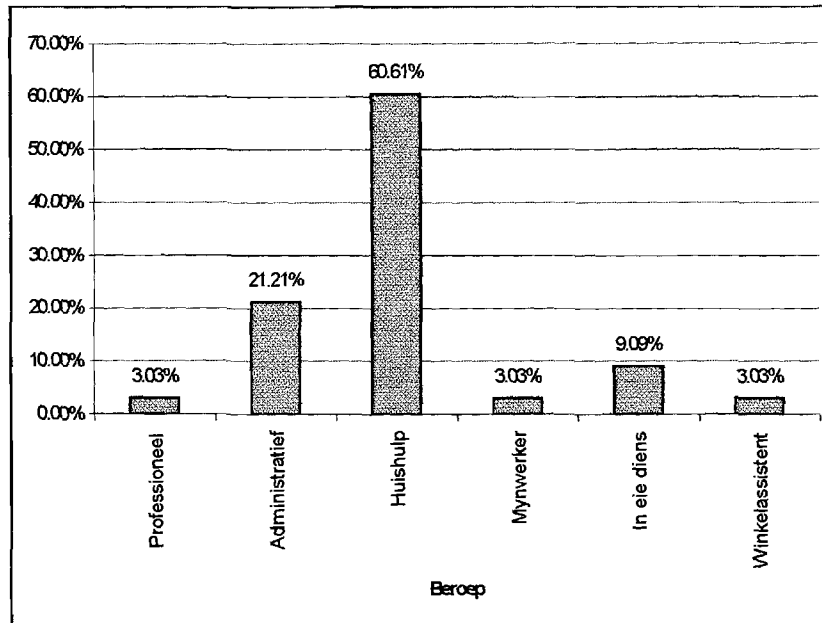
Op 'n vraag aan die respondente of hulle wel aan 'n kerk behoort, het 98 (89,09%) bevestigend geantwoord, en 12 (10,91%) het aangedui dat hulle nie aan 'n kerk behoort nie. Alhoewel dit nie 'n aanduiding is dat respondente ernstig oor godsdienst is nie, het die respondente tydens onderhoude gemeld dat godsdienst wel 'n belangrike rol in hulle lewe speel.

4.2.9 BEROEP VAN RESPONDENTE

Wat die werksituasie van die respondente betref, het slegs 33 (30,0%) gewerk. Sewe-en-sewentig (70,0%) van die respondente was werkloos. Hierdie toedrag van sake bemoeilik die kwaliteit van versorging van die respondente in soverre dit die voorsiening van voldoende en gebalanseerde voeding en mediese versorging betref.

Die beroepe wat die 33 (30,0%) werkende respondente beklee het, word in Grafiese Voorstelling 9 weergegee.

Grafiese Voorstelling 9: Beroep van respondente



Die grootste aantal, naamlik 20 (60,61%) van die 33 werkende respondente was huishulpe. Hierdie groep bestaan almal uit vrouens wat, indien hul as gevolg van hul siektetoestand werkloos word, nie meer tot die finansiële versorging van hul gesinne kan bydra nie. Hierdie toedrag van sake bevorder die armoedesituasie waarin 'n groot persentasie van die respondente hulle tans bevind.

Dié inligting stem ooreen met die bevindings van Kotze *et al.* (2001:75) dat slegs 21 (42%) van die onderzoekgroep wat uit 50 MIV/VIGS-respondente in Noordwes bestaan, oor 'n werk en inkomste beskik. Die pasiënte se inkomste het gewissel van minder as R100 tot R1 500 per maand. Meer as die helfte van die respondente verdien minder as die gemiddelde R621,92. Slegs 14% verdien meer as R1 000 en nie een meer as R1 500 per maand nie (Kotze *et al.*, 2001:75). Hierdie toedrag van sake beklemtoon kenners se siening dat die VIGS-pandemie hand aan hand met armoede gaan (Kotze *et al.*, 2001:82; Whiteside & Sunter, 2000:91; Williams, 2000:3).

4.2.10 TYDPERK SEDERT MIV/VIGS GEDIAGNOSEER IS

Die navorser wou weet hoe lank die respondente as MIV-positief gediagnoseer is. Met hierdie inligting wou die navorser vasstel hoe lank die respondente reeds weet dat hulle MIV-positief is.

Tabel 7: Tydperk sedert MIV/VIGS by respondente gediagnoseer is

Tydperk	f	%
4 jaar en langer gelede	10	9,09
3 jaar gelede	4	3,64
2 jaar gelede	20	18,18
1 jaar gelede	24	21,82
Minder as 1 jaar gelede	52	47,27
	N = 110	100

Die grootste persentasie, naamlik 76 (69,09%), het 'n jaar en minder gelede verneem hulle is MIV-positief. Alhoewel hulle in daardie stadium die eerste maal deur middel van 'n bloedtoets van hul MIV-positiewe status bewus geword het, is daar van hierdie respondente wat moontlik 'n langer tydperk reeds MIV-positief is.

Opsommend dui die inligting wat uit hierdie navorsing oor die profiel van die respondente verkry is, op die volgende:

- Die grootste persentasie respondente, naamlik 49,09% (54), woon in die dorp.
- Vrouens maak 72,73% (80) van die ondergroep uit.
- Byna almal, 109 (99,11%), het hulle in die ouderdomsgroep 15-45 jaar bevind.
- Slegs 31 (28,18%) van die respondente was getroud. Dus was 79 (71,82%) nie getroud nie.

- Tagtig (72,73%) van die respondente is nie deur middel van die huwelik of tradisionele huwelik aan 'n saamleefmaat gekoppel nie.
- Die gemiddelde aantal kinders per respondent is 1,9 kinders van wie 142 by die ouers woon.
- Die gemiddelde aantal inwoners per huishouding is 4,06.
- Agt-en-negentig (89,09%) van die respondente behoort wel aan 'n kerk.
- Slegs 33 (30,0%) van die respondente het 'n beroep beklee, terwyl 77 (70,0%) werkloos was.
- Ses-en-sewentig (69,09%) van die respondente het 'n jaar of minder gelede verneem hulle is MIV-positief.

Die inligting verkry uit hierdie navorsing stem in 'n groot mate ooreen met inligting wat reeds vrygestel is, naamlik dat:

- Vroue die meeste deur MIV/VIGS geraak word as gevolg van "poverty and disempowerment" (Laird, 2001:260-261).
- Die ouderdomsgroep 15-45 die meeste deur MIV/VIGS geraak word (Whiteside & Sunter, 2000:32).
- Seks buite die huwelik 'n verneme rol in die verspreiding van MIV/VIGS speel (Edelston, 1988:179; Laird, 2001:262).
- 'n Groot aantal kinders in Noordwesprovinsie wees agtergelaat gaan word (Du Preez, 2001:4).
- Oorbewoning dikwels 'n probleem is en hierdie omstandighede nie bevorderlik is vir die versorging van MIV/VIGS-pasiënte nie (Kotze *et al.*, 2001:78).
- Dat werkloosheid 'n wesenlike probleem is wat finansiële implikasies vir die versorging van pasiënte inhou (Kotze *et al.*, 2001:75).

In die beplanning van hulpverlening aan MIV/VIGS-persone is dit noodsaaklik dat aandag geskenk sal word aan die behoeftes wat hulle ervaar. Vervolgens word die behoeftes wat respondente in die navorsing ervaar, bespreek.

4.3 BEHOEFTE VAN MIV/VIGS-PASIENTE

MIV/VIGS-pasiënte ervaar, net soos pasiënte met ander siektes, sekere behoeftes. In hierdie navorsing was dit noodsaaklik om die behoeftes wat MIV/VIGS-pasiënte ervaar te bepaal, alvorens 'n groepwerkhulpverleningsprogram beplan kon word. Op 'n vraag aan die pasiënte oor watter behoeftes hulle ervaar waarmee hulle hulp wil verkry van persone soos maatskaplike werkers, verpleegkundiges en geneeshere, is die gegewens soos vervat in Tabel 8.

Tabel 8: Behoeftes van MIV/VIGS-pasiënte

BEHOEFTE WAARMEE PASIENTE HULP VERLANG	f	%
Watter dieet moet gevolg word?	96	87,27
Is besoeke aan 'n hospitaal of kliniek nodig?	91	82,73
Watter oefenprogram moet gevolg word?	90	81,82
Moet medikasie gebruik word?	88	80,0
Hoe kan ek keer dat ek sieker word?	82	74,54
Hoe moet ek gevoelens van hartseer hanteer?	79	71,82
Wat is die oorsake van MIV/VIGS?	76	69,09
Kan ek andere infekteer?	74	67,27
Kan ek van VIGS sterf?	74	67,27
Sal ek sieker word?	73	66,36
Moet ek 'n geneesheer besoek?	73	66,36
Moet ek my familie vertel?	70	63,64
Hoe moet ek gevoelens van woede hanteer?	70	63,64

Watter wyses van infektering is daar?	69	62,73
Hoe moet ek gevoelens van angs hanteer?	68	61,82
Hoe moet ek depressie hanteer?	68	61,82
Watter voorsorg moet ek tref as ek seks het?	65	59,09
Moet ek my kinders vertel?	65	59,09
Mag ek weer seks hê?	61	55,45
Moet ek my man/vrou vertel?	50	45,45
Moet ek my vriende vertel?	50	45,45
Moet ek die mense by die werk vertel?	36	32,73
Ander behoeftes	4	3,64

Die behoeftes wat die respondente ervaar het, sal vervolgens breedvoerig bespreek word.

4.3.1 BEHOEFTE AAN KENNIS OOR DIE SIEKTETOESTAND

Bekommernis ontstaan by die navorsing ten opsigte van persone in die gemeenskap se kennis ten opsigte van MIV/VIGS. Hierdie bekommernis word gestaaf in die vooronderzoek wat tot hierdie studie gelei het waarin bevind is dat respondente se kennis oor hoe MIV/VIGS versprei, beperk is (Roux *et al.*, 2001:35). Melkote, Muppidi en Goswami (2000:20) beweer dat hoe meer geletterd 'n persoon is, hoe beter toegang so 'n persoon tot inligting ten opsigte van MIV en die verspreiding daarvan het.

In hierdie navorsing is die vraag aan respondente gestel of hulle weet wat MIV-positief beteken. Agt-en-dertig (34,55%) het bevestigend geantwoord, 18 (16,36%) was onseker en 54 (49,09%) het ontkennend geantwoord. Daar was dus 72 (65,45%) wat onseker was of nie geweet het wat MIV-positief beteken nie. Van die 38 (34,55%) wat wel geweet het wat MIV-positief beteken, het die volgende gegroepeerde antwoorde verstrek.

Tabel 9: Betekenis van MIV-positief

Betekenis	f	%
As 'n persoon nie na hom-/haarself kyk nie, gaan hy/sy VIGS kry	24	20,34
VIGS is 'n kroniese siekte	5	4,24
Dit beteken dat die persoon kan sterf	35	29,66
Dit is 'n seksueel oordraagbare siekte	32	27,12
MIV is 'n virus	22	18,64
N =	118	100

Slegs 22 (18,64%) dui aan dat MIV 'n virus is en 32 (27,12%) het aangedui dat MIV/VIGS 'n seksueel oordraagbare siekte is. Dit dui op 'n beperkte kennis wat die respondente het oor hoe MIV/VIGS versprei kan word. Hierdie beperkte kennis van respondente het verreikende implikasies vir die verspreiding van die virus, nie alleen in die Potchefstroom-gesondheidsdistrik nie, maar ook in ander dele van die land. Die besef dat 'n persoon wel aan MIV/VIGS kan sterf, word by slegs 35 (29,66%) van die respondente aangetref. By 'n groot persentasie van die ondersoekgroep word geen insig aangetref oor hoe ernstig die siektetoestand is en op watter wyse die virus hoofsaaklik versprei word nie. Hierdie inligting staaf die bekommernis van Roux *et al.* (2001:35) dat persone in die gemeenskap en dan ook MIV/VIGS-pasiënte se kennis van die siektetoestand beperk is.

4.3.2 KENNIS OOR OORSAKE VAN SIEKTE

Suksesvolle voorkomingsprogramme waarin kennis van oorsaaklike faktore van MIV/VIGS aan persone oorgedra word, is uiters noodsaaklik. Die vooronderzoek tot hierdie navorsing (Roux *et al.*, 2001:35) asook die inligting verkry van respondente oor wat hulle onder die term MIV-positief verstaan, dui daarop dat persone in die Potchefstroom-gesondheidsdistrik se kennis ten

opsigte van die siektetoestand beperk is. In 'n ondersoek in die Noordwes-provinsie met hoërskoolleerlinge het Strydom (2000:198) bevind dat die leerlinge se omskrywing van MIV/VIGS baie vaag en dus ook beperk is. Die leerlinge se kennis aangaande wie deur die siekte geaffekteer word, was beperk, en heelwat wanopvattinge het bestaan (Strydom, 2000:199).

Op 'n vraag aan die respondente tydens hierdie navorsing volgens Tabel 8 het 76 (69,09%) aangedui dat hulle graag meer van die oorsake van MIV/VIGS wil weet.

Uit hierdie navorsing het dit duidelik geblyk dat MIV/VIGS-pasiënte asook ander persone in die gemeenskap se kennis van die siekte, veral ten opsigte van die oorsake daarvan, baie beperk is. Hulpverleningsprogramme behoort daarvoor voorsiening te maak dat die breë Suid-Afrikaanse publiek, waaronder ook MIV/VIGS-pasiënte, se kennis voldoende is. Voorts moet in ag geneem word dat veral persone in agtergeblewe gemeenskappe en diene uit die lae sosio-ekonomiese groep nie altyd toegang tot alle kommunikasiemedie het nie. Dit lei daartoe dat hulle nie geredelike toegang tot bronne het om hul kennis te vermeerder nie (Laird, 2001:264; Melkote, Muppidi & Goswami, 2000:20-21).

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat die MIV/VIGS-pasiënt beslis 'n behoefte aan uitgebreide kennis van die oorsake van die siekte het. Die oordra van hierdie kennis moet egter op só 'n wyse geskied dat pasiënte dit kan begryp. Indien hierdie kennis deur MIV/VIGS-pasiënte ten volle begryp word, kan dit meehelp dat die verspreiding van die virus deur geïnfecteerde persone tot 'n groot mate bekamp kan word.

4.3.3 KENNIS INSAKE GESONDE LEWENSTYL

In die voorondersoek wat gedoen is (Roux *et al.*, 2001:36), is aan respondente gevra op watter wyse MIV/VIGS-persone se lewensgehalte verbeter kan word. Slegs 15 (3,73%) het aangedui dat dit deur middel van 'n gesonde dieet en oefeninge verbeter kan word. Die besoek aan 'n geneesheer en die

neem van medikasie is deur 143 (35,58%) respondente gesien as 'n wyse waarop 'n MIV/VIGS-pasiënt se lewensgehalte verbeter kan word. Op grond van die bevindings uit die voorondersoek het die vraag ontstaan of persone wat MIV-positief is, wel besef hoe belangrik 'n gesonde lewenstyl is in die behandeling van die siektetoestand. Die vraag is vervolgens aan respondente in die navorsing gestel of daar wel 'n behoefte bestaan aan meer kennis oor hoe om 'n gesonde lewenstyl te verkry. Van die 110 respondente in hierdie navorsing het 96 (87,27%) volgens Tabel 8 'n behoefte ervaar om meer te wete te kom oor watter tipe voedsel hulle moet eet. Daarteenoor het 90 (81,82%) van die respondente 'n behoefte ervaar oor inligting in verband met die tipe oefening wat noodsaaklik is.

Die rol wat 'n gesonde dieet en oefeninge in die behandeling van MIV/VIGS-pasiënte speel, word deurgaans by lede van die professionele span besef (Vaghefi & Castellon-Vogel, 1994:4-7). Dit is egter 'n probleem wanneer hulp deur maatskaplike werkers en voedingkundiges aan MIV/VIGS-pasiënte wat nie oor die nodige lewensmiddele beskik nie, verleen moet word. Hierdie persone beskik nie oor voldoende finansies of infrastruktuur om te verseker dat hulle 'n gesonde dieet volg nie. In sommige van hierdie huishoudings is VIGS as sodanig nie hulle grootste bekommernis nie, maar wel die omstandighede waaronder hulle leef, en die wyse waarop hulle moet oorleef (Mutangadura & Jackson, 1998:4-5).

Ten einde sukses te behaal met 'n program om VIGS te bekamp, sal armoede as maatskaplike vraagstuk ook aandag geniet. Dienslewering word in 'n hoë mate aan bande gelê omdat 'n groot persentasie van die MIV/VIGS-pasiënte wat hulp ontvang, as gevolg van armoede nie voldoende en genoegsame voedsel van die regte aard tot hul beskikking het nie. In 'n poging om die pasiënte aan te moedig om hul eie groente- en vleisprodukte te produseer, word die hulpverleners gekonfronteer met hierdie persone se toeganklikheid tot voldoende grond, grondoppervlakte en water (Kotze *et al.*, 2001:77-78).

4.3.4 KENNIS INSAKE MEDIKASIE EN MEDIESE VERSORGING

Uit die aard van die bepaalde siektetoestand speel mediese versorging 'n belangrike rol in die lewe van die MIV/VIGS-pasiënt. Soos voorheen vermeld, val die MI-virus die immuunstelsel van die pasiënt aan wat tot opportunistiese infeksies lei (Evian, 2000:7-9). As gevolg van hierdie infeksies ervaar die pasiënt verskeie siektetoestande soos koors, diarree, longinfeksies en infeksies van die vel. Hierdie toestande lei daartoe dat pasiënte siek word en mediese versorging benodig. Daar bestaan onkunde by sommige pasiënte oor die siektetoestande wat hulle ondervind. Hulle ervaar 'n behoefte om te weet op watter wyse die siektetoestande behandel moet word, waarheen hulle vir behandeling moet gaan en watter medikasie gebruik moet word. Die besef by pasiënte dat MIV/VIGS nie in hierdie stadium genees kan word nie, veroorsaak baie bekommernisse. Die respondente is gevra of hulle enigsins 'n behoefte ervaar om meer oor mediese aspekte ingelig te word. Op hierdie vraag het 73 (66,36%) volgens Tabel 8 aangedui dat hulle 'n behoefte ervaar om te weet wanneer hulle 'n geneesheer moet gaan besoek, 88 (80,0%) wou meer oor die gebruik van medikasie weet, 91 (82,73%) wou meer weet op watter wyse en wanneer hulle die hospitaal en kliniek moet besoek, en 82 (74,55%) het 'n behoefte ervaar aan inligting ter voorkoming dat hul sieker word.

Uit die voorafgaande inligting is dit duidelik dat 'n groot persentasie respondente verskeie behoeftes aan meer kennis ten opsigte van die mediese aspekte van die siektetoestand ervaar. Alhoewel heelwat ten opsigte van die mediese versorging vir MIV/VIGS-pasiënte in Suid-Afrika gedoen word, is daar steeds heelwat leemtes ten opsigte van die mediese versorging van pasiënte. Uit die MIV/VIGS-strategiese plan vir Suid-Afrika vir 2000 – 2005 (Anon, 2000:12-21) is dit duidelik dat doeltreffende voorligting, maar veral ook versorging van MIV/VIGS-pasiënte, in die vooruitsig gestel word. Hierdie versorging sluit veral ook mediese sorg in.

Die toename van VIGS-gevalle in Suid-Afrika maak dit onmoontlik vir hospitale om pasiënte daar te versorg. Die mediese versorging word al meer afgewentel na klinieke en tuisversorging. Hierdie toedrag van sake plaas 'n

groot verantwoordelikheid op gemeenskappe en gesondheidsorgorganisasies (Unaid, 2000:121). Dit veroorsaak ook onsekerheid by pasiënte en gesinne. Om die onsekerheid uit die weg te ruim, moet voldoende inligting ten opsigte van MIV/VIGS aan pasiënte en gesinne deurgegee word. Ondersteuning sal aan tuisversorgers verskaf moet word, soos finansiële ondersteuning, opleiding in tuisverpleging en die wyse om van bestaande dienste in die gemeenskap gebruik te maak. Ondersteuningsgroepe kan 'n positiewe bydrae lewer om tuisversorgers nie alleen te bemagtig met voldoende kennis nie, maar ook die nodige steun te bied (Department of Welfare, 1997:66; Hayes *et al.*, 1998:44-46).

4.3.5 KENNIS INSAKE DIE VERSPREIDING VAN DIE SIEKTE

In die voorkoming van MIV/VIGS is dit noodsaaklik dat alle ouderdomsgroepe in die gemeenskap met die nodige inligting en kennis toegerus moet word, om die verspreiding van MIV/VIGS te bekamp. Tot tyd en wyl 'n geskikte geneesmiddel ontwikkel word, is die opvoeding van persone en die verspreiding van kennis een van die beste wyses om te verhoed dat die siekte toeneem (Shell & Zeitlin, 2000:140). In Afrika, en daarom ook in Suid-Afrika, is daar baie gedoen om inligting oor MIV/VIGS te versprei. Nieteenstaande al hierdie pogings is die infekteringsyfer baie hoog en kom onkunde by kinders, jeugdige en volwassenes steeds voor. Shell en Zeitlin (2000:144), Strydom (2000:205) en Pienaar (2001:2) het in onlangse studies bevind dat daar 'n definitiewe behoefte aan die verspreiding van meer kennis ten opsigte van MIV/VIGS by die jeug is.

Shell en Zeitlin (2000:144) beweer die volgende: "... the education systems of Africa are not providing effective reproductive health counselling for learners. Even the Ugandan system had flaws." Ook Strydom (2000:195-207) het in 'n ondersoek in die Noordwesprovinsie by hoërskoolleerlinge gevind dat die leerlinge se kennis aangaande MIV/VIGS baie vaag en dus ook beperk is.

In die navorsing wat Strydom (2000:195-207) in die Noordwesprovinsie by

hoërskoolleerlinge gedoen het oor hul kennis van MIV/VIGS, kom hy tot die onderstaande gevolgtrekkings:

- "* Respondents could not discriminate between HIV and AIDS and saw the terms as synonymous.
- * The viewpoints were fragmented and nobody could really give an integrated definition on the term HIV/AIDS.
- * A number of misconceptions regarding the people who are affected by HIV/AIDS were also evident.
- * A large number of respondents do not understand the illness and are therefore not worried about it.
- * A definite need exists for more and better training for high school pupils regarding the illness. A number of practical ways in which training can be done, were also suggested."

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat die kennis wat leerlinge het oor die betekenis van MIV/VIGS en die gevolge daarvan, beperk is. Hierdie gegewens sluit aan by 'n studie wat in September 2000 volgens Pienaar (2001:2) met 2000 kinders tussen die ouderdomme 12 – 17 jaar gedoen is, en waarvan 9% van die respondente nog nooit van MIV/VIGS gehoor het nie. As in aanmerking geneem word dat 40% van die Suid-Afrikaanse bevolking onder die ouderdom van 15 jaar is, kan die helfte van hierdie getal jeugdiges binne die volgende 5 tot 10 jaar aan VIGS sterf as die huidige tempo van MIV-besmetting in ag geneem word (Pienaar, 2001:2).

Op 'n vraag aan respondente in die onderhawige navorsing of hulle 'n behoefte het aan meer kennis oor die wyses waarop infektering met die virus kan plaasvind, het 69 (62,73%) volgens Tabel 8 aangetoon dat hulle wel 'n behoefte in hierdie verband het. Ten opsigte van aspekte soos wat MIV/VIGS veroorsaak, het 76 (69,09%) aangedui dat hulle 'n behoefte aan meer inligting hieroor het. Vier-en-sewentig (67,27%) van die respondente het aangedui dat hulle 'n behoefte het aan meer inligting oor die vraag of hulle ander met

die virus kan infekteer. Uit hierdie bevinding deur die navorsing is dit duidelik dat selfs MIV/VIGS-pasiënte se kennis oor hoe die siekte versprei word, beperk is. Dit is 'n situasie hierdie wat beslis tydens hulpverlening aangeraak sal moet word.

4.3.6 KENNIS INSAKE DIE VERLOOP VAN DIE SIEKTE

'n Pasiënt wat MIV-positief bevind is, word dikwels die eerste keer met die impak van die siektetoestand gekonfronteer. Vir die eerste keer begin hierdie persoon dink en wonder wat dit beteken om MIV-positief te wees en wat dit beteken om VIGS te hê. In die nátoetsberaadfase word die implikasies van die siektetoestand met die pasiënt gewoonlik deur 'n verpleegkundige of maatskaplike werker bespreek (Fouché & De Vos, 1995:298-301). Daar bestaan egter gevalle waar die nátoetsberaad nie na behore verloop nie. Dit gebeur ook dat, as gevolg van skok, die pasiënt nie altyd alles wat bespreek word, inneem nie. Indien die pasiënt nie verdere kennis en inligting oor die siektetoestand bekom nie, kan dit gebeur dat die pasiënt se kennis van die wyse waarop die siekte in verskillende fases verloop, beperk is. Kommunikasie met die pasiënt is volgens Anderson (2000:35) baie belangrik. By pasiënte wat nie geletterd is nie, kan baie van die inligting wat deurgegee word, verlore raak. Indien die kommunikasie met die pasiënt nie omvattend en duidelik is nie, kan dit daartoe lei dat pasiënte nie bewus is van die verskillende simptome wat kenmerkend van die siekte is nie.

Die oordra van kennis moet toeganklik en geskik vir die hoorder wees. Daar moet tot die pasiënt se vlak van kommunikasie toegetree word sodat die pasiënt alles wat gesê word, sal verstaan. Verskeie hulpmiddels soos plakkate, pamflette en video's kan gebruik word in die oordra van hierdie inligting.

In hierdie navorsing het 73 (66,36%) van die respondente volgens Tabel 8 'n behoefte gehad om te weet of hulle sieker sal word en hoe die siektetoestand gaan verloop. Vier-en-sewentig (67,27%) van die respondente wou weet of hulle van MIV/VIGS sal sterf. Dit dui daarop dat die respondente se kennis

oor die siektetoestand en veral die verloop van hierdie toestand beperk is. Hulle het beslis 'n behoefte om meer oor die verloop van die siektetoestand te weet.

4.3.7 KENNIS INSAKE DIE SEKSUELE AANGELEENTHEDE

In beide die voorondersoek asook tydens die onderhawige navorsing het die respondente MIV/VIGS meestal gesien as 'n siekte wat deur middel van geslagsomgang versprei word (Roux *et al.*, 2001:35). Dit wil ook voorkom of die gebruik van die kondoom as voorsorgmaatreël deur die meerderheid respondente besef word.

In 'n vraag aan die respondente om hul behoefte insake meer kennis oor die seksuele aspekte van die siektetoestand te bepaal, het 61 (55,46%) volgens Tabel 8 aangedui dat hulle meer inligting benodig oor die vraag of geslagsomgang ná infektering toelaatbaar is of nie. Vyf-en-sestig (59,09%) het die behoefte uitgespreek dat hulle 'n behoefte ervaar ten opsigte van die voorsorgmaatreëls wat hulle moet tref as hulle geslagsomgang sou hê. In vergelyking met die ander behoeftes uitgespreek deur die respondente, het die behoefte oor seksuele aspekte van die laagste frekwensies getoon. Uit die behoeftes wat deur die groeplede aangedui is, was dit duidelik dat hulle kennis veral ten opsigte van die effektiewe gebruik van die kondoom, beperk was.

Die boodskap van *veilige seks* word wêreldwyd oor 'n wye front in die samelewing verkondig. Nogtans neem MIV-positiewe pasiënte daagliks toe. Hierdie toedrag van sake laat die vraag ontstaan hoe effektief die boodskap wat gekommunikeer word oor veilige seks, werklik is. Bekommernis ontstaan oor die impak wat kommunikasie het op die verspreiding van inligting, maar ook op die verandering van persone se gedrag ten opsigte van die verspreiding van MIV/VIGS (Pienaar, 2001:1). Volgens Airhihenbuwa, Makinwa en Obregon (2000:109) lê die oplossing in sogenaamde maatskaplike vaksines. Maatskaplike vaksines sluit volgens hulle die volgende in: "... promoting continuation of mass education on HIV/AIDS prevention, 100%

condom policy, non discrimination against persons living with HIV/AIDS and a protective environment for disclosure" (Airhihenbuwa *et al.*, 2000:109).

Armoede is een van die oorsaaklike faktore wat vroue tot prostitusie aanspoor. Vroue is afhanklik van mans vir kos, klere en huurgeld (Laird, 2001:261-262). In 'n onlangse ondersoek ten opsigte van 2000 kinders tussen 12 en 17 het byna een uit elke vier seksueel aktiewe meisies volgens Pienaar (2001:2) beweer hulle is gedwing om seks te hê al wou hulle nie. Die gebruik van kondome is deur sommige gesien as 'n belediging en 'n teken van wantroue teenoor jou vriend of vriendin.

Die impak wat armoede op volwassenes en veral ook jeugdiges het, is groot. Armoede lei tot 'n gevoel van hopeloosheid by jeugdiges, en hulle konsentreer eerder op die bevrediging van hulle basiese behoeftes soos kos en klere. Volgens Mutangadura en Jackson (1998:4) het die uitgebreide kennis wat hierdie jeugdiges oor MIV/VIGS opdoen, 'n geringe invloed op die verandering van gedrag. In Malawi het twaalfjarige meisies selfs seks gehad in ruil vir 'n Coca-Cola-drinkie (Mutangadura & Jackson, 1998:4). Hierdie gevoel van magteloos- en moedeloosheid as gevolg van armoedige omstandighede waarin hulle leef, het tot gevolg dat hulle soms onverskillig staan teenoor veilige seks. Mutangadura en Jackson (1998:4) beweer die volgende in hierdie verband: "Young people can be presumed to be less likely to practise abstinence or safer sex if they truly believe that they will be dying within the next few years regardless of what they do."

Om 'n verandering teweeg te bring sal die staat, gemeenskap en werkgewers in die toekoms kragte moet saamspan om die probleem van armoede te verlig. Armoede is, soos reeds aangedui, een van die vernaamste oorsake van die verspreiding van MIV/VIGS (Aranda-Naranyo & Davis, 2000:270; Evian, 2000:21; Kotze *et al.*, 2001:73; Theron, 2001:viii; Valdiserri, 1989:280-281).

Die verspreiding van MIV/VIGS word ook geraak deur kultuurgroepe se sienings aangaande veilige seks. Volgens Edelston (1988:179) is wit persone in Suid-Afrika kondoombewus en tref hulle sedert 1987 al die nodige voorsorgmaatreëls. Swart persone in Suid-Afrika volg volgens Edelston

(1988:179) nog 'n "African pattern". Die stedelike swart persoon is al meer bewus van die gebruik van 'n kondoom in gesinsbeplanning. Edelston (1988:179) verwys voorts na Makhobo, 'n maatskaplike werker, se mening wat die probleem grootliks sien as swart mense se beskouing ten opsigte van die volgende: "... unchanged attitudes to polygamy, concubinage and male prowess ... sexual promiscuity and teenage pregnancy enjoying social approval and not easily discouraged ... contraception seen as white conspiracy ...".

Suksesvolle bekamping van MIV/VIGS is alleen moontlik indien persone se siening, houding en ingesteldheid teenoor seksuele verkeer verander. Die probleem van armoede sal ook aangepak moet word asook die wyse hoe effektief kommunikasie oor MIV/VIGS-verwante aspekte na die gemeenskap geskied.

4.3.8 EMOSIONELE BEHOEFTES

Dit is die taak van die multiprofessionele span om die MIV/VIGS-pasiënt, sy gesin en familie te help, nie net met hul voorbereiding op die afsterwe van die pasiënt nie, maar volgens Seibert en Olson (1989:85) met bekommernisse en angs wat hulle mag ervaar.

Op 'n vraag aan die respondente of iemand hulle met die emosionele gevoelens wat hulle nadat hulle meegedeel is dat hulle MIV-positief is, gehelp het, het 77 (70%) bevestigend en 33 (30%) ontkennend geantwoord. Die vraag het ontstaan of daar wel nog pasiënte is wat nie die nodige steun kry nadat hulle met MIV/VIGS gediagnoseer is nie.

Die gevoelens wat deur die respondente in die navorsing ervaar is nadat hulle meegedeel is dat hulle MIV-positief is, word in Tabel 10 weergegee:

Tabel 10: Gevoelens van respondente

Gevoelens	f	%
Het 'n gevoel van hartseer ervaar	76	21,65
Is bang	63	17,95
Kon dit nie glo nie	52	14,81
Was verward	42	11,97
Dit is nie die waarheid nie	38	10,83
Is kwaad	29	8,26
Het skuldgevoelens	26	7,41
Het 'n gevoel van verligting ervaar	16	4,56
Ander	9	2,56
N =	351	100

Die vraag aan die ondersoekgroep van 110 pasiënte het in totaal 351 response opgelewer.

Uit hierdie navorsing was dit duidelik dat 76 (21,65%) respondente meestal 'n gevoel van hartseer ervaar het. 'n Tweede sterk emosie was vrees by 63 (17,95%) respondente, gevolg deur gevoelens van ongeloof by 52 (14,81%) respondente, verwardheid by 42 (11,97%) en woede by 29 (8,26%). Skuldgevoelens en 'n gevoel van verligting was van die gevoelens wat die minste deur respondente ervaar is.

Ander gevoelens wat ervaar is, was die volgende:

- * Twee pasiënte het geen gevoel ervaar nie.
- * Een pasiënt het selfmoord oorweeg.
- * Vyf pasiënte het die uitslag gelate aanvaar.

* Een pasiënt het die uitslag verwag.

Dit is duidelik uit Tabel 10 dat persone wat as MIV-positief gediagnoseer word, sterk emosionele belewings in verband met die diagnose het. Hierdie gegewens sluit by bevindings van outeurs soos Corey en Corey (1997:370-371) en Fouché en De Vos (1995:294) aan dat pasiënte verskillende emosies beleef nadat MIV/VIGS by hulle gediagnoseer is.

4.3.9 BEHOEFTE OOR DIE HANTERING VAN GEVOELENS

MIV/VIGS-pasiënte ervaar verskeie gevoelens wat wissel van angs, hartseer, woede tot depressie volgens Tabel 10. Hierdie gevoelens kan lei tot psigiatriese siektetoestande wat in sommige gevalle behandeling verg (Kobayashi, 2000:295-297). Verskeie gevoelens of emosies kan ervaar word, maar vir die doel van dié navorsing word slegs gefokus op angs, hartseer, woede en depressie omdat dit die gevoelens is wat respondente in Tabel 8 uitgelik het as behoeftes in verband waarmee hulle hulp wil ontvang.

4.3.9.1 ANGS

Alle mense ervaar soms angs. Wanneer kroniese of angsneurose egter voorkom, moet dit hanteer en behandel word (Schafer, 1996:118-119). Volgens Corey en Corey (1997:371) ervaar baie MIV/VIGS-pasiënte angs oor die prognose van hul siektetoestand. Fouché en De Vos (1995:299) het ook gevind dat in die nátoetsfase angs of vrees een van die emosionele reaksies is wat by die MIV-positiewe pasiënt hanteer moet word. In die navorsing het 68 (61,82%) van die respondente volgens Tabel 8 dan ook aangedui dat angs 'n behoefte is in verband waarmee hulle hulp verlang. In die hulpverlening aan hierdie pasiënte is dit belangrik dat maatskaplike werkers of sielkundiges pasiënte vaardighede sal aanleer hoe om die angs te hanteer (Pomeroy, Kiam & Green, 2000:160-161). In die beplanning van 'n hulpverleningsprogram en veral ook in 'n groepwerkhuipverleningsprogram is dit 'n aspek wat aangepak moet word indien dit 'n behoefte by groeplede is. Verskeie lewensvaardighedsprogramme kan in hierdie verband vir pasiënte aangeleer

word. As dit egter kroniese angs of angsneurose is, moet hulle vir verdere behandeling na 'n sielkundige of psigiater verwys word (Schafer, 1996:119).

4.3.9.2 HARTSEER

Schafer (1996:122) sien hartseer as "... the dreary, dark feeling associated with a real, imagined, or anticipated loss". Fisiese gevolge van hartseer kan hulle volgens Schafer (1996:122) manifesteer in borspyn, lusteloosheid, verlies aan eetlus, gevoel van onttrekking en ook soms 'n verlies aan konsentrasie.

Soos reeds aangedui in Tabel 10, het 76 (21,65%) van die respondente, nadat hulle gehoor het hulle is MIV-positief, 'n gevoel van hartseer ervaar. Op 'n vraag watter behoeftes hulle ervaar waarmee hulle gehelp moet word, het 79 (71,82%) in Tabel 8 aangedui die gevoel van hartseer wat hulle ervaar. Hierdie gevoel kan verskeie oorsake hê, soos onder andere omdat hulle skuldgevoelens en selfverwyf het oor gedrag wat aanleiding tot MIV/VIGS gegee het, omdat hulle besef hulle lewensverwagting is nie lank nie, omdat hulle besef hulle moet 'n man of vrou, kinders en familie agtergelaat of omdat hulle moontlik die oorsaak van die infektering van 'n kind of geliefde kan wees. Hulpverleners moet besef dat die pasiënt hierdie emosies kan ervaar, en hulle sal die pasiënt met die hantering daarvan moet help. (Aranda-Naranjo & Davis, 2000:273).

4.3.9.3 WOEDE

Die term woede word soos volg deur die Verklarende Woordeboek (HAT, 1992:1366) verwoord: "Sterk gevoel by 'n mens gewek wanneer jy beledig of veronreg is of wanneer jy wreedheid of onreg sien plaasvind". Schafer (1996:121) beskryf woede by 'n persoon soos volg: "The angered individual is intent on placing blame and leveling punishment for some misgiving. The angry self-dialogue often includes statements such as: 'You should not have done that to me', 'It is your fault, and you should be punished'." Wanneer woede nie hanteer word nie, kan dit lei tot fisiese probleme soos hoë bloeddruk. Schafer (1996:122) wys daarop dat in die hantering van woede

die individu gehelp moet word om

- woede te voorkom,
- te keer dat dit toeneem, en
- te hanteer as dit wel bestaan.

Wat insiggewend is, is dat slegs 29 (26,36%) van die respondente volgens Tabel 10 'n gevoel van woede ervaar het nadat hulle as MIV-positief gediagnoseer is. Hierteenoor het 70 (63,64%) volgens Tabel 8 aangedui dat 'n behoefte in verband waarmee hulle hulp wil hê, die gevoel van woede is wat hulle ervaar. Die rede vir hierdie oënskynlike teenstrydigheid kan aan verskeie redes toegeskryf word. Een moontlikheid is dat pasiënte ná 'n tydsverloop eers beseft wat die implikasies en gevolge van die siekte op hul lewens is. Aranda-Naranjo en Davis (2000:273) wys ook daarop dat baie vroue woede teenoor die man wat hulle geïnfecteer het, ervaar. Tydens die navorsing is 'n tendens waargeneem dat vrouens, nadat hulle as MIV-positief gediagnoseer is, deur hulle eggenotes of mans/vriende verlaat is. Hulle word magteloos gelaat deurdat die versorging van hulleself en hul kinders alleen deur hulle hanteer moet word. Hierdie magteloosheid laat by baie vroue 'n gevoel van woede of aggressie.

4.3.9.4 DEPRESSIE

Depressie is volgens Schafer (1996:120) "... a common and expected reaction to events that temporarily seem overwhelming or negative in other ways". Wanneer depressie lang tydperke voortduur, moet die pasiënt aandag daaraan gee en moet die depressiewe toestand die nodige behandeling ontvang. Kobayashi (2000:298) wys op die volgende tekens van depressie by die pasiënt:

- Veranderinge in die slaappatroon – pasiënte word gewoonlik vanaf 02h00 tot 04h00 wakker;
- verlies aan eetlus en die geniet van voedsel;

- hardlywigheid mag voorkom; en
- aandag- en konsentrasieversteurings.

Volgens Tabel 8 het 68 (61,82%) van die respondente aangedui dat hulle graag hulp wil verkry met die hantering van depressie. Fouché en De Vos (1995:301-302) wys daarop dat depressie een van die siektetoestande is wat hanteer moet word as die persoon vir hulpverlening ná die ná-toetsfase aanmeld. Sake wat veral aandag moet geniet, is die volgende:

- Akkurate inligting, soos die verloop van die siektetoestand met betrekking tot die infeksie.
- Deeglike assessering van risikogedrag soos onveilige seks.
- Inligting met betrekking tot die voorkoming van infektering van naasbestaandes.
- Steunstelsels waarvan gebruik gemaak kan word.
- Skuldgevoelens oor wat ervaar word deurdat die pasiënt byvoorbeeld haar kind geïnfekteer het (Fouché & De Vos, 1995:301-302).

Aandag moet deur hulpverleners soos maatskaplike werkers en sielkundiges geskenk word aan tekens wat persone toon ten opsigte van selfmoordneigings. Kobayashi (2000:301) wys daarop dat vroue meer geneig is tot selfmoordpogings, terwyl mans meer geneig is om die selfmoord uit te voer en te voltooi. Alhoewel slegs een (0,91%) respondent volgens Tabel 10 in die navorsing aangedui het dat hy/sy selfmoord oorweeg, is dit 'n saak wat by MIV/VIGS-pasiënte wat tekens van depressie ervaar, nie geïgnoreer mag word nie.

4.3.10 BEHOEFTE OM ANDER OOR SIEKTETOESTAND IN TE LIG

In die navorsing is aan die respondente gevra of hulle 'n behoefte ervaar om andere ten opsigte van hul siektetoestand in te lig en wie hulle wil inlig.

Uit die resultate verkry van die navorsing in Tabel 8 het 70 (63,64%) respondente die behoefte ervaar om hulle familie oor hul siektetoestand in te lig. Vyf-en-sestig (59,09%) respondente wou hul kinders inlig. Vyftig (45,45%) respondente wou hulle eggenoot of eggenotes inlig en 50 (45,45%) hul vriende. Die persone ten opsigte van wie hulle die minste 'n behoefte ervaar het om oor hul siektetoestand in te lig, is hul kollegas, naamlik 36 (32,73%) respondente.

Die respondente het meestal die behoefte ervaar om hulle familie en kinders oor hul siektetoestand mee te deel. Dit is die familieledede van MIV/VIGS-pasiënte wat die pasiënt moet bystaan ten tye van die siektetoestand. Hierdie situasie dui op die noodsaaklikheid om aan die familie ondersteuning te bied, aangesien hulle, net soos die pasiënt, ook spanning ervaar (Hayes *et al.*, 1998:35).

Alhoewel verwag word dat MIV/VIGS-pasiënte ook hul eggenote of eggenotes wil meedeel dat hulle MIV-positief is, het hierdie navorsing getoon dat slegs 50 (45,45%) van die respondente hulle eggenote(s) en 50 (45,45%) respondente hul vriende oor hul siektetoestand wou inlig. Die rede vir hierdie toedrag van sake is geleë in die pasiënt se vrees vir verwerping. Deur die navorsing is bevind dat vroue wat MIV/VIGS het, dikwels deur hul mans verlaat word nadat hulle hul mans oor hul siektetoestand ingelig het. Hierdie toedrag van sake word veral in die lae-inkomstegroep aangetref. Marcenko en Samost (1999:44) het ook in hul ervaring met MIV-positiewe moeders tot hierdie gevolgtrekking gekom. Diskriminasie en verwerping deur eggenote of eggenotes, vriende en soms ook familieledede, is probleme waarmee MIV/VIGS-pasiënte dikwels te make het. In die navorsing wat deur Kotze *et al.* (2001:81) gedoen is, is die impak van diskriminasie en selfs verwerping aangetoon. Uit vrees vir verwerping swyg van die pasiënte oor hul MIV/VIGS-status. Sommige stel dit onomwonde dat hulle mans/ vrouens onbewus is van hul siektetoestand uit vrees dat die verhouding beëindig sal word (Kotze *et al.* 2001:81). Om verwerping te voorkom, is dit uiters noodsaaklik dat aandag tydens hulpverlening geskenk sal word aan die wyses waarop

pasiënte hul eggenote en eggenotes, kinders en ander familieleden asook vriende oor hul siektetoestand inlig. Dit is veral hierdie mense wat aan hulle die nodige ondersteuning moet verskaf.

Volgens Tabel 8 het dit geblyk dat slegs 36 (32,73%) van die respondente 'n behoefte gehad het om hul kollegas en werkgewers ten opsigte van hul siektetoestand in te lig. Omrede persone met MIV/VIGS bang is vir verwerping, stigmatisering en diskriminasie, ervaar hulle nie 'n sterk behoefte om hul werkgewers en kollegas oor hul siektetoestand in te lig nie. Van die respondente in die navorsing het aangedui dat hulle bang is dat hulle hul werk sou verloor indien hulle die werkgewers sou inlig dat hulle MIV-positief is.

4.3.11 BEHOEFTE VAN PASIËNTE AAN STEUNSTELSLS

Die waarde wat steunstelsels vir 'n persoon het wat siek is, kan nooit genoeg beklemtoon word nie (Germain, 1984:146-152; Kurtz, 1997:60). Vir die MIV/VIGS-pasiënt het die steun wat hy/sy van verskeie persone of instansies direk of indirek geniet, baie waarde. Op 'n vraag aan pasiënte of hulle 'n behoefte het dat andere hulle moet ondersteun, het 102 (92,73%) bevestigend geantwoord en agt (7,27%) ontkennend. Hierdie respons is 'n duidelike bewys dat die pasiënt 'n besliste behoefte aan ondersteuning ervaar. 'n Vraag is aan die respondente gestel of daar by die huis mense is wat hulle kan help. Die response op hierdie vraag dui daarop dat 47 (42,73%) respondente wel persone tuis het wat hulle kan ondersteun, 61 (55,45%) het nie persone tuis gehad wat hulle kan help of ondersteun nie, en twee (1,82%) was onseker of daar iemand is wat hulle kan help. Van die respondente wat nie iemand gehad het om hulle te help nie, was meestal persone wie se gesinne, familie en vriende nie geweet het dat hulle MIV-positief is nie.

Op 'n vraag oor wie hulle wil hê hulle tuis moet help, was die response soos volg:

Tabel 11: Respondente se behoefte aan die aard van 'n steunstelsel

Aard van steunstelsel	f	%
Eggenoot/eggenote	15	13,64
Kinders	8	7,27
Broer/suster	36	32,73
Vader/moeder	27	24,55
Oom/tante	16	14,55
Vriende	6	5,45
Ander	2	1,81
	N = 110	100

Uit hierdie tabel is dit duidelik dat die grootste aantal respondente, naamlik 36 (32,73%), 'n broer of 'n suster as steun verkies, gevolg deur 'n vader of 'n moeder 27 (24,55%). Slegs 15 (13,64%) respondente het 'n behoefte aan hul eggenoot of eggenotes en 16 (14,55%) aan vriende as steun gehad. Hierdie reaksie kan weer eens toegeskryf word aan 'n vrees vir verwerping. Agt (7,27%) het 'n behoefte aan hul kinders as steun gehad. Omdat die grootste persentasie respondente volgens Grafiese Voorstelling 7 jonger as 35 jaar is, is baie van die respondente se kinders nog babas, kleuters of in die middelkinderjare. Hierdie kinders is dus nie in staat om as steun te dien nie, en ouers is bang om onnodige spanning/druk op sulke jong kinders te plaas. Marcenko en Samost (1999:37) beweer die volgende in hierdie verband: "Mothers had many conflicted thoughts about it, when and how to tell their children". Van die moeders wat wel hul kinders ingelig het, het verklaar dat hulle kinders se reaksies van angs, aggressie en afsydigheid teenoor hul moeders getuig. Sommige dogters van die MIV-positiewe moeders het begin om hulle moeders te versorg en met die moeder te praat oor hul angs om hul ma te verloor (Marcenko & Samost, 1999:39).

Die inligting wat uit hierdie navorsing bekom is, dui daarop dat daar in die

groepwerkbehandelingsprogram aandag geskenk moet word aan die rol van die familie as steunstelsel.

4.3.12 BEHOEFTE VAN PASIËNTE AAN MULTIDISSIPLINÊRE DIENSLEWERING

Die problematiek rakende MIV/VIGS is nie bloot 'n mediese probleem nie. Dit raak alle sektore van die samelewing. Van Niekerk (1991:17-18) wys daarop dat die probleem van MIV/VIGS alleen suksesvol hanteer kan word deur middel van 'n multidissiplinêre spanbenadering. Maatskaplike werkers werk dikwels in spanverband met ander professies saam, en alhoewel hierdie benadering soms met probleme gepaard gaan, help spanwerk om die beplanning van dienslewering asook die aanbieding daarvan aan die kliënt te verbeter (Du Bois & Miley, 1999:80; Russel, 1990:67).

Ten opsigte van dienslewering aan die MIV/VIGS-pasiënt is daar verskeie lede van die multidissiplinêre span wat 'n rol ten opsigte van dienslewering kan vervul. Die geneesheer en verpleegkundige in hospitale en klinieke is die spanlede wat meestal die eerste keer met die pasiënt te make het. Hulle is die persone wat die bloedtoets doen en ook die uitslag daarvan aan die pasiënt bekend maak. In hospitale en klinieke waar daar oor die dienste van 'n maatskaplike werker beskik word, is dit normaalweg laasgenoemde wat in spanverband met die voor- en nátoetsberaad te make het. Die ander lede van die span is die predikant of pastorale berader en in sommige gevalle ook die sielkundige.

Tydens die navorsing is daar aan die pasiënte gevra wie hulle meegedeel het dat hulle MIV-positief is. Hierdie response word in Tabel 12 weergegee.

Tabel 12: Meedeling van MIV-status

Deur wie meegedeel	f	%
Verpleegkundige	77	70,0
Geneesheer	24	21,82
Maatskaplike werker	7	6,36
Ander	2	1,82
N =	110	100

Uit hierdie gegewens is dit duidelik dat in 77 (70,0%) gevalle dit die verpleegkundige was wat hulle meegedeel het. Omdat 'n groot persentasie van die respondente by klinieke vir mediese sorg ingeskakel is, was dit meestal die verpleegkundige wat hulle meegedeel het dat hulle MIV-positief is. Die geneesheer het 24 (21,82%) respondente meegedeel, en die maatskaplike werker het sewe (6,36%) respondente meegedeel dat hulle MIV-positief is. In twee (1,82%) gevalle het 'n hulpwerker in die hospitaal pasiënte meegedeel van hul MIV-positiewe status.

In geen geval het die sielkundige, predikant of tradisionele geneser 'n rol gespeel nie.

Die lede van die multidissiplinêre span speel 'n vername rol in die hantering van emosies wat pasiënte ervaar voor die bloedtoets en nadat hulle gehoor het dat hulle MIV-positief is. Dit is lede van die multidissiplinêre span wat nie alleen kennis aangaande die siektetoestand aan die pasiënt moet oordra nie, maar ook wat die nodige ondersteuning moet bied. Volgens Evian (2000:51-52) moet daar voor die bloedtoets deur middel van berading aandag gegee word aan onder andere die volgende sake:

- Die rede hoekom die toets gedoen moet word.
- Die aard van die toets.

- Die betekenis van 'n MIV-positiewe en negatiewe uitslag.
- Die hantering van psigo-sosiale implikasies van die uitslag.
- Die beklemtoning van vertroulikheid ten opsigte van die toets en uitslag.
- Die belangrikheid van ondersteuning deur die gesin, geliefdes en vriende.
- Die hantering van gevoelens van die pasiënt indien die uitslag positief is.
- Vir wie die pasiënt gaan meedeel indien die uitslag wel positief is.
- Beskik die pasiënt oor kennis van hoe die virus versprei word en voorkomingsmaatreëls dat mense geïnfekteer word.

Die pasiënt moet beseft dat slegs hy/sy kan besluit of die toets gedoen moet word al dan nie.

Berading deur onder andere die maatskaplike werker, sielkundige of verpleegkundige nadat die bloedtoets gedoen is, moet volgens Evian (2000:53) so gou as moontlik plaasvind. Die berading moet in privaatheid en op 'n vertroulike wyse geskied. Die pasiënt se angs en bekommernis oor die uitslag moet begryp en hanteer word. Ongeag of die uitslag positief of negatief is, moet daar seker gemaak word dat die pasiënt wel verstaan wat die uitslag beteken. Die pasiënt moet die geleentheid gebied word om na te dink oor die uitslag en moet die versekering hê dat hy of sy kan terugkom indien daar enige onduidelikhede bestaan.

Indien die bloedtoets positief is, moet die pasiënt se gevoelens van angs, skuld, aggressie, depressie en verwyf hanteer word (Evian, 2000:267).

Op 'n vraag aan die respondente of daar lede van die span was wat hulle gevoelens hanteer het, het 77 (70,0%) respondente aangedui dat daar wel lede van die multidissiplinêre span was wat hulle gevoelens hanteer het nadat

hulle gehoor het dat hulle MIV-positief is. Drie-en-dertig (30,0%) van die respondente het geen ondersteuning gekry in die hantering van hulle gevoelens nie.

Persone wat hulle wel gehelp het om hul gevoelens te hanteer, word in Tabel 13 weergegee.

Tabel 13: Persone betrokke by hantering van gevoelens

Hantering van gevoelens	f	%
Verpleegkundige	47	50,54
Geneesheer	11	11,82
Maatskaplike werker	9	9,68
Predikant	3	3,23
Sielkundige	2	2,15
Tradisionele geneser	1	1,08
Ander	20	21,50
N =	93	100

Uit bogenoemde gegewens is dit duidelik dat die verpleegkundige in 47 (50,54%) gevalle hoofsaaklik die nátoetsberading behartig het. In 11 (11,82%) gevalle het die geneesheer die nátoetsberading gedoen, in 9 gevalle (9,68%) die maatskaplike werker, in 2 gevalle (2,15%) die sielkundige, in 3 (3,23%) gevalle die predikant en in 20 (21,50%) gevalle ander persone wat deur die respondente as hulpwerkers ("care workers") aangedui is. Dit is sorgwekkend dat maatskaplike werkers, predikante en sielkundiges by die nátoetsberading in vergelyking met ander lede van die professionele span 'n geringe rol speel. Indien die pasiënt met die hantering van sy emosies gehelp moet word, sal ander lede van die multidissiplinêre span as net die geneeskundige span betrokke moet raak. Alhoewel daar slegs in die hospitale al die lede van die multidissiplinêre span verteenwoordig word, word

baie pasiënte by klinieke as MIV-positief gediagnoseer. Verpleegpersoneel by klinieke het nie as gevolg van 'n hoë werklading altyd die tyd om intensief aandag aan berading te gee nie. Om hierdie rede is dit nodig dat die maatskaplike werkers hulle dienste meer tot die beskikking van die span moet stel.

Tydens die nátoetsberading moet daar volgens Evian (2000:53-54) aan die volgende aspekte aandag geskenk word:

- Die pasiënt moet tyd gegun word om oor die gevoelens wat hy/sy ervaar, te praat. Gevoelens wat ervaar word, is onder andere angs, skuld, hartseer, vrees, verwarring, ongeloof en aggressie soos in Tabel 10 aangetoon. Begrip dat die pasiënt gevoelens soos hierdie ervaar, moet getoon word. Die volgende dien as riglyne:
- Dit moet duidelik aan die pasiënt gestel word dat hy/sy op die steun van die berader kan staatmaak.
- Die pasiënt moet nie oorlaai word met detailinligting in hierdie stadium nie. Die pasiënt moet beseft dat daar baie dienste is waarvan die pasiënt gebruik kan maak om nogtans 'n kwaliteitlewe te lei.
- Die pasiënt moet die noodsaaklikheid beseft van veilige seks en die verantwoordelikheid om nie andere te infekteer nie.
- Die pasiënt moet met die realiteit gekonfronteer word dat dit vir sy/haar geliefde/naasbestaandes 'n skok sal wees om te hoor dat die pasiënt MIV-positief is.
- Die pasiënt moet oortuig word om vir iemand wat hy of sy in sy vertrouwe kan neem, van die siektetoestand te vertel.

Berading van die pasiënt sal normaalweg oor 'n tydperk geskied. In sommige gevalle sal die berader die nuus ook aan die pasiënt se familie/gesin moet *meedeel indien die pasiënt nie sy weg oopsien om dit self te doen nie of nie oor die vermoë beskik nie.*

Op 'n vraag aan die respondente of hulle hulp verlang het nadat hulle gehoor het hulle is MIV-positief, het 27 (24,55%) van die respondente bevestigend geantwoord. Drie-en-tagtig (75,45%) het gesê hulle wou nie hulp hê nie. 'n Verklaring vir respondente se keuse om geen hulp te ontvang nie, kan moontlik wees dat pasiënte bang was dat beraders hulle familie en vriende sou meedeel dat hulle MIV-positief is.

Op 'n vraag aan die respondente wie hulle wou hê moet hulle help om hul gevoelens te verwerk, het hulle soos volg gereageer:

Tabel 14: Persone van wie hulpverlening verlang is deur pasiënte

Persoon betrokke met hulpverlening	f	%
Maatskaplike werker	24	36,92
Verpleegkundige	22	33,84
Geneesheer	11	16,92
Sielkundige	2	3,08
Predikant	2	3,08
Tradisionele geneser	1	1,54
Ander	2	3,08
Vriende	1	1,54
N =	65	100

Uit Tabel 14 blyk dit duidelik dat 24 (36,92%) van die respondente 'n behoefte het aan die hulp van 'n maatskaplike werker, 22 (33,84%) aan die hulp van 'n verpleegkundige en 11 (16,92%) aan die hulp van 'n geneesheer.

Slegs twee (3,08%) respondente het die behoefte gehad aan hulpverlening van 'n sielkundige. Die rede mag wees dat hierdie persone nie 'n duidelike beeld het oor die werksaamhede van 'n sielkundige nie. Slegs twee (3,08%) respondente wou die hulp van 'n predikant hê. Geen respondent het hulp van

van familie gevra nie, en slegs een (1,54%) wou die hulp van vriende hê. Die rede vir die laasgenoemde bevinding mag wees dat pasiënte bang is vir verwerping en stigmatisering. Twee (3,08%) van die respondente het onder andere aangedui dat hulle die hulp van 'n hulpwerker sou verwelkom, en slegs een (1,54%) wou die hulp van 'n tradisionele geneesheer hê.

Uit Tabel 14 het dit duidelik geblyk dat die respondente wel 'n behoefte aan die hulp van die multidissiplinêre span ervaar. Afgesien van die mediese span, sal maatskaplike werkers, predikante of pastorale beraders en sielkundiges meer by hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt betrokke moet raak omdat die pasiënte baat kan vind by hierdie spanlede se hulpverlening. In hierdie stadium lyk dit asof die tradisionele geneesheer in die Potchefstroom-gesondheidsdistrik nie 'n groot rol ten opsigte van hulpverlening speel nie.

4.4 SAMEVATTING

Uit die profiel van respondente het dit geblyk dat die meeste respondente in die dorp gewoon het, vroulik was en tussen die ouderdom 15-40 jaar was.

Dit is voorts uit die bevindings duidelik dat MIV/VIGS-pasiënte 'n verskeidenheid kenmerkende behoeftes ervaar. Behoeftes wat veral voorkom, is hul behoefte aan kennis aangaande die siektetoestand en die wyses waarop die kwaliteit van hulle lewens verhoog kan word. Daar is ook bevind dat veral pasiënte uit agtergeblewe gemeenskappe nie geredelike toegang tot kennisbronne het nie. Die gevolg hiervan is gebrekkige kennis oor verskillende fasette van MIV/VIGS, wat die oorsaak van hierdie behoeftes onderstreep.

Benewens die behoefte aan kennis wat by MIV/VIGS-pasiënte voorkom, het 'n wye reeks emosionele behoeftes ook uit hierdie navorsing na vore gekom. Hierdie persone ervaar verskillende behoeftes wat spruit uit gevoelens van angs, hartseer, woede en depressie. Hierdie laasgenoemde behoeftes onderstreep die noodsaaklikheid van steunstelsels wat hulle kan onderskraag ten opsigte van die hantering van gevoelens en behoeftes wat ervaar word. Die voorafgaande bevindings beklemtoon die noodsaaklikheid van toetrede

deur lede van die multiprofessionele span tot hulpverlening aan hierdie pasiënte. Dit blyk veral die maatskaplike werker, predikant en sielkundige te wees wat meer op die voorgrond moet tree ten opsigte van hulpverlening, aangesien hierdie lede van die span oor die nodige kennis en vaardighede beskik om hulpverlening aan hierdie pasiënte te bied.

Geen professionele persoon soos die maatskaplike werker of enige ander persoon kan professionele of wetenskaplike hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt bied sonder 'n deeglike studie van die pasiënt se behoeftes nie. Op grond van só 'n behoeftebepaling is die navorser in staat gestel om 'n groep-werkhulpverleningsprogram vir MIV/VIGS-pasiënte te ontwikkel wat in Hoofstuk 7 bespreek word.

In Hoofstuk 5 word vervolgens aandag geskenk aan die taak van die maatskaplike werker tydens hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt.

HOOFSTUK 5

DIE TAAK VAN MAATSKAPLIKE WERK TEN OPSIGTE VAN HULP- VERLENING AAN MIV/VIGS-PASIËNTE

5.1 INLEIDING

Vir die doeleindes van hierdie navorsing is groepwerk as hulpverleningsmetode benut om dienste aan MIV/VIGS-pasiënte te lewer. Alvorens daar egter op groepwerk gefokus kan word, is dit allereers nodig dat maatskaplike werk as profesie oorsigtelik bespreek word, met besondere fokus op die rol daarvan ten opsigte van hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte.

Dié hoofstuk skenk vervolgens aandag aan die doel van maatskaplike werk as profesie, die funksies van maatskaplike werk, asook maatskaplikewerkbeginsels, -metodes en -vaardighede wat van belang is ten opsigte van hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte. Aandag sal ook oorsigtelik aan die geïntegreerde benaderings in maatskaplike werk geskenk word ten einde die doelstellings van hulpverlening deur die maatskaplike werker aan te dui.

5.2 DIE GEÏNTEGREERDE BENADERING TOT MAATSKAPLIKE WERK

Volgens Lombard (1991:13-14) is die verdeling van maatskaplike werk in drie afsonderlike praktykenteite, te wete gevallewerk, groepwerk en gemeenskapswerk, in die meeste skole vir maatskaplike werk in Suid-Afrika vervang deur 'n geïntegreerde benadering. Bogenoemde verwys na 'n omvattende benadering wat nie toelaat dat mense se probleme verdeel word ter wille van konformering aan 'n driemetode-praktykmodel nie.

Kotze (2001:223) laat hom soos volg uit oor die nadelige effek van die sogenaamde driemetode-praktykmodel: "Een bepaalde tendens wat hierdie persepsie versterk het, word weerspieël uit die gebruik vroeër jare dat verskillende prosesse vir die drie basiese metodes voorgeskryf is, terwyl die

toepassing van elkeen van die drie metodes veronderstel is om deel te vorm van die maatskaplikewerk-praktyk. Daar is selfs binne professionele verband gepraat van *gevalle-*, *groep-* en *gemeenskapswerkers*, terwyl met sulke terminologie maatskaplike werkers bedoel is wat in gegewe situasies met gevalle-, groep- of gemeenskapswerk-dienslewering besig was." Hierdie verdelingstendense het nie alleen tot onsekerheid by praktisyns en studente in die maatskaplike werk gelei nie, maar het ook verwarring by ander professies en lede van die publiek geskep.

Volgens Lombard (1991:14) sluit die geïntegreerde benadering die breë terrein van die professie in. Die integrering van die maatskaplikewerk-metodes maak 'n deel van die omvattende geïntegreerde benadering uit. Potgieter (1998:191) sluit hierby aan en beweer die volgende: "Integrated practice intervention builds on the assumption that the problems and concerns of people are interactional in nature and part of a cycle of triggers and responses. Intervention focuses on systems and their environment and the interaction between the two". Volgens Lombard (1991:14-15) is die modelle wat die meeste belofte vir verdere ontwikkeling van kennis en vaardighede van die geïntegreerde praktyk inhou, ontleen aan die ekologiese perspektief of benadering.

Die menslike ekologie fokus op die menslike ekosisteem en sien die gemeenskap as bestaande uit mense wat in 'n geografiese omgewing leef, wat saamgestel is uit 'n menslike komponent, 'n vervaardigingskomponent en 'n natuurlike komponent (Kotzé en Swanepoel, 1983:15). Die sisteme waarin die menslike ekosisteem funksioneer, illustreer volgens Lombard (1991:15) die plek van die sisteemteorie in die ekologiese benadering.

Compton en Galaway (1999:28-29) bied die volgende omskrywing van die sisteemteorie: "The person is observed as a part of his or her total life situation; person and situation are a whole in which each element is both cause and effect in a complex set of relationships." Die sisteem voorsien nie riglyne en voorskrifte aangaande optrede nie, maar dien eerder as 'n denkraamwerk en lê klem op die oor-en-weer beïnvloeding van sisteme en

substeme asook van hul omgewing (Lombaard, 1991:15-16).

Dit is van belang dat die maatskaplike werkers probleem-situasies soos MIV/VIGS sal identifiseer, 'n plan sal ontwikkel en implementeer waardeur die probleme asook die welsyn van hierdie persone verbeter kan word. Die probleemoplossende vaardighede van hierdie pasiënte moet deur middel van die probleemoplossende proses ontwikkel en verbeter word. Die probleemoplossende proses is vir die verskillende metodes in maatskaplike werk dieselfde. Compton en Galaway (1994:59-69) verdeel die proses van probleemoplossing in drie fases, naamlik:

- Die kontakfase: Hierdie fase word veral deur ondersoek gekenmerk en die eksplorering van watter sterktes die kliënt oor beskik.
- Die kontrakfase: Hierdie fase maak veral voorsiening vir assessering en evaluering, die formulering van 'n aksie en die opstel van 'n kontrak (Kotze, 2001:131).
- Die aksiefase: In hierdie fase word die plan van aksie tot uitvoer gebring. Terminering en evaluering is ook deel van hierdie fase (Compton & Galaway, 1994:386; Kotze, 2001:131).

Potgieter (1998:122) sluit hierby aan en gee die volgende indeling van die verskillende fases, naamlik ondersoek, assessering, kontraktering, evaluering en terminering.

Die MIV/VIGS-pasiënt moet deur middel van die probleemoplossende proses aan die nodige hulpbronne soos onder andere klinieke en hospitale verbind word. Dienste aan MIV/VIGS-pasiënte moet deurgaans deur die maatskaplike werker geëvalueer word ter verbetering van hulpverlening, nie alleen deur die maatskaplike werker nie, maar ook instellings in die gemeenskap. Hulpverlening deur die maatskaplike werker moet deurgaans op 'n baie hoë standaard geskied en volgens die etiese norme en beginsels van maatskaplike werk as profesie geskied.

Die sisteemteorie skep 'n beeld van die persoon en die situasie as 'n

geïntegreerde geheel. Daar word nie gevra of die omgewing veroorsaak dat die persoon op 'n gegewe wyse optree of in hoe 'n mate die persoon die omgewing beïnvloed nie.

Deur middel van die sisteemteorie word die persoon volgens Compton en Galaway (1999:28-29) soos volg gesien: "... as part of his or her total life situation; person and situation are a whole in which each element is both cause and effect in a complex set of relationships".

In hierdie navorsing is daar van die ekologiese benadering uitgegaan. Die groeplid is as individu gesien vanuit sy of haar totale lewensituasie. Die groeplid bevind hom of haar binne die groepsituasie, en binne hierdie sisteem bestaan daar 'n interafhanklikheid tussen die verskillende sisteme in die groep soos die groeplid, medegroepede en die maatskaplike werker. Die sisteme kan nie geïsoleerd bestaan nie. Interaksie tussen die betrokke sisteme en subsisteme binne die groep vorm belangrike komponente van die probleemoplossende proses (Roux, 1997:29).

Elke MIV/VIGS-groeplid kom vanuit 'n bepaalde omgewing waar daar bepaalde beïnvloeding vanuit die omgewing op die individu plaasgevind het. Binne die groep is daar interaksie tussen die groeplede en ook die maatskaplike werker. Die groepsituasie as sodanig het ook 'n bepaalde invloed op lede. Om as hulpverlener die individu in die groep te begryp, te assesser en hulp te verleen, is dit noodsaaklik dat daar na die groep as sisteem gekyk sal word.

5.3 DIE DOEL VAN MAATSKAPLIKE WERK

Maatskaplike werk fokus op die maatskaplike funksionering van individue in interaksie met hul omgewing. Volgens Du Bois en Miley (1999:10) bevorder of herstel maatskaplike werk die onderlinge interaksie tussen individue en die samelewing ten einde die lewenskwaliteit van elkeen te bevorder. Baie individue is in staat om by hul omgewing aan te pas en het nie die dienste van 'n maatskaplike werker nodig nie. Daar is egter diegene wat nie in staat is om by hul omgewing aan te pas en aan die eise wat aan hulle gestel word te

voldoen nie.

Na bestudering van gesaghebbendes soos Du Bois en Miley (1999), Compton en Galaway (1994) en Hepworth en Larsen (1993) se sienings oor die doel van maatskaplike werk, formuleer Potgieter (1998:28) die volgende doelstellings:

- Om kwetsbare groepe in die gemeenskap te beskerm en vir hulle te sorg.
- Om die probleemoplossende, "coping-" en interaksievermoëns van mense te verbeter in sisteme van alle groottes ten einde hul sosiale funksionering te handhaaf, dit te verbeter of te herstel.
- Om die ontwikkeling van maatskaplike disfunksionering te voorkom en menslike potensiaal te identifiseer en te bevorder deur vroeë identifikasie, kontrole en uitskakeling van potensieel skadelike omstandighede.
- Om steun te werf vir bronne wat nog nie bestaan nie, dit te ontwikkel, die beantwoording van hulpbronsistels aan menslike behoeftes te verbeter, kliëntstelsels met hulpbronne te verbind en die omgewing waar nodig te herstruktureer om die kwaliteit van mense se lewens te verbeter.
- Om maatskaplike geregtigheid en gelykheid te bevorder.
- Om doeltreffende maatskaplike beleidsmaatreëls en programme te evalueer en pro-aktief te ontwikkel.
- Om die integriteit van die maatskaplikewerkprofessie te handhaaf en kennis en vaardighede daarvoor te ontwikkel (Potgieter, 1998:28).

In die lig van bogenoemde uiteensetting blyk dit dat maatskaplike werk nie slegs met die beskerming en versorging van kwetsbare individue te make het nie, maar ook met die voorkoming van maatskaplike wanfunksionering. Dit het verder ook te make met die ontwikkeling van hulpbronne en die

evaluering en ontwikkeling van doeltreffender maatskaplike beleid en -programme.

Tydens hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte in die groep was dit die doel van die navorser om hierdie kwetsbare groep in die gemeenskap daartoe te lei dat hulle die probleme wat hulle as gevolg van MIV/VIGS ervaar, só sal benader dat hulle maatskaplik doeltreffend in die gemeenskap kan funksioneer.

Vanuit die doelstellings wat vir maatskaplike werk gestel word, word die funksies van maatskaplike werk vervolgens omskryf en bespreek.

5.4 DIE FUNKSIES VAN MAATSKAPLIKE WERK

Die begrip *funksie* verwys na 'n bepaalde taak of aksie wat aan 'n bepaalde onderwerp toegewys is (Potgieter, 1998:28). Maatskaplike werk en dus ook maatskaplike werkers het verskillende take of funksies waardeur die doelwitte van maatskaplike werk bereik moet word. Outeurs soos Skidmore *et al.*, (1994:7) asook Hepworth en Larsen (1986:13-14) onderskei tussen die funksies van maatskaplike werk. Vir die doel van dié studie word daar aangesluit by Potgieter (1998:28-31) se uiteensetting van die onderskeie funksies van maatskaplike werk.

5.4.1 VERSORGING EN BESKERMING VAN KWETSBARE GROEPE

Maatskaplike werkers moet binne gemeenskappe dié individue en groepe identifiseer wat veral kwetsbaar is en toesien dat hul potensiaal en vermoëns versterk word. Dit is om persone te bemagtig wat die minste mag, vaardighede en toegang tot hulpbronne het (Hoffmann & Sallee, 1994:6). Om dit te doen, verg onvoorwaardelike aanvaarding van alle individue en om in staat te wees om die wêreld waarin hierdie kwetsbare gemeenskappe funksioneer, te verstaan (Sewpaul, 1992:23).

Dit was en sal in die toekoms altyd die funksie van maatskaplike werkers wees om die lewenskwaliteit van agtergeblewe gemeenskappe te verhoog.

Die maatskaplike werker het 'n taak om die lewenskwaliteit van onder andere straatkinders, bejaardes asook MIV/VIGS-pasiënte te verhoog. In Suid-Afrika het die maatskaplike werker tans veral 'n taak om MIV/VIGS-pasiënte uit agtergeblewe gemeenskappe te help om 'n kwaliteitlewe te voer, nieeenstaande die armoedesituasie waarin hulle verkeer (Kotze *et al.*, 2001:82).

5.4.2 GENESING EN HERSTEL

Dit is voorts die taak van die maatskaplike werker om behoeftes en probleme wat die maatskaplike funksionering van individue belemmer, te identifiseer en deur middel van hulpverlening te herstel of te verminder (Potgieter, 1998:29). Hierdie proses van herstel kan volgens Shulmann (1984:252) stadig wees. Individue moet die geleentheid gebied word om teen hul eie tempo hul gedagtes, gevoelens en probleme te verken. Dit kan weke, maande of selfs jare vir die individu of kliënt duur om dié probleme deur te werk en in 'n nuwe lig te beskou. Gedurende hierdie proses van hulpverlening moet die maatskaplike werker ondersteunend optree om te verseker dat die kliënt nie moedeloos word nie.

Tydens hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt kon die navorser deur middel van groepwerkintervensie die nodige ondersteuning aan die lede tydens die herstelproses bied. Groeplede se kennis en insigte in sake MIV/VIGS is nie alleen verbreed nie, maar hulle kon ook vaardighede aanleer ten opsigte van die hantering van hul siektetoestand. Daar is veral emosionele ondersteuning aan groeplede gegee. Dit was egter veral die ondersteuning van mede-MIV/VIGS-groeplede en die groepdinamika wat die proses van herstel soveel makliker en gouer bewerkstellig het omdat groeplede ervaar het dat hulle nie alleen is nie. Volkome herstel van die MIV/VIGS-pasiënt en sy probleme is egter nie moontlik nie, omdat MIV/VIGS 'n siektetoestand is waarvoor daar tot op hede nie genesing is nie.

5.4.3 VOORKOMING EN OPVOEDING

Voorkoming sluit volgens Hepworth en Larsen (1986:14) die volgende in: "...

the timely provision of services to vulnerable persons before dysfunction develops ...".

Die doel van voorkoming is volgens Potgieter (1998:30): "... to interrupt and prevent the development of social dysfunctioning by discovering harmful conditions in time and in developing strategies that can control and eliminate problems". Voorkoming vereis dus dat 'n proaktiewe houding ingeneem word ten opsigte van persoonlike en maatskaplike probleme soos MIV/VIGS (Compton & Galaway, 1999:5). Voorkoming het voorts maatskaplike verandering ten doel. Voorkoming is dikwels opvoedkundig van aard. Opvoeding sluit maatskaplikewerk-aktiwiteite op mikro-, meso- en makrovlakke in (Du Bois & Miley, 1999:260-264). Op mikrovlak het maatskaplike werkers 'n opleidingsrol om te vervul wat volgens Du Bois en Miley (1999:261) leerstrategieë gebruik om kliënte se ontwikkeling van vaardighede te bevorder en hul kennisbasis te verbeter.

Op mesovlak vervul die maatskaplike werker 'n instruktorsrol. Deur hierdie rol voorsien maatskaplike werkers volgens Du Bois en Miley (1999:261) die volgende: "... instruction to members of mid-level system such as formal groups and organisations". Voorbeelde hiervan is onder meer werkwinkels en opleiding van personeel.

Op makrovlak vervul die maatskaplike werker 'n uitreikrol. In dié verband sê Du Bois en Miley (1999:262) die volgende: "Through outreach, social workers educate citizens about social issues, injustice and social services. They use community education strategies to spread information through various media and public relations activities."

Tydens hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënte is die pasiënte se kennis ten opsigte van MIV/VIGS in groepverband soos uiteengesit in Hoofstuk 7, verbeter. Hulle is onder andere vaardighede aangeleer hoe om die verspreiding van die siektetoestand te voorkom en hoe om aan andere te vertel dat hulle MIV-positief is.

5.4.4 HULPBRONBESTUUR

'n Groot deel van die werk van maatskaplike werkers kan beskryf word in terme van die gebruik van hulpbronne (Potgieter, 1998:30; Rankin, 1992:37). Individue se vermoë om hul probleme op te los berus volgens Compton en Galaway (1999:338) op hul bekwaamheid om die hulpbronne wat hulle nodig, te verkry en aan te wend asook die bedrewenheid om die negatiewe invloed wat omgewingsomstandighede op die individu het, te verander.

Om as hulpbronbestuurder op te tree, is dit noodsaaklik dat die maatskaplike werker 'n wye kennis van bronne in die gemeenskap sal hê maar ook kennis van hoe dié hulpbronne funksioneer. Deur hierdie kennis kan doeltreffende skakeling met verskeie hulpbronne bewerkstellig word (Compton & Galaway, 1999:309).

Tydens hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt is dit noodsaaklik dat die maatskaplike werker nie alleen kennis sal dra van hulpbronne wat vir die MIV/VIGS-pasiënt in die gemeenskap beskikbaar is nie, maar veral ook aangaande die doel en aard van elke hulpbron. Hulpbronne waarvan die maatskaplike werker veral gebruik kan maak, is onder andere klinieke, geneeshere, verpleegpersoneel en versorgingsoorde. Dié beginsel geld veral ook ten opsigte van die persoon in armoedesituasies wat nie altyd vrylik toegang tot hulpbronne het nie.

5.4.5 MAATSKAPLIKE GEREGTIGHEID EN GELYKHEID

Maatskaplike werk gaan van die standpunt uit dat alle lede van die samelewing deel moet hê aan gelyke regte en die geleenthede wat die samelewing bied (Du Bois & Miley, 1999:57; Hepworth & Larsen, 1986:15; Potgieter, 1998:31). Dié uitgangspunt hang egter baie nou saam met verantwoordelikheid. Kliënte moet beseft dat hoewel hulle die reg het van toegang tot die voorregte van die samelewing, hulle ook onder 'n verpligting staan om by te dra tot die welsyn van die samelewing waar moontlik (Potgieter, 1998:31; Du Bois & Miley, 1999:57). Lede van die samelewing moet altyd beseft dat regte

hand aan hand met verantwoordelikhede gaan.

In hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt is dit noodsaaklik dat laasgenoemde persoon tot insig gelei word aangaande die verpligting teenoor die samelewing om toe te sien dat hy of sy nie die MI-virus versprei nie. Dit is nie altyd maklik om dié insig by alle bevolkingsgroepe te ontwikkel nie. Volgens Bernstein en Van Rooyen (1994:379) word probleme veral in sommige Afrika-lande ervaar ten opsigte van die inheemse bevolkingsgroepe. Onder sulke bevolkingsgroepe word kondome byvoorbeeld nie altyd geredelik gebruik nie. Volgens Bernstein en Van Rooyen (1994:379) het 'n studie deur Adamchack en andere gedurende 1990 in Zimbabwe tot die volgende gevolgtrekking gekom: "... failure to use condoms was related more to inadequate information, lack of knowledge, and general fears on performance than to religious or cultural factors". Die respondente het beweer dat die gebruik van die kondoom hulle sekservaring sal bederwe en die kondoom hulle steriel sal maak. Volgens 'n studie in 1989 (Bernstein & Van Rooyen, 1994:379) word die waarde wat swart mense plaas op die kry van 'n kind so hoog aangeslaan dat die sluit van 'n huwelik dikwels irrelevant is. Om 'n kind te hê word deur swart vroue dikwels as meer aanvaarbaar gesien as die huwelik. Van seuns word verwag om sekere seksuele ervarings te hê. In hierdie verband word die volgende beweer: "Those who have a number of girlfriends or who are known to have one or more children out of wedlock are admired by their friends" (Bernstein & Van Rooyen, 1994:379). Hierdie situasie lei tot seksuele verhoudings buite die huwelik en poligamie. Dit is voorts volgens sommige kultuurgroepe aanvaarbaar dat 'n man meer as een vrou mag hê. Poligamie word deur Viljoen (1990:336) as tradisioneel eie aan swart volke in Suid-Afrika gesien, en 'n man se rykdom word dikwels aan die aantal vroue wat hy het, gemeet. Volgens Viljoen (1990:336) lui 'n bekende Tswana-spreekwoord soos volg: "Monna ke phologolo o a eta", wat beteken: 'n man is 'n wildsbok; hy kuier. 'n Uitgangspunt soos hierdie bemoeilik die ontwikkeling van insig en oortuiging by persone oor die wyses waardeur die MI-virus versprei kan word.

5.4.6 BELEID- EN PROGRAMONTWIKKELING

Die betrokkenheid van maatskaplike werkers ten opsigte van beleidvorming geld van plaaslike tot nasionale vlak. In dié verband beweer Mazibuko (1996:237) die volgende: "Social workers, on the basis of their training and day-to-day professional experience, and interaction with the different need systems, have a strong potential and capacity to influence policy at different levels including analysis, formulation, implementation and evaluation".

Compton en Galaway (1999:13) sluit by die voorafgaande standpunt aan en wys daarop dat indien beleid nie voorsiening maak vir voldoende dienste aan kliënte nie, die maatskaplike werker na bemagtigingstrategieë moet soek om verandering in sy gemeenskap te bewerkstellig. Om dit moontlik te maak, is dit noodsaaklik dat duidelikheid verkry moet word oor dit wat verander moet word, die struikelblokke wat aandag verg en die koste verbonde aan beide die probleem en die oplossing daarvan.

Hoewel daar in Suid-Afrika wel 'n nasionale beleid ten opsigte van MIV/VIGS bestaan, blyk dit dat dié beleid in baie opsigte nog tekort skiet volgens die navorser. Die feit dat MIV/VIGS byvoorbeeld nie 'n aanmeldbare siekte is nie, belemmer nie alleen navorsing op dié terrein nie, maar dit lei ook daartoe dat daar nie voldoende hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt en sy/haar gesin gelewer word nie. Verskillende instansies in die land bied verskeie MIV/VIGS-programme aan, maar daar is onvoldoende koördinerings van die programme. Hierdie gebied lê nog grootliks braak en hou talle uitdagings vir die maatskaplikewerk-professie in ten opsigte van die ontwikkeling en koördinerings van programme.

5.4.7 PROFESSIONELE OPLEIDING EN PRAKTYKONTWIKKELING

'n Belangrike funksie van die maatskaplikewerk-professie is volgens Potgieter (1998:31) die voorsiening van professionele skoling asook die ontwikkeling van die maatskaplikewerk-praktyk. Dit is belangrik dat die integriteit van die professie beskerm en verhoog word deur die verfyning van die metodologie

en kennisbasis deur middel van empiriese navorsing. In dié verband huldig Du Bois en Miley (1999:57) die volgende standpunt: "Practice knowledge evolves and practice methodologies are refined through social workers' empirical research efforts and their evaluation of practice effectiveness".

Ten einde tred te hou met die nuutste ontwikkeling op die terrein van MIV/VIGS, moet elke maatskaplike werker aktief betrokke raak by navorsing op hierdie gebied, maar veral ook by voorkoming- en hulpverleningsprogramme. Tans word daar volgens die navorser nog te veel op die dienste van medici en verpleegkundiges gesteun en is maatskaplike werkers nog te min betrokke by daadwerklike voorkoming van MIV/VIGS en hulpverlening aan die pasiënt en sy gesin.

5.5 MAATSKAPLIKEWERK-BEGINSELS

Alvorens die beginsels van maatskaplike werk bespreek kan word, is dit nodig om aandag te skenk aan die mensbeskouing van die maatskaplike werker. Beginsels van die maatskaplike werk word volgens Du Preez (1986:19) gefundeer op die mensbeskouing waarvan uitgegaan word.

Maatskaplike werk hou volgens Eloff (1976:68) hom primêr besig met die funksionering van die mens. Dit is daarom meer as 'n vakwetenskap; dit is 'n bepaalde aktiwiteit waarin die maatskaplike werker te make het met die kliënt as mens. Mensbeskouing speel in dié opsig 'n bepaalde en bepalende rol in aspekte soos die werkwyse, motiewe, denke en gevoelens van die maatskaplike werker.

Mensbeskouing moet volgens Du Preez (1986:7) verwerkliking in die maatskaplike werker self vind. Die maatskaplike werker moet teenoor hom/haarself rekenskap gee van die mens wat hy of sy self is. Dit wat hy of sy as mens is, sal bepalend inwerk op die betekenis wat sy/haar dienste of hulpverlening vir ander mense het. Die maatskaplike werker se mensbeskouing bepaal hoe hy of sy die kliënt gaan help tot doeltreffende maatskaplike funksionering.

Vanuit 'n Christelike mensbeskouing sien die maatskaplike werker die kliënt as 'n mens met 'n ewigheidsbestemming. Die maatskaplike werker sien dan nie slegs die tekortkomings en nood van die mens raak nie, maar ontdek en bou ook aan die kliënt se kragte en deugde.

Tydens hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt het die navorser vanuit 'n Christelike mensbeskouing die groeplede gesien en benader. Vanuit dié mensbeskouing is die navorsing onderneem en 'n groepwerkhulpverlenings-program beplan en geïmplementeer.

Du Bois en Miley (1999:124) laat hulle soos volg uit oor maatskaplikewerkbeginsels: "Social workers transform the abstract values of the profession into principles for practice. Then they translate these principles into concrete actions in specific situations." Beginsels dien as riglyne vir die maatskaplike werker ten opsigte van die vestiging en opbou van 'n professionele werkverhouding. Beginsels is die begin, 'n eerste, oorspronklike en onherleibare iets. Dit is die fondament of vertrekpunt waarvandaan dienste gelewer word (Du Preez, 1986:19; Roux, 1997:12).

Verskeie beginsels geld vir die maatskaplike werker, maar vir die doel van dié studie sal klem gelê word op die beginsels van aanvaarding, vertroulikheid, individualisering, empatie en selfbeslissing. Hierdie beginsels speel 'n belangrike rol in hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt.

5.5.1 AANVAARDING

Volgens Potgieter (1998:43) het dit al amper niksseggend geword om te beweer dat maatskaplike werkers mense aanvaar vir wat hulle is. 'n Korrekter stelling sal wees om te sê dat mense aanvaar word vir wat hulle kán word. Die fokus word geplaas op grond van individue se sterktes en hul potensiaal om te verander eerder as op dit wat ontbreek.

Maatskaplike werkers wat hul kliënte aanvaar, benader hulle met die nodige waardigheid, hoflikheid en betoon aan hulle eerbied. Volgens Du Bois en Miley (1999:125-126) toon maatskaplike werkers aanvaarding deur hul

opregte besorgdheid te toon, te luister, ander persone se sienings te erken en deur 'n klimaat van wedersydse respek te skep. Aanvaarding beteken dat die maatskaplike werker andere se sienings verstaan en hul standpunte verwelkom. Aanvaarding beteken ook om die kliënt se sterk punte uit te bou en te glo in sy/haar potensiaal om te groei en te verander (Potgieter, 1998:43).

Die maatskaplike werker aanvaar die kliënt ten spyte van sy/haar onaanvaarbare gedrag. Om die kliënt ten volle te aanvaar, beteken dat die maatskaplike werker volgens Du Preez (1986:25) oor goeie selfkennis en veral kennis van sy vooroordele moet beskik. Die maatskaplike werker moet hom of haar dus ten volle ken voordat hy/sy die kliënt kan aanvaar.

Ten opsigte van hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt is dit noodsaaklik dat dié persone sal weet dat die maatskaplike werker hulle volkome aanvaar. As gevolg van die stigmatisering van die persone en diskriminasie teenoor hulle deur die gemeenskap soos vroeër aangedui in Hoofstuk 4, voel hulle verwerp. Hulle ervaar meestal die gevoel dat indien andere weet dat hulle MIV-positief is, hulle nie aanvaar sal word nie. Dié neiging geld ook ten opsigte van die familieledede van persone wat MIV-positief is (Olson, Huszti & Parsons, 1997:91).

5.5.2 VERTROULIKHEID

Maatskaplike werkers beskou vertroulikheid as 'n fundamentele uitgangspunt van die professie (Compton & Galaway, 1999:161; Du Bois & Miley, 1999:124-125; Johnson, 1983:167). Dié beginsel bied aan die kliënt ingevolge huidige beleid die reg tot privaatheid, wat beteken dat die kliënt sy toestemming moet verleen tot die bekendmaking van gegewens soos sy identiteit en professionele mening oor sy omstandighede. Omdat kliënte persoonlike en sensitiewe inligting aan die maatskaplike werker verskaf soos sy MIV/VIGS-status, is dit noodsaaklik dat die beginsel van vertroulikheid 'n sleutelonderdeel sal wees in die maatskaplike werker/kliënt-verhouding (Du Bois & Miley, 1999:131).

Die beginsel van vertroulikheid het egter ook beperkings. In dié verband sê Johnson (1983:167) die volgende: "It is the worker's role to explain the limits of confidentiality and rights of the worker and client within the framework of professional and legal obligations." Daar is sekere omstandighede soos kindermishandeling wat bekend gemaak móét word. In sulke omstandighede moet maatskaplike werkers volgens Du Bois en Miley (1999:131) die beperkings van die vertroulikheidsbeginsel openlik met die kliënt bespreek. Volgens Compton en Galaway (1999:161-162) het die maatskaplike werker 'n plig om toe te sien dat persone wat MIV-positief is, dit aan hul eggenoot/eggenotes of saamwoonmaats meedeel. Indien die kliënt dit nie wil doen nie, moet die maatskaplike werker die feit - nadat dit met die kliënt bespreek is - aan die ander party meedeel. Hoewel Compton en Galaway (1999:166-167) van mening is dat die hantering van inligting oor 'n persoon wat MIV-positief is binne die Afrika-kultuur 'n eenvoudige saak is en geen probleme skep nie, is dit nie tans die situasie in Suid-Afrika nie omdat MIV/VIGS 'n nie-aanmeldbare siekte is. In hierdie verband laat Dupree (1992:35-36) hom sterk uit in die volgende woorde: "I have heard people in very high positions both here in South Africa and elsewhere in the world who don't see the need for confidentiality! I have heard in this country, for instance, the argument that black people don't need or WANT confidentiality about their HIV status, ... What rubbish! It's MY place to decide who I tell about my sero-status, not yours or the doctor's or the government's ...". Dupree (1992:36) gaan verder en wys op die volgende: "If, however, confidentiality is not widely known to be highly respected, people will be driven underground, will not come forward to be tested and will continue unknowingly infecting other people". Alhoewel die navorser begrip het vir die siening van Dupree, belemmer die Suid-Afrikaanse Regering se beleid dat MIV/VIGS 'n nie-aanmeldbare siekte is, hulpverlening aan hierdie persone asook navorsing in hierdie verband. Persone wil nie vroegtydig na vore kom vir 'n MIV-positiewe toets asook vir hulpverlening nie.

Omdat MIV/VIGS tans nie 'n aanmeldbare siekte in Suid-Afrika is nie, gaan dit gepaard met streng maatreëls van vertroulikheid. Geen professionele

persoon of iemand anders mag die MIV-positiewe status van 'n persoon aan enige ander persoon bekend maak nie. Dit sluit ook die persoon se eggenoot/eggenote of familie in (Kotze *et al.*, 2001:73). Tydens hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte moes streng maatreëls nagekom word om vertroulikheid te handhaaf. Tydens die eerste byeenkoms van die groep is 'n kontrak met die lede gesluit dat vertroulikheid as beginsel tussen die groeplede en die navorser en tussen die groeplede onderling gehandhaaf sal word (kyk Bylae 9). Die navorser het die groeplede by 'n motorhawe aan die rand van die swart woonbuurt opgelaai, en op hul versoek is aan persone wat vrae sou vra, gesê dat hulle opleiding as hulpwerkers ontvang.

In die groep in Potchefstroom het slegs die man en sy vrou asook een lid se moeder, maar geeneen van die ander groeplede se gesinne, familie of vriende, geweet dat hulle MIV-positief is nie. Die lid van wie die moeder geweet het sy is MIV-positief se ander familie of vriende het nie geweet sy is MIV-positief nie. Slegs een lid in die groep op Fochville het haar MIV-status aan andere bekend gemaak. Sy het ook haar werkgewer ingelig. Die ander lede het egter nie vir andere vertel dat hulle MIV-positief is nie. Slegs die groeplede in die onderskeie groepe het van mekaar se MIV-status geweet.

5.5.3 INDIVIDUALISERING

Volgens Johnson (1983:166) behels individualisering "... the recognition and understanding of each client's unique qualities and the differential use of principles and methods". Potgieter (1998:42) sluit hierby aan en sê individualisering vereis die besef dat elke sisteem sy eie "storie" het wat deur sy eie verlede gerugsteun word.

Elke mens is uniek, het sy unieke verlede, unieke vermoëns en reageer op eise wat aan hom of haar gestel word, op 'n unieke wyse (Du Bois & Miley, 1999:126; Du Preez, 1986:26). Volgens Compton en Galaway (1999:105) kan dit moeilik wees om 'n balans te vind tussen die klassifisering van 'n persoon binne 'n bepaalde groep en om die persoon as 'n individu te sien en te benader. Du Bois en Miley (1999:126) sê in dié verband die volgende:

"Social workers who individualize clients free themselves from bias and prejudice, avoid labelling and stereotyping, and recognize the potential of diversity." Maatskaplike werkers word dus daarteen gewaarsku om kliënte te etiketteer of in sekere groepe te klassifiseer. Die kliënt of persoon moet as individu gesien word met sy unieke samestelling en eiesoortige omstandighede. Om die kliënt as individu te begryp en te benader, is dit wel nodig dat die inligting waaroor die maatskaplike werker beskik, geklassifiseer word ten einde 'n geheelbeeld te verkry uit die massa besonderhede waaroor die maatskaplike werker beskik. Die PIE-sisteem vir die klassifisering van volwassenes help in dié geval die maatskaplike werker om die probleme van die kliënt binne die raamwerk van die ekosisteem te klassifiseer. Dit help met die klassifisering en skryf nie 'n sekere ingryping ten opsigte van 'n bepaalde probleem voor nie (Compton & Galaway, 1999:106).

Tydens hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt is dit van die uiterste belang dat die persoon nie alleen as individu gesien word nie, maar ook só benader word. Elke persoon se omstandighede ten opsigte van die wyse waarop hy/sy geïnfekteer is, is uniek, terwyl sy/haar reaksie op die siektetoestand en die omstandighede waarin hulle tuis en in die gemeenskap of werksituasie moet funksioneer, eiesoortig van aard is.

Vanweë die uniekheid van die individu kan geen voorafgetoetste voorskrifte vir optrede ten opsigte van hulpverlening verskaf word nie. Daar kan hoogstens riglyne aangedui word (Du Preez, 1986:26). Om die riglyne aan te dui, is dit noodsaaklik dat die maatskaplike werker bewus sal wees van onder meer die individuele, persoonlike, gesins-, groep- en gemeenskapsisteme wat 'n invloed op die individu het (Du Bois & Miley, 1999:72). Compton en Galaway (1999:28) sê in dié verband: "... the person is observed as a part of his or her total life situation; person and situation are a whole in which each element is both cause and effect in a complex set of relationships". Die kliënt moet verstaan en benader word vanuit die komplekse interaksies tussen die kliënt en al die komponente van die maatskaplike stelsel waarbinne hy of sy funksioneer.

Om 'n groepwerkbehandelingsprogram saam te stel, was dit eerstens noodsaaklik om die behoeftes van die MIV/VIGS-pasiënt te bepaal. Dit was voorts noodsaaklik om elke groeplid as individu teen die agtergrond van sy of haar behoeftes en maatskaplike sisteem waarbinne hy of sy funksioneer, te begryp en daarvolgens hulp te verleen. Voortdurende waarneming, assessering en evaluering van elke individu in die groep is van die uiterste belang omdat nie net die groep moet groei en verander nie, maar elke individu in die groep. Alleen op dié wyse kan die individu as deel van die groep groei en ontwikkel binne sy/haar eie vermoëns. In Hoofstuk 8 sal elke individuele groeplid se groei ten opsigte van hul lewensvredeneid en –kwaliteit deur middel van die groepwerkhulpverleningsprogram bespreek word.

5.5.4 EMPATIE

Compton en Galaway (1999:222) definieer empatie as "... an understanding with the client, rather than a diagnostic or evaluative understanding of the client". Shulman (1984:68) verstaan onder empatie die volgende: "The worker attempts to understand how the client experiences the feelings even while perhaps believing that the reality of the situation does not warrant the reaction." Empatie is volgens Potgieter (1998:103) 'n moeilike begrip om te verstaan. Dit vereis die vaardigheid van die maatskaplike werker om 'n emosie intens te beleef, maar nogtans onpartydig genoeg op te tree om nie deur emosie oorweldig te word nie.

Empatie as beginsel stel die maatskaplike werker in staat om sy/haar eie lewensituasie op die agtergrond te skuif, kennis te neem van die kliënt se lewensituasie en vandaar teen die tempo van die individu verder te beweeg (Du Preez, 1986:27). Die maatskaplike werker tree tot die leefwêreld van die kliënt toe en probeer verstaan hoe die kliënt dink, voel en redeneer. Deur dié beginsel toe te pas, word 'n maatskaplike werker-kliënt-verhouding geskep en kan doelmatige hulpverlening plaasvind (Du Preez, 1986:27; Potgieter, 1998:103).

Om tot die leefwêreld van die MIV/VIGS-pasiënt en groeplid toe te tree, was dit noodsaaklik om vooraf deur middel van 'n behoeftebepaling te leer hoe hulle voel, dink en redeneer, maar veral van belang, hoe hulle hul siektetoestand ervaar. Die navorser het nie vooraf ervaring van hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte gehad nie. Tydens die navorsing en veral tydens die groepwerkintervensie het die navorser die geleentheid gehad om werklik tot die leefwêreld van die behoeftige MIV/VIGS-pasiënt toe te tree. Vir die eerste maal het die navorser beleef in welke mate dié mense vasgevang is in 'n siektetoestand waarvoor daar tot nou geen medikasie is wat hulle kan genees nie. Daarbenewens het die pasiënte ook weinig geld om vir basiese medikasie te betaal. Die navorser het beleef wat dié mense ervaar, naamlik om te midde van onvoldoende behuising, geld en die noodsaaklike voeding met ernstige infeksies en sekondêre siektesimptome te kampe te hê. Met weinig bestaansmiddele tot die beskikking van die groeplede moes die navorser probeer om die lewenskwaliteit van die groeplede deur middel van 'n groepwerkprogram te verbeter. Op grond van hierdie bevinding is dit duidelik dat 'n doelmatige program vir MIV/VIGS-pasiënte alleen moontlik kan wees indien die beginsel van empatie tot sy volle konsekwensies toegepas word.

5.5.5 SELFBESSLISSING

Du Bois en Miley (1999:130) sien selfbeslissing soos volg: "With the principle of self-determination, social workers recognize the right and need of clients to freedom in making their own choices and decisions." Selfbeslissing bied aan die kliënt die geleentheid tot vryheid om vir homself te dink, te besluit, keuses te maak en selfs ook foute te begaan. Die kliënt het dus die geleentheid om nie deur andere gedwing of gemanipuleer te word nie. Die beginsel van selfbeslissing gee aan die kliënt die reg om sy eie besluite te neem, maar dit fokus ook op die persoon se verantwoordelikheid om sy eie lewe te bestuur en nogtans andere se regte en behoeftes in ag te neem (Potgieter, 1998:44). Hoewel die kliënt die reg het om besluite te neem, moet dit altyd in verband gebring word met sy verantwoordelikheid om besluite te neem wat nie tot nadeel van homself, sy gesin, familie en medemens strek nie.

Tydens die groepwerkintervensie met die MIV/VIGS-pasiënte is die beginsel van selfbeslissing deurgaans toegepas. Die groeplede moes verskeie besluite tydens die hulpverleningsprogram neem. Riglyne is tydens hulpverlening aan hulle gegee, maar hulle moes self besluit of hulle dié riglyne aanvaar of nie. 'n Aspek wat veral vir hulle moeilik was om te aanvaar, was die besluit om vir andere soos hulle familie, van hul siektetoestand te vertel. Hulle is gehelp ten opsigte van die wyse hoe om andere te vertel, maar die uiteindelige besluit om dit te doen, is aan hulleself oorgelaat. Die problematiek van stigmatisering en verwerping van die MIV/VIGS-pasiënt deur die samelewing, bemoeilik egter dikwels die besluit wat geneem moet word.

5.6 METODES VAN MAATSKAPLIKWERK-DIENSLEWERING

In die verlede is daar in die Maatskaplike Werk verskillende prosesse gekoppel aan die onderskeie metodes van hulpverlening wat aangewend word. So byvoorbeeld het die gevallewerk-proses anders verloop of andersoortige fases omsluit as die groepwerk-proses (Kotze, 2001:163). Die moderne tendens is egter die neiging om een bepaalde proses, naamlik die maatskaplikewerk-proses op alle metodes van toepassing te maak (Kotze, 2001:163). Hoewel verskillende skrywers verskillende inhoude, soos die verskillende fases of stadia waaruit die proses bestaan, aan die proses koppel, is die gedagte dat die doel met maatskaplike werk altyd dieselfde bly ongeag die metode wat benut word (Kotze, 2001:163). Outeurs soos Du Bois en Miley (1999:78-83) en Compton en Galaway (1999:88-90) en Potgieter (1998:31) verwys na 'n proses as sistematiese stappe wat oor 'n tyd heen gevolg word om 'n doel te bereik. Die maatskaplikewerk-proses, hetsy dit op die individu, groep of gemeenskap fokus, gebruik 'n baie bepaalde proses wat die probleemoplossingsproses genoem word. Skidmore *et al.* (1994:10) sluit hierby aan en sê die volgende in dié verband: "Some social workers claim there is only one social work process – that of problem-solving related to social relationships. They state that the method is basically the same whether working with individuals, groups or communities."

Die hulpverleningsproses wat in maatskaplike werk gevolg word, hetsy met die individu, groep of gemeenskap gewerk word, bestaan uit verskeie fases. Verskeie outeurs, soos Compton en Galaway (1999:86) en Du Bois en Miley (1999:212), onderskei verskillende wyses van indelings van dié fases. Daar word vir die doel van hierdie navorsing volstaan met die maatskaplikewerk-proses soos voorgestaan deur Potgieter (1998:122), naamlik ondersoek, assessering, kontraktering, intervensie, evaluering en terminering.

Alhoewel erkenning gegee word aan die geïntegreerde benadering tot maatskaplike werk en hierdie benadering ook onderskryf word, sal daar vir die doel van hierdie navorsing verwys word na gevalle-, groep- en gemeenskap-werk en -ontwikkeling as die drie primêre of basiese metodes van maatskaplike werk. Maatskaplikewerk-administrasie of -bestuur en maatskaplikewerknavorsing word beskou as die sekondêre of instaatstellende metodes. Die metodes sal in die lig van elkeen se bydrae ten opsigte van hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt kortliks bespreek word.

5.6.1 GEVALLEWERK

Daar word na gevallewerk of ook genoem kliniese maatskaplike werk, verwys as die metode wat tydens hulpverlening met die individu in maatskaplike werk gebruik word. Skidmore *et al.* (1994:58) omskryf gevallewerk soos volg: "Social casework addresses itself to the solution of problems that block or minimize the effectiveness of the individual in various roles." Volgens Skidmore *et al.* (1994:67) is gevallewerk 'n goed georganiseerde metode waardeur individue gehelp word om hulself te help.

Tydens maatskaplikewerk-hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt is dit meestal in die een-tot-een-verhouding waar die maatskaplike werker hulpverlening aan die pasiënt bied. Hulpverlening aan dié persone begin in die een-tot-een-verhouding tydens die aanmeldingsfase, hetsy deur die persoon self, die geneesheer, verpleegkundige, familie of predikant. Omdat MIV/VIGS in Suid-Afrika nie 'n aanmeldbare siekte is nie en geheimhouding van die betrokke persoon se identiteit 'n realiteit is om rekening mee te hou, is dit tans

hoofsaaklik gevallewerk wat as metode van maatskaplike werk in Suid-Afrika ten opsigte van die MIV/VIGS-pasiënt benut word. In die een-tot-een-verhouding met die maatskaplike werker voel die persoon veilig omdat niemand behalwe die maatskaplike werker tydens hulpverlening van die persoon se siektetoestand bewus hoef te wees nie. Deur middel van gevallewerk kan die maatskaplike werker nie alleen hulp aan die MIV/VIGS-pasiënt bied nie, maar kan die maatskaplike werker ook geredelik toegang tot die gesin en familie verkry om ook aan hulle hulp en ondersteuning te bied.

5.6.2 GROEPWERK

Groepwerk is 'n metode in maatskaplike werk waardeur die maatskaplike werker met individue in groepe werk vir die verbetering van hul maatskaplike funksionering en vir die bereiking van gestelde doelwitte (Du Bois & Miley, 1999:80; Skidmore *et al.*, 1994:73). Groepwerk is 'n metode wat met sukses benut kan word in die voorkoming van MIV/VIGS, maar ook in hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte binne groepverband.

In Hoofstuk 6 word breedvoerig aandag gegee aan die rol van groepwerk, veral ten opsigte van die beplanning daarvan in hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt.

5.6.3 GEMEENSKAPSWERK

Lombard (1991:75) definieer gemeenskapswerk soos volg: "... 'n maatskaplikewerk-metode wat volgens 'n wetenskaplike proses daarop gerig is om een of meer van die volgende doelstellings te bereik: (1) om die breë behoeftes van die gemeenskap te bevredig en 'n balans teweeg te bring en te handhaaf tussen die behoeftes en die hulpbronne in die gemeenskap; (2) om 'n gemeenskap in die geleentheid te stel om sy kragte en potensiaal (kennis en vaardighede) te ontgin en te ontwikkel ten einde in staat te wees om maatskaplike probleme en behoeftes nie net te benader nie, maar ook te voorkom; en (3) om veranderinge teweeg te bring in die gemeenskap, in groepverhoudinge en in die verspreiding van besluitnemingsmag." Dié

omskrywing laat ruimte vir die toepassing van die metode op 'n breë terrein van die praktyk van maatskaplike werk. Dit laat ruimte vir onder andere groepwerk- en gevallewerk-aktiwiteite.

Du Bois en Miley (1999:81) sluit hierby aan en wys op die volgende: "Community problem-solving initiatives require the involvement of community leaders, including governmental units, corporation boards, unions, foundations and other funding bodies, ethnic and religious organizations, and professional, consumer and civic groups."

Wanneer daar na 'n oplossing vir die probleme rakende MIV/VIGS gesoek word, is dit noodsaaklik dat die probleem aandag op alle vlakke van die gemeenskap ontvang. MIV/VIGS en die gevolge daarvan op die individu, die gesin, gemeenskap en samelewing kan alleen beveg word deur die betrokkenheid van al die sektore soos aangedui deur Du Bois en Miley (1999:81).

5.6.4 MAATSKAPLIKEWERK-BESTUUR OF -ADMINISTRASIE

Daar word dikwels na maatskaplikewerk-bestuur of -administrasie verwys as die hart van maatskaplikewerk-opleiding en -praktyk (Skidmore *et al.*, 1994:106). Geen organisasie kan suksesvol dienste lewer indien die bestuur of administrasie van so 'n instelling nie doeltreffend funksioneer nie (Kotze, 2001:207). Administrasie het onder meer te doen met die voorsiening van dienste en die kreatiewe benutting van hulpbronne soos personeel en vrywilligers, asook die uitvoer van 'n oorhoofse diensleweringprogram van 'n betrokke instelling. Daarvolgens kan beleid in gehaltdienslewering omgeskep word (Kotze, 2001:210-211; Skidmore *et al.*, 1994:109). Vanuit dié siening van maatskaplikewerk-bestuur of -administrasie is dit nodig dat instellings in Suid-Afrika wat met die voorkoming en behandeling van MIV/VIGS te make het, moet toesien dat hul bestuur en administrasie na behore funksioneer.

5.6.5 MAATSKAPLIKEWERK-NAVORSING

Die waarde van maatskaplikewerk-navorsing vir die verskaffing van wetenskaplike antwoorde op verskeie vrae op dié vakgebied kan nie betwyfel word nie. Daar is nog vele onbeantwoorde vrae, en daarom is maatskaplikewerk-navorsing van die grootste belang vir alle vakkundige asook vrywilligers op die terrein van maatskaplike werk (Skidmore *et al.*, 1994:117). Hoewel beoefenaars in die praktyk van maatskaplike werk soms weerstand toon teen navorsing, moet dié weerstand oorbrug word. Dit is noodsaaklik dat maatskaplikewerk-navorsing moet voortgaan om só nuwe kennis te verseker (Hoffmann & Sallee, 1994:284-289; Kotze, 2001:214-215). Maatskaplike werkers speel 'n noodsaaklike rol in die verkryging van nuwe kennis deur middel van navorsing. Hulle moet op die hoogte bly van die nuutste navorsing deur toe te sien dat hulle toegang verkry tot nuwe feite, tegnieke en vaardighede wat op die terrein van maatskaplike werk ontwikkel word (Skidmore *et al.*, 1994:118).

Beoefenaars van die maatskaplikewerk-professie kan 'n vername rol ten opsigte van MIV/VIGS-navorsing speel. Maatskaplike werkers beskik oor geleenthede in die praktyk om by navorsing ten opsigte van nie alleen voorkoming van MIV/VIGS nie, maar ook ten opsigte van hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt en sy familie betrokke te raak.

5.7 MAATSKAPLIKEWERK-VAARDIGHEDE

Maatskaplikewerk-vaardighede word deur Cournoyer (1996:4) soos volg omskryf: "A set of discrete, cognitive and behavioral actions that (1) derive from social work knowledge and from social work values, ethics, and obligations, (2) are consistent with the essential facilitative qualities, and (3) comfort with a social work purpose within the context of a phase of practice." Maatskaplikewerk-vaardighede het dus te make met die wyse waarop maatskaplikewerk-kennis en –beginsels in die praktyk toegepas word sodat daar op 'n doelmatige wyse aan die kliënt hulp verleen kan word tot verbetering van die maatskaplike funksionering van die kliënt (Du Preez,

1986:163-164).

Hoewel maatskaplikewerk-vaardighede volgens Compton en Galaway (1999:93) en Cournoyer (1996:4) dikwels vereenselwig word met die fases van die hulpverleningsproses, moet dié vaardighede nie beskou word as aktiwiteite wat soos 'n robot uitgevoer word op dieselfde tyd en op dieselfde wyse met alle kliënte, vir alle probleme en in alle situasies nie. Die maatskaplike werker moet derhalwe vaardighede kies wat die geskikste is vir die bepaalde behoefte en probleemsituasie.

Hoewel die maatskaplike werker oor verskeie vaardighede moet beskik, sal daar vir die doel van die onderhawige studie veral gefokus word op vaardighede soos die doelgerigte aanwending van beginsels, die opbou van sinvolle verhoudings, luister, kommunikasie, verkenning, assessering, kontraktering, hulpbronbestuur en die lei van 'n groepgesprek. Daar sal veral gefokus word op die sienings van Cournoyer (1996:1-360), Compton en Galaway (1999:93), Du Bois en Miley (1999:54-56) en Du Preez (1986:163-187).

5.7.1 DOELGERIGTE AANWENDING VAN BEGINSELS IN DIE MAATSKAPLIKE WERK

'n Maatskaplike werker moet volgens Cournoyer (1996:53) in elke optrede van hom/haar vanuit sy professionele etiek en beginsels optree. Dié verantwoordelikhede geniet voorkeur bo die teoretiese kennis waaroor die maatskaplike werker moet beskik, navorsingsbevindings, praktykkennis, organisasiebeleid en die maatskaplike werker se persoonlike waardes, voorkeure en oortuigings. Om die beginsels doelgerig te gebruik, moet die maatskaplike werker volgens Du Preez (1986:165) daarin slaag om 'n sensitiwiteit vir die gevoelens van kliënte te ontwikkel sodat hy/sy kan weet watter beginsels om toe te pas.

5.7.2 OPBOU VAN SINVOLLE VERHOUDINGS

Volgens Potgieter (1998:98) besef alle hulpverleners die belangrikheid om sinvolle verhoudings tussen hom of haar en die kliëntsisteem te ontwikkel. Die sukses van die verhouding berus by die hulpverlener wat die kliënt in staat stel om te groei, te ontwikkel en te verander. 'n Samewerkingsverhouding is die grondslag van die maatskaplikewerk-proses, ongeag die fokus of doel van die hulpverlening. Maatskaplike werkers se vermoë om werkbare verhoudings te ontwikkel, is geleë in hul interpersoonlike verhoudings met andere en hul vermoë tot selfaanvaarding (Du Bois & Miley, 1999:54).

In maatskaplike groepwerk speel die opbou van sinvolle verhoudings tussen die groeplede en die maatskaplike werker en tussen die lede onderling 'n verneme rol. Dié verhoudings lei tot groepsamehorigheid wat noodsaaklik is in die groei en ontwikkeling, nie alleen van die groep as geheel nie, maar ook in dié van elke lid in die groep (Anderson, 1997:193-194; Toseland & Rivas, 1998:75-76).

Sinvolle hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte kan slegs moontlik wees as daar 'n vertrouensverhouding tussen die kliënt en maatskaplike werker bestaan. Die maatskaplike werker se verhouding met die kliënt speel 'n noodsaaklike rol in die aard van die inligting wat die kliënt met die maatskaplike werker gaan deel of nie deel nie ten opsigte van sy/haar siektetoestand (Silverman, 1997:84-85; Stryker, 1997:309-310). Dit is daarom wenslik dat die maatskaplike werker reeds tydens die eerste kontak met die MIV/VIGS-pasiënt begin bou aan die werker-kliënt-verhouding.

5.7.3 LUISTER

Volgens Cournoyer (1996:89) is die vermoë om te luister, meer as enige ander vaardigheid, noodsaaklik vir die maatskaplikewerk-praktyk. Luister verg volgens die laasgenoemde outeur die volgende twee vaardighede: "First, you must minimize attention to your own experiences (e.g. thoughts, feelings and sensations). Then, you must energetically concentrate on the client with a determination to understand – not to evaluate – what the client is

experiencing and expressing." Om doeltreffend te luister, is dit noodsaaklik dat die maatskaplike werker werklik sal hoor wat gesê word, met die oë sal waarneem, die kliënt sal aanmoedig om hom- of haarself uit te druk en ten slotte te onthou wat die kliënt gekommunikeer het (Cournoyer, 1996:90-91). Dié luistervaardigheid beteken volgens Compton en Galaway (1999:93) om nie net na dit wat gesê is te luister of die liggaamshouding waar te neem nie, maar om met 'n totale waarnemingsvermoë te kyk en te hoor. Luister na wat gesê word, maar ook na dit wat nie gesê word nie.

Om binne die groepsituasie doeltreffend en gefokus te luister, verg groot vaardigheid van die maatskaplike werker (Shulman, 1984:62). Andrews (1995:94) beskou aktiewe luistervaardighede as 'n vanselfsprekende vaardigheid van 'n groepleier. Die belangrikheid hiervan mag nooit onderskat word, nie net vir die groei van die groep alleen nie, maar ook die groei en ontwikkeling van elke individu in die groep.

Dit is noodsaaklik dat die maatskaplike werker sal luister na dit wat die MIV/VIGS-pasiënt hom of haar meedeel oor behoeftes, vrese en verwagtings, maar ook sal luister na dit wat níé gesê word nie. Die maatskaplike werker moet met die nodige empatie luister, veral ook ten opsigte van mense uit agtergeblewe gemeenskappe wat nie altyd dieselfde kulturele waardes en norme as die maatskaplike werker onderskryf nie. Deur te luister na dit wat gesê word, kan 'n beter begrip verkry word van die probleme van die MIV/VIGS-pasiënt en al sy/haar belewenisse en ervarings in gemeenskappe waar stigmatisering van MIV/VIGS-pasiënte steeds hoogty vier.

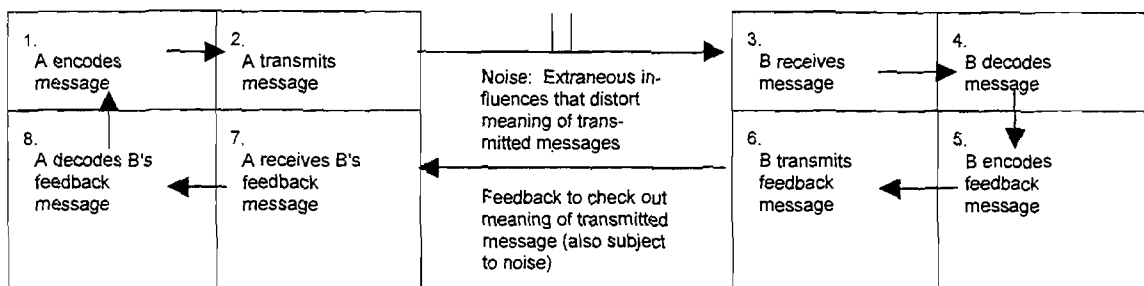
Deur na die persone te luister, kan nie alleen in hul behoeftes voorsien word nie, maar kan die maatskaplike werker meehelp om die proses van stigmatisering en verwerping te verminder deur die nodige raad en leiding aan hulle te verskaf ten opsigte van die hantering hiervan. Dié behoeftes moet aan die gemeenskap oorgedra word sodat die stilswye ten opsigte van MIV/VIGS verbreek word en stigmatisering verwyder word.

5.7.4 KOMMUNIKASIE

Goeie mondelinge sowel as geskrewe kommunikasievaardighede is volgens Du Bois en Miley (1999:55) noodsaaklik in maatskaplike werk. Potgieter (1998:78) som kommunikasie op as "... an ongoing, dynamic and ever-changing series of events, each of which affects and is affected by all the others. It involves the exchange of ideas and perspectives that is based on values, beliefs, needs, assumptions, cultural, spiritual and family backgrounds, as well as past and present thoughts, feelings and behaviour of both speaker and audience". Kommunikasie is dus 'n proses van 'n boodskap wat deur iemand na 'n ander gekommunikeer word, ontvang en verwerk word en weer terug gekommunikeer word, ontvang en verwerk word. Die boodskap wat ontvang word, word beïnvloed deur faktore soos kultuur, geloof, behoeftes en gevoelens en gedrag.

Compton en Galaway (1999:198) bied die volgende skematiese uiteensetting van die kommunikasieproses in Skematiese Voorstelling 2.

Skematiese voorstelling 2: Die kommunikasieproses



(Compton & Galaway, 1999:198)

Uit dié voorstelling is dit duidelik dat A 'n boodskap kodeer of saamstel sodat dit aan B gestuur kan word. B ontvang die boodskap, dekodeer of ontleed die boodskap en stuur die boodskap na A. A ontvang die boodskap van B. Deur middel van terugvoering en uitklaring maak B seker dat die boodskap wat ontvang en geïnterpreteer is, reg verstaan word.

Tydens kommunikasie vind bogenoemde proses plaas. Die maatskaplike werker sal van tyd tot tyd van terugvoering gebruik maak om seker te maak dat hy/sy die kliënt of persoon met wie gekommunikeer word, se woorde reg interpreteer. Die volgende is volgens Compton en Galaway (1999:199-202) struikelblokke tydens kommunikasie:

- Om as gevolg van spraakprobleme nie die boodskap reg oor te dra nie.
- Om as gevolg van gehoorsteurnisse die boodskap nie reg te ontvang nie.
- 'n Onvermoë om die boodskap reg te verstaan.
- Omgewingsinvloede soos geraas.
- Om te antisipeer wat die ander persoon gaan sê.
- Om 'n eie mening ten opsigte van die boodskap te vorm.
- Om nie die doel van die onderhoud duidelik aan die begin te stel nie.
- Om nie aandagtig te luister nie.

Om doeltreffend oor kultuurgrense heen met persone te kommunikeer, verg besondere vaardighede van die maatskaplike werker (Du Bois & Miley, 1999:55). Die maatskaplike werker moet toesien dat sulke kliënte se ervarings en sienings ten opsigte van sekere sake reg verstaan en begryp word. Om mense te verstaan, moet die maatskaplike werker die nodige agtergrondkennis van die kliënt se kultuur hê (Compton & Galaway, 1999:238). Indien taal 'n probleem skep, is dit nodig dat 'n tolk gekry sal word wat die nodige tolkwerk tussen die kliënt en die maatskaplike werker sal kan doen. Omdat die grootste persentasie respondente wat in hierdie navorsing betrek is, swart was, was een van die vereistes wat die navorser vir die groepwerk gestel het, dat die groeplede Afrikaans of Engels as gesprekstaal magtig moes wees. Al die groeplede kon Engels praat en die groepbyeenkomste is

hoofsaaklik in Engels aangebied. Omdat Engels egter die groeplede se tweede taal is en hulle ook nie altyd baie ervare in die gebruik daarvan is nie, moes daar tydens die kommunikasieproses baie gebruik gemaak word van terugvoering sodat verseker kon word dat inligting reg geïnterpreteer word. Volgens Anderson (1997:96) beskou baie persone wat groepwerk as metode benut, terugvoering as belangrik. Dit sluit in terugvoer van inligting wat positief, negatief of neutraal is. Vir beide die navorser en die lede was dit noodsaaklik dat gereelde terugvoering verkry sou word om seker te maak dat dit wat die lid sê, reg verstaan word. Tydens die groepwerk het die navorser deurgaans gebruik gemaak van onder meer ondersoek, reflektoring, klarifisering, vraagstelling, fokussering, interpretering en samevatting as hulpverleningsvorme (Compton & Galaway, 1999:221-229; Du Preez, 1986:195-212). Deur middel van hierdie hulpverleningsvorme is seker gemaak dat die regte boodskap van die afsenders ontvang is.

5.7.5 EKSPLORERING

Eksplorering is noodsaaklik om 'n duidelike beeld van die groeplede se maatskaplike funksionering en dus ook hul probleemsituasie te verkry. Dit vind dus reeds in die beginfase van hulpverlening plaas (Compton & Galaway, 1999:93; Cournoyer, 1996:159; Du Preez, 1986:181).

Deur eksplorering word daar op 'n selektiewe wyse inligting oor die kliënt verkry. Deurdat kliënte hul gedagtes met die maatskaplike werker en in groepverband ook met die lede deel, kry hulle die geleentheid om hul eie situasie te ervaar. Die maatskaplike werker en die kliënt of groeplede verkry deur dié proses die geleentheid om 'n beeld van die persoon, die probleem en die situasie te vorm. Dit help alle betrokke partye om die faktore wat verband hou met die oorsprong, ontwikkeling en voortduur van die probleem te begryp. Om suksesvolle eksplorering moontlik te maak, is dit nodig dat ondersoek ingestel word en verheldering sal plaasvind. Gevoelens moet gereflekteer word, en probleme wat genoem is, moet in kleiner eenhede opgebreek word sodat dit die nodige aandag kan geniet (Cournoyer, 1996:159).

Indien die maatskaplike werker op 'n vaardige wyse eksplorieer, kan doeltreffende hulpverlening plaasvind (Du Preez, 1986:182). Omdat die navorser tydens die navorsing nie baie bedrewe was met hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte en hul behoeftes nie, is daar grootliks van eksplorering gebruik gemaak om tot die leefwêreld van hierdie mense toe te tree. Hierdeur kon insig verkry word in die maatskaplike funksionering van die groeplede en in hulle probleme wat ervaar word. Doeltreffende verkenning het sodoende hulpverlening aan dié persone bevorder.

5.7.6 ASSESSERING

Indien die ondersoekfase goed vorder, kan die maatskaplike werker volgens Cournoyer (1996:214) genoeg inligting oor die kliënt en die probleem insamel. Die maatskaplike werker en kliënt kan saam probeer om te begryp hoe die kliënt en die situasie die probleem beïnvloed asook hoe die situasie die kliënt beïnvloed. Hierna kan assessering plaasvind. Compton en Galaway (1999:253) sien assessering as: "... a cognitive thinking process; it involves thinking about data that have been collected". Daar moet besef word dat assessering 'n deurlopende proses is. Volgens Compton en Galaway (1999:254) is dit 'n poging om die volgende te bereik:

- Om die belangrikste elemente in die probleemsituasie te begryp;
- om die probleem wat die kliënt ervaar, te verstaan;
- om sterktes in die kliënt en sy omgewing te identifiseer;
- om die haalbaarheid van die kliënt se doelwitte vas te stel;
- om professionele kennis te rig op 'n aktiewe denkproses wat gemik is op die identifisering van wat in die situasie verander moet word;
- om te beplan hoe die verlangde veranderings bewerkstellig kan word.

Deur die assesseringsproses ontwikkel die kliënt insig in die probleem, 'n geloof in die hanteerbaarheid daarvan en 'n gevoel van wat 'n oplossing van

die probleem kan beteken. Die doel van assessering is om 'n doelgerigte hulpverleningsprogram daar te stel.

Om in groepwerk te kan assesseer, is dit nodig dat die funksionering van elke groeplid, die groep as geheel asook die groeplid deur die maatskaplike werker ondersoek word. Die maatskaplike werker moet elke lid se funksionering in die groep, die behoeftes van elke lid en die behandelingsplan wat die geskikste is om probleme wat ervaar word te verlig, in ag neem (Toseland & Rivas, 1998:231).

Hoewel die behoeftes van die MIV/VIGS-groeplede in hierdie navorsing deur middel van 'n skedule grootliks voor die begin van die groepsessies bepaal kon word, was assessering in die groep ook nodig om al die behoeftes wat groeplede ervaar, te bepaal. Vanuit dié assessering kon die groep- en individuele doelstellings geformuleer word en 'n behandelingsprogram saamgestel word. In die groepsituasie help lede mekaar ten opsigte van die assesseringsproses, en lede het dikwels meer insig in mekaar se probleme en hoe dit ervaar word as die maatskaplike werker self. Dié aspek is volgens Garvin (1997:78) een van die groot voordele van groepwerk.

5.7.7 KONTRAKTERING

Die term *kontraktering*, of werkooreenkoms soos sommige outeurs soos Compton en Galaway (1999:301-302) daarna verwys, word deur Potgieter (1998:154) omskryf as "... an explicitly stated agreement between a helper and client system that specifies goals for change, identifies tasks and roles for the participants in the process and lays down criteria that will be helpful during the measurement of progress towards the desired end". Kontrakte tussen die hulpverlener en die kliënt openbaar volgens Potgieter (1998:154) die volgende kenmerke:

- 'n Kontrak is 'n wedersydse ooreenkoms tussen die hulpverlener, die kliëntsisteem en ander partye. Deur 'n proses van onderhandeling word ooreenkomste bereik.

- Dit word in verstaanbare terme vir alle partye geformuleer en is vir alle rolspeleers aanvaarbaar.
- 'n Kontrak is realisties, haalbaar en pragmaties en verwag nie opdragte of take wat buite die vermoëns van enige van die partye val nie.
- Dit is 'n tweerigting-vennootskap met gedeelde verantwoordelikhede.
- Dit moet eerder fokus op wat moet gebeur as wat níe moet gebeur nie.
- Dit is dinamies en buigsaam en verteenwoordig 'n plan eerder as 'n stel rigiede reëls.
- 'n Kontrak is sensitief vir die behoeftes van die kliëntsisteem.

Toseland en Rivas (1998:164-165) sluit by Potgieter aan en wys daarop dat 'n kontrak 'n verbale of geskrewe ooreenkoms tussen twee of meer lede van die groep is. In die meeste taak- en behandelingsgeoriënteerde groepe is 'n kontrak of werkooreenkoms mondeling van aard. Somtyds vereis lede 'n geskrewe kontrak. Die geskrewe kontrak help lede om duidelikheid te verkry oor wat van elkeen in die groep verwag word. In groepwerk vind kontraktering hoofsaaklik in die beplannings- of aanvangsfase plaas.

Volgens Garvin (1997:89) word vyf soorte kontrakte in groepwerk aangetref, naamlik 'n kontrak

- tussen die groep as 'n geheel en die organisasie;
- tussen die groep en die maatskaplike werker;
- tussen 'n groeplid en die maatskaplike werker;
- tussen groeplede onderling; en
- tussen 'n lid en die groep.

Tydens die groepwerk met MIV/VIGS-pasiënte is daar gedurende die eerste byeenkoms 'n kontrak of werkooreenkoms opgestel tussen die maatskaplike

werker en die groeplede (kyk Bylae 9). Die inhoud van die ooreenkoms het ná oorlegpleging met die groeplede die volgende ingesluit:

- Alle inligting soos die MIV/VIGS-status van die lede in die groep sal as vertroulik beskou word.
- Geen vertroulike inligting van 'n groeplid sal sonder sy of haar toestemming met enige persoon buite die groep bespreek word nie.
- Groeplede mag nie sonder 'n geldige verskoning van 'n byeenkoms wegbly nie.

Die vernaamste beginsels wat lede in die werksooreenkoms ingesluit wou hê, was die bepaling oor vertroulikheid. Hulle het almal 'n baie hoë premie op hierdie aspek geplaas. Hierdie ooreenkoms is deur alle lede, die navorser en 'n getuie onderteken.

5.7.8 HULPBRONBESTUUR

Maatskaplike werkers help dikwels kliënte om toegang tot hulpbronne te verkry en om dienslewering van verskeie hulpbronne te koördineer. Hulpbronbestuur beteken om met die kliënt saam te werk, en die kliënt asook die hulpbron op só 'n wyse met mekaar te verbind dat dit die kliënt se selfbeeld en probleemoplossende vermoëns sal versterk (Du Bois & Miley, 1999:249-250).

Om hulpbronne tot die beskikking van groeplede te stel, is volgens Toseland en Rivas (1998:113) noodsaaklik in groepwerk. Om bronne op 'n doeltreffende wyse deur middel van assessering en verwysing aan die kliënt bekend te stel, kan vir die kliënt van groot waarde wees. Ander lede in die groep kan ook, met die hulp van die maatskaplike werker, inligting oor hulpbronne waarvoor hulle beskik, aan die groep bekend stel. Op dié wyse kan 'n netwerk van hulpbronne binne die groep opgebou word waarvan lede gebruik kan maak. Hulpbronne sluit onder meer in mediese sorg, tuis- en gesondheidsorg, finansiële bystand, gesinsbeplanningfasiliteite en werkgeleenthede (Toseland &

Rivas, 1998:113). Hoffmann en Sallee (1994:5) som dit soos volg op: "People need resources, whether those resources are other people or more money and a better education."

Tydens die groepwerksessies met die MIV/VIGS-pasiënte het die navorser nie net aan die groeplede advies verleen en leiding verskaf oor die benutting van hulpbronne nie, maar het die groeplede mekaar ook aan hulpbronne binne die gemeenskap bekend gestel. In dié situasie het dit veral gegaan oor hulpbronne ten opsigte van mediese versorging van die MIV/VIGS-pasiënte by hospitale en klinieke, maatskaplikewerk-dienste soos berading, pleegsorg-dienste, asook moontlike werkgeleenthede. Die navorser kon hulle veral behulpsaam wees om toegang te verkry tot die dienste van maatskaplike werkers in hul onderskeie gemeenskappe.

5.7.9 LEI VAN 'N GROEPGESPREK

Om 'n groep suksesvol te lei, verg bepaalde vaardighede van 'n maatskaplike werker. Corey en Corey (1997:68) beweer die volgende in dié verband: "Although the personality characteristics of the group leader are among the most important determinants of group outcomes, we think it is a mistake to assume that being a person of goodwill and approaching your group enthusiastically are all you need to lead effectively ... Basic counselling skills specific to group situations must be developed." Om 'n groep dus suksesvol te kan lei, moet 'n maatskaplike werker oor die basiese vaardighede soos reflektoring, luister, klarifisering, interpretering en kontraktering beskik.

Volgens Toseland en Rivas (1998:104) verskil die vaardighede in die lei van 'n groep ietwat van dié wanneer met 'n individu gewerk word. Beide die groeplede en die maatskaplike werker het 'n groter keuse ten opsigte van die vlak en fokus van hul interaksie in die groep. Hulle het byvoorbeeld 'n keuse om aktief of passief in die groep op te tree en om met sekere lede meer interaksie te hê as met ander lede.

Om 'n groep met sukses te lei, moet die maatskaplike werker volgens

Toseland en Rivas (1998:104-108) onder meer in staat wees om

- alle lede in die groep te betrek;
- lede daartoe te lei dat hulle hul gedagtes en gevoelens met die groep deel;
- die groep te lei om slegs op dit wat bespreek word te fokus;
- lede bewus te maak van die interaksie van die groeiproses;
- doeltreffende wedersydse interaksie tussen lede te laat plaasvind;
- sinvol inligting in te samel en suksesvol in die groep te assessee;
- groeplede te ondersteun in hul pogings om hulself maar ook die ander groeplede te help;
- deur middel van advies en voorstelle die lede te lei in die aanleer van nuwe gedrag, die begrip vir probleme wat hulle ervaar en hoe om probleemsituasies te verander; in dié verband tree die maatskaplike werker nie alleen op nie, maar kan die insette van die ander lede ook gebruik word; en
- deur middel van modellering en rolspel bepaalde gedrag vir groeplede aan te leer.

Die maatskaplike werker moet in staat wees om die groep as geheel te ontwikkel. Dit is noodsaaklik dat elke lid in die groep doeltreffend sal groei en ontwikkel. Omdat daar nie tydens 'n sessie aan slegs een persoon hulp verleen word nie, maar aan 'n aantal persone, verg dit besondere vaardigheid van die maatskaplike werker om elke groeplid binne die groep as individu te sien en maksimaal te laat groei en ontwikkel.

In die twee groepe wat vir die doeleindes van hierdie navorsing met MIV/VIGS-pasiënte aangebied is, was dit vir die navorser nodig om nie alleen deurgaans dié vaardighede in die groep toe te pas nie, maar om dit ook

maksimaal te ontwikkel. Om die groep doelgerig te lei, was dit noodsaaklik dat die navorser tydens elke groepsessie deeglik voorberei was. Dit het behels dat die navorser moes voorberei ten opsigte van onder meer die onderwerp, die administratiewe reëlings, die behoeftes van die lede, die hulpmiddels en die emosionele voorbereiding van haarself. Die lede van die groep het hoë emosionele eise aan die navorser gestel. Die omstandighede waarin die lede hulle bevind, het veral 'n emosionele uitwerking op die navorser gehad. Om haar ten volle tot die groep se beskikking te stel, was dit dus nodig dat sy haar doelbewus moes voorberei om objektief op te tree.

5.8 SAMEVATTING

Vanuit die geïntegreerde benadering moet maatskaplike werk fokus op die maatskaplike funksionering van die individu met sy omgewing. In die lig hiervan het die professie nie net ten doel die beskerming en versorging van kwetsbare individue nie, maar ook die voorkoming van maatskaplike wanfunksionering, die ontwikkeling van hulpbronne en die evaluering en ontwikkeling van maatskaplikewerk-beleid.

Mensbeskouing speel 'n bepalende rol in die werkwyse, denke en gevoelens van die maatskaplike werker. Die maatskaplike werker moet rekenskap gee van die mens wat hy of sy is. Hierdie beskouing werk bepalend in op die betekenis wat die maatskaplike werker se dienste of hulpverlening openbaar.

Om hulp aan die individu, groep en gemeenskap te verleen, is daar sekere beginsels wat as riglyne vir die maatskaplike werker ten opsigte van die vestiging en opbouing van 'n professionele werkverhouding dien. Die beginsels wat veral van belang is tydens hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt, is onder meer aanvaarding, vertroulikheid, individualisering en empatie. Die handhawing van vertroulikheid speel as gevolg van VIGS wat 'n nie-aanmeldbare siekte in Suid-Afrika is, 'n baie vername rol.

Daar is verskillende metodes in maatskaplike werk waardeur hulp verleen kan word. Daar word tradisioneel na die drie primêre metodes verwys as gevalle-, groep- en gemeenskapswerk en -ontwikkeling. Die twee sekondêre

metodes is administrasie en navorsing. Dié metodes lewer almal 'n direkte of indirekte bydrae ten opsigte van hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt. Die persoon kan óf as individu óf in 'n groep óf gemeenskap hulp benut. Hulpverlening kan nie suksesvol wees indien die bestuur of administrasie ten opsigte van die hulpverlening nie doeltreffend is nie. Maatskaplikewerknavorsing op die gebied van MIV/VIGS is 'n saak wat beslis aandag verdien. Daar is geleenthede in die praktyk vir maatskaplike werkers om hierby betrokke te raak, en maatskaplike werkers moet dié geleenthede aangryp.

Maatskaplike werkers kan uit 'n verskeidenheid vaardighede, afhange van die behoeftes en probleemsituasies van persone, kies en gebruik wat die geskikste is in die hantering van behoeftes en probleme. Vaardighede wat veral nuttig in hulpverlening aan individue binne groepverband aangewend kan word, is onder andere die vermoë om sinvolle verhoudings op te bou, te kommunikeer, te eksploreer en te assesser. Kontraktering speel ook in groepwerk met MIV/VIGS-pasiënte 'n belangrike rol aangesien groeplede hulle dan tot sekere ooreenkomste wat gestel word tydens hulpverlening, verbind.

Soos vroeër in hierdie hoofstuk vermeld, is groepwerk een van die metodes van maatskaplike werk waardeur hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte deur middel van die groepwerkproses gelewer kan word. Die beplanningsfase is een van die belangrikste fases van die groepwerkproses. In Hoofstuk 6 word die rol wat groepwerk in hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte speel, breedvoerig bespreek.

HOOFSTUK 6

GROEPWERK MET MIV/VIGS-PASIËNTE

6.1 INLEIDING

Hulpverlening aan die individu deur middel van groepwerk as metode geskied volgens die groepwerkproses. Die verloop van die groepwerkproses kan in bepaalde fases ingedeel word.

Die beplanningsfase is een van dié fases van die groepwerkproses wat deeglike aandag van die maatskaplike werker verg. Die maatskaplike werker moet verskeie take tydens die beplanningsfase uitvoer om te verseker dat hulpverlening deur middel van groepwerk 'n sukses is. Die wyse waarop hierdie take uitgevoer word, sal bepaal hoe gou en hoe doeltreffend die doelstellings wat in die groep gestel is, bereik word.

Hierdie hoofstuk bied 'n uiteensetting van die fases in die beplanning van groepwerkhulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte. Vir die doel van dié navorsing sal veral aandag geskenk word aan die doel van groepwerk in hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte asook die fases wat deurloop moet word tydens die beplanning van groepwerkdienste aan groepe van hierdie aard.

6.2 DIE DOEL VAN GROEPWERK

Volgens Du Preez (1986:34) verskil die algemene doelstellings van die drie primêre metodes in maatskaplike werk, naamlik gevalle-, groep- en gemeenskapswerk, nie van mekaar nie. Die doel van groepwerk is om hulpverlening in groepverband aan mense te lewer wat bewus of onbewus is van hul maatskaplike probleme en behoeftes. Vanweë gebrekkige middele en die noodsituasie waarin hulle verkeer, kan hulle nie uit eie krag of kennis sonder die hulp van 'n maatskaplike werker hul probleme te bowe kom nie.

Roux (1997:8) sluit by Du Preez aan en wys daarop dat die algemene doelstelling van groepwerk dieselfde as die algemene doelstelling van maatskaplike werk is, naamlik om die maatskaplike funksionering van mense te bevorder.

Gesien teen die agtergrond van die MIV/VIGS-pandemie in Suid-Afrika ontstaan die vraag of groepwerk enigsins 'n doel dien in die versterking van die lewenskwaliteit en dus ook in die doeltreffende funksionering van die MIV/VIGS-pasiënt. Volgens Skidmore *et al.* (1994:73) is groepwerk 'n metode waarvolgens met individue in groepe gewerk word ter verbetering van die maatskaplike funksionering van die individu. Groepwerk is voorts volgens Skidmore *et al.* (1994:73) "... a method of reducing or eliminating roadblocks to social interaction and for accomplishing socially desirable purposes". Viney en Allwood (1991:247) sluit by Skidmore *et al.* (1994:73) aan en sê die volgende: "Group therapy is an effective way of helping people cope better with crisis-generating events ... It should give clients a perspective on AIDS-related events, some sense of sharing the problems they raise, and opportunities to express their emotions and to develop some group support". Gesien teen hierdie agtergrond het groepwerk as metode deur middel van ondersteuning aan groeplede 'n besliste taak in die verbetering van die MIV/VIGS-pasiënt se lewenstevredenheid en -kwaliteit en dus ook in die maatskaplike funksionering van hierdie pasiënte.

Volgens Corey en Corey (1997:370) benadeel MIV/VIGS-pasiënte dikwels hul doeltreffende maatskaplike funksionering met sienings soos: "Ek is 'n nare persoon" of "Ek voel God straf my". Dié siening van hulself word dikwels versterk deur neerhalende opmerkings van ander persone oor hul MIV-status. In die groepwerksituasie bevind die MIV/VIGS-pasiënt hom of haar in 'n groep saam met andere wat dieselfde probleme ervaar. Die groepsituasie skep 'n veilige omgewing waarbinne hulle hul belewings, angs en gevoelens teenoor mekaar kan blootlê. In die ondersteunende klimaat van die groep kan die groeplede openlik praat oor die uitwerking wat stigmatisering op hulle uitoeven. Hulle kan hul eie sienings oor hulself verander. In plaas van hulself te verwyf, leer hulle om hulself te vergewe en te aanvaar. Die groep skep 'n

klimaat waarbinne die lede gehelp kan word om die beste te maak van die tyd tot hul beskikking. Corey en Corey (1997:371) sê in dié verband die volgende: "By sharing their fears, these participants can find some measure of hope by realizing that they are not completely alone in facing an uncertain future." Deur middel van groepwerk kan dié persone dus gehelp word tot doeltreffende maatskaplike funksionering in die lewensituasie waarbinne elkeen hom/haar bevind.

Tydens die navorsing is daar in die skedule aan die 110 respondente gevra of hulle bereid is om deel van 'n groep MIV/VIGS-pasiënte te wees waardeur hulle gehelp kan word om hul lewenskwaliteit te verhoog. In reaksie op dié vraag het 86 (78,18%) van die respondente aangedui dat hulle wel aan so 'n groep wil deelneem. Drie (2,73%) respondente was onseker, en 21 (19,09%) het aangedui dat hulle nie graag aan so 'n groep wil behoort nie. Hierdie houding van die respondente kan wees as gevolg van geheimhouding en hul vrees dat andere sal agterkom dat hulle MIV-positief is. Indien MIV/VIGS as 'n aanmeldbare siekte verklaar word, kan dit die probleem oorbrug. Die response op die vraag het 'n aanduiding gebied dat MIV/VIGS-pasiënte wel 'n sterk behoefte het aan die ondersteuning deur andere. Vanuit hierdie response is daar besluit om voort te gaan met die beplanning van groepwerkhulpverlening aan hierdie pasiënte.

6.3 DIE BEPLANNING VAN GROEPWERKDIENTSTE

In die benutting van die groepwerkproses kan die vertikale of horisontale benadering volgens Du Preez (1986:131) gevolg word. Die vertikale benadering word in verskillende onderdele verdeel, naamlik groepsmotivering, strukturering, waardes en norme, beheer, atmosfeer, groepsverbondenheid, programbeplanning en verhoudings. Die verloop van die fases in die groepwerkproses, ook genoem die horisontale benadering, word deur verskillende outeurs in verskillende fases ingedeel (Du Preez, 1986:153-154; Toseland & Rivas, 1998:145-407). Hierdie fases verskil nie in wese van die fases van die maatskaplikewerk-proses soos bespreek in Hoofstuk 5 nie. Die indeling van die fases wat hoofsaaklik gevolg word, is die voorbereidings- of beplannings-

fase, die aanvangs-, benuttings- en afsluitingsfase (Du Preez, 1986:156-161; Toseland & Rivas, 1998:145-407). Vir die doeleindes van hierdie navorsing sal die beplanningsfase en die take wat die maatskaplike werker tydens hierdie fase moet uitvoer, breedvoerig bespreek word.

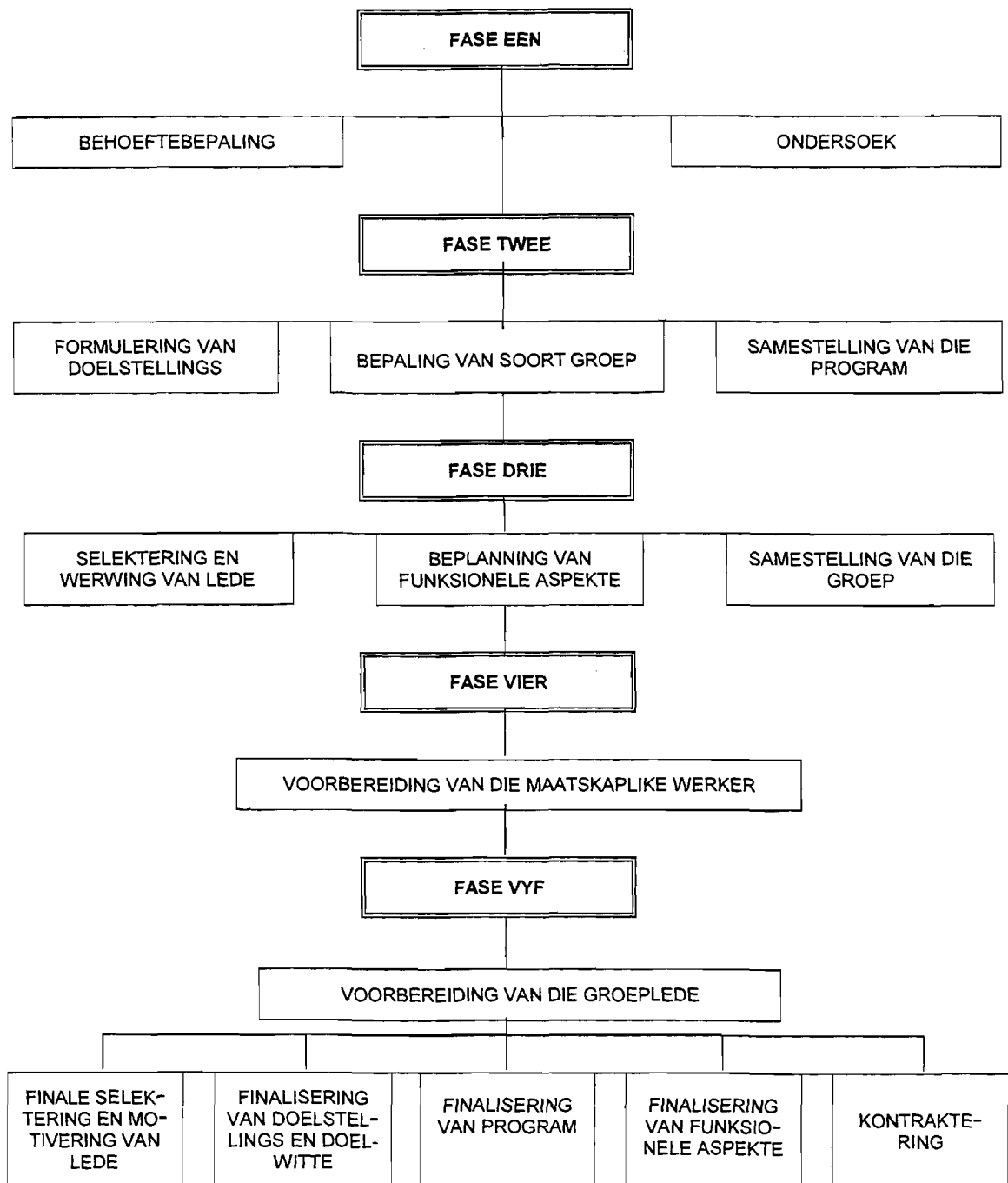
Deeglike beplanning of voorbereiding van groepwerkdienste is bepalend vir doelgerigtheid in die hulpverleningsproses (Corey & Corey, 1997:106; Garvin, 1997:50; Roux, 1997:36). Die maatskaplike werker kan nie met die groep begin indien 'n aantal take nie voor die eerste groepbyeenkoms afgehandel is nie. In dié verband wys Garvin (1997:50) op die volgende: "In addition, research shows that the way these activities are performed will affect how rapidly and effectively the group moves toward its goals."

In die beplanning van die groep is dit nodig dat die maatskaplike werker fokus op elke individuele lid van die groep, die groep as geheel en die omgewing. Wanneer daar op die individuele lid gekonsentreer word, moet die maatskaplike werker elke lid se motivering, verwagtings en doelstellings waarom hy of sy die groep wil bywoon, in ag neem. Indien op die groep as geheel gefokus word, moet die maatskaplike werker die doel van die groep en die dinamika wat in die groep ontwikkel, in ag neem. Hiermee saam moet die invloed wat die omgewing in die vorm van onder meer die organisasie wat die diens lewer, die gemeenskap en die samelewing op die groep het, ook in ag geneem word (Toseland & Rivas, 1998:145).

Outeurs soos Eckley (1979:110-134), Du Preez (1986:156-161), Garvin (1997:52-73), Roux (1997:36) en Toseland en Rivas (1998:147-171) bespreek verskeie vereistes wat van belang is tydens die beplanning of voorbereiding van groepwerkdienste.

Hoewel verskillende outeurs verskillende fases in die beplanning van groepwerk aanbeveel, word vir die doeleindes van hierdie studie volstaan met die volgende indeling:

Skematiese voorstelling 3: Die fases tydens die beplanning van groep-werk



(Roux, 1997:42)

In 'n neutedop saamgevat, kan die beplanning soos volg opgesom word: Tydens die eerste fase moet daar aan twee fasette aandag gegee word, naamlik die behoeftebepaling en die ondersoek. Tydens fase twee moet doelstellings geformuleer word, die soort groep moet bepaal word en 'n

voorlopige program moet saamgestel word. Tydens fase drie moet die lede gewerf en geselekteer word, funksionele aspekte soos tyd, plek en duur moet beplan word, waarna die program saamgestel word. Tydens fase vier is dit noodsaaklik dat die maatskaplike werker self moet voorberei vir die groep. Gedurende fase vyf moet die groeplede voorberei word, en aandag moet gegee word aan die finale selektering en motivering van groeplede, die finale formulering van doelstellings, die finale programbeplanning, asook finale reëlings ten opsigte van die funksionele aspekte en waar nodig, die sluit van 'n kontrak of werkooreenkoms.

Vervolgens sal die verskillende fases bespreek word soos in Skematiese Voorstelling 3 uiteengesit is.

6.3.1 BEHOEFTEBEPALING

Voordat groepwerk oorweeg word, moet die maatskaplike werker 'n behoeftebepaling doen oor die gemeenskaplike probleme en behoeftes wat by kliënte of in die gemeenskap mag voorkom (Du Preez, 1986:156; Garvin, 1997:52; Heap, 1985:21; Roux, 1997:37). Alvorens enigsins gedink kan word aan die samestelling van 'n groep, moet 'n gemeenskaplike behoefte in die gemeenskap of die gevallelading van die maatskaplike werker vir 'n bepaalde soort groep bestaan. Daar kan ook 'n behoefte uit die probleme van gevalleladings van ander organisasies vir 'n bepaalde tipe groep bestaan. Bloot die bestaan van 'n gemeenskaplike behoefte of probleem kan volgens Skidmore *et al.* (1994:79) tot die vorming van 'n groep lei. Reid (1991:64) sluit hierby aan deur op die volgende te wys: "A group's conception occurs at the point when one or more people begin to think of a group as a plausible means of addressing some problem". Hieruit blyk dit duidelik dat daar vanuit 'n probleemsituasie wat in 'n gemeenskap ontstaan, 'n behoefte by 'n groep mense ervaar word om aandag aan die probleem of probleme te skenk. Indien die probleem wel bestaan, kan die maatskaplike werker op verskeie maniere bepaal hoe sterk dié behoefte is. Behoeftiebepalings kan gedoen word deur vraelyste in te vul en omsendbriewe, koerantberigte of uitnodigings uit te stuur (Lovell, Reid & Richey, 1992:97).

Tydens hierdie navorsing was dit noodsaaklik dat die behoeftes van die respondente wat ook die groeplede insluit, bepaal word. Hulle is MIV/VIGS-pasiënte wat uit agtergeblewe gemeenskappe afkomstig is. Min navorsing is in die verlede oor die behoeftes wat hulle ervaar, gedoen. Die navorser, wat die groepe self gelei het, het oor min kennis en ervaring ten opsigte van die behoeftes en funksionering van MIV/VIGS-pasiënte beskik. 'n Skedule met kwalitatiewe en kwantitatiewe vrae is saamgestel, wat gedurende die eerste basislynintervensie gedurende Maart 2000 deur die navorser ingevul is (kyk Bylae 1).

Op grond van die behoeftebepaling wat vroeër in Hoofstuk 4 bespreek is, is besluit om aan die volgende behoeftes van die respondente/groeplede aandag te gee:

- Kennis oor wat MIV/VIGS behels.
- Die wyses waarop MIV/VIGS versprei word.
- Die wyses waarop MIV/VIGS voorkom kan word.
- Die fases in die ontwikkeling van MIV tot VIGS.
- Die kenmerkende simptome van MIV/VIGS.
- Die vereistes vir 'n gebalanseerde dieet vir MIV/VIGS-pasiënte.
- Die vereistes vir 'n geskikte oefenprogram vir MIV/VIGS-pasiënte.
- Die rol wat familie en vriende in die lewe van MIV/VIGS-pasiënte speel.
- Die wyses waarop MIV/VIGS-pasiënte ander persone moet inlig dat hy of sy MIV-positief is.
- Die wyse waarop MIV/VIGS-pasiënte gevoelens van angs en spanning wat ervaar word, kan hanteer (Roux *et al.*, 2001:10).

Tydens die eerste groepbyeenkoms is die behoeftes weer eens aan die groeplede oorgedra en bespreek. Sodoende is bepaal of dit die ondersoek-

groep se ware behoeftes is wat uit die ondersoek na vore gekom het. Tydens dié groepbyeenkoms het die groeplede ook besluit om die rol wat geloof en godsdiens in die hul lewens speel, tydens een van die groepbyeenkomste te bespreek. Dit was een van die behoeftes wat al die groeplede in Potchefstroom sowel as in Fochville ervaar het.

Die navorser het laasgenoemde onderwerp nie in die behoeftebepalingsvraelys ingesluit nie, omdat daar nie voorsien is dat hulle wel dié behoefte sou ervaar nie. Nadat hulle die behoefte uitgespreek het, was dit duidelik dat daar beslis 'n behoefte bestaan het om oor die rol wat godsdiens en geloof in hul lewens as MIV/VIGS-pasiënte speel, te praat. Dit was dus nie 'n aspek wat die maatskaplike werker kon verontagsaam nie (Gilbert, 2000:67-82).

In 'n wêreld waar soveel probleme en chaos aan die orde van die dag is, is dit noodsaaklik dat 'n terapeut die godsdienstige sisteem van die MIV/VIGS-pasiënt en die familie tydens hulpverlening in gedagte moet hou. Die toetrede van die terapeut tot hierdie vlak van die kliënt se funksionering kan 'n verskil maak in die lewe van die kliënt (Kasiram, 1999:24-25).

Daar is voorts saam met die groeplede besluit dat aandag ook geskenk sal word aan toekomsbeplanning. Die groeplede wou meer inligting verkry oor aspekte wat hulle in gedagte moet hou wanneer hulle vir die toekoms, veral ten opsigte van die versorging van hul kinders, moet beplan.

6.3.2 ONDERSOEK

Die ondersoekfase volg op die behoeftebepaling. Aspekte wat volgens Roux (1997:37) in hierdie fase aandag moet geniet, is die volgende:

- Die aard, omvang en manifestering van die nood of behoeftes van die groeplede wat hulp verlang.
- Sekerheid of die diens binne die beleid van die organisasie val.
- Duidelikheid of daar voldoende finansiële steun bestaan vir die diens wat gelewer word.

- Die beskikbaarheid van voldoende tyd vir dienslewering deur die maatskaplike werker.
- Die beskikbaarheid van voldoende steun vir die projek (Butler & Wintram, 1993:27-28).
- Die beskikbaarheid van steunstelsels soos hulpbronne wat oor spesiale kennis/dienste beskik (Pentz, 1995:112-113).

Indien daar onsekerheid oor die beskikbaarheid van fondse en ander noodsaaklike bronne heers, is dit raadsaam dat die maatskaplike werker nie met die beplanningsproses voortgaan voordat bevestiging verkry is nie. Omdat daar dikwels in groepwerk van die kennis en dienste van ander lede van die multidissiplinêre span gebruik gemaak word, moet seker gemaak word dat die dienste wel beskikbaar is.

Tydens hierdie navorsing is die nodige belangstelling vir die projek asook navorsingsfinansiering gekry. Potchefstroom beskik oor voldoende hulpbronne soos die plaaslike universiteit. Die navorser het nie probleme ervaar om van die kennis en dienste deur lede van die multidissiplinêre span gebruik te maak nie. Daar is hoofsaaklik gebruik gemaak van die dienste van voedingkundiges, verpleegkundiges, sielkundiges en biokineticici.

6.3.3 FORMULERING VAN DOELSTELLINGS

Voordat die maatskaplike werker kontak met die voornemende groeplede maak, moet voorlopige doelstellings en doelwitte geformuleer word (Roux, 1997:37). Toseland en Rivas (1997:147) sluit hierby aan deur op die volgende te wys: "The first and most important question that can be asked about a proposed group is 'what is the group's purpose?'" Om reeds in hierdie stadium van die beplanning aan die formulering van doelstellings aandag te skenk, verseker dat die maatskaplike werker sekerheid het oor wat bereik moet word.

Die formulering van doelstellings tydens die beplanningsfase sal 'n aandui-

ding bied van hoe die groep saamgestel moet word, wat die program behels, die aantal byeenkomste wat beplan word, en watter persoon geskik sal wees om die groepwerk aan te bied (Garvin, 1997:51).

Die doelstellings en doelwitte wat deur die groep geformuleer word, moet in ooreenstemming wees met die behoeftes van die persone vir wie die groep beplan word (Corey & Corey, 1997:120; Garvin, 1997:50-54; Reid, 1991:207-209). Dit sal verseker dat die doelstellings van die individuele groeplede ooreenstem met dié van die groep (Gazda, Ginter & Horne, 2001:192).

Die doelstelling van die groep met MIV/VIGS-pasiënte wat vir die doel van hierdie navorsing saamgestel is, was om die lewenskwaliteit van die groeplede te verhoog en hulle tot doeltreffende maatskaplike funksionering te lei. Vanuit die doelstelling en die behoeftebepaling wat tydens die navorsing gedoen is, is die volgende voorlopige doelwitte vir die groep van MIV/VIGS-pasiënte geformuleer:

- Om die lede se kennis ten opsigte van MIV/VIGS te verbeter.
- Om die gesondheid van lede te verbeter deur middel van inligting wat verstrekkend word oor 'n gebalanseerde dieet, oefening en die gebruik van medikasie om infeksies te voorkom, asook die benutting van bestaande gesondheidsdienste in die gemeenskap.
- Om die lede se gevoelens van angs, hartseer en depressie te bespreek en aan hulle vaardighede te leer om dit te hanteer.
- Om lede aan te moedig om andere oor hul siekte in te lig en hulle kommunikasievaardighede te leer sodat hulle in staat is om die boodskap oor te dra (Roux *et al.*, 2001:39).

6.3.4 BEPALING VAN DIE SOORT GROEP

Voordat die maatskaplike werker lede vir die groep kies, is dit noodsaaklik dat bepaal word watter soort groep beplan word. Die soort groep waarop besluit

word, moet ooreenkomstig die behoeftes van voornemende groeplede en die voorlopige doelstellings wat vir die groep geformuleer is, saamgestel word (Roux, 1997:38).

In die literatuur word verskeie indelings- van soorte groepe by verskillende outeurs aangetref, soos Corey en Corey (1997:9-14), Du Preez (1986:61-69), Reid (1991:8-11) en Strydom (1990:51-54). Die navorser het aansluiting gevind by die indeling van Toseland en Rivas (1998:13-45). Volgens laasgenoemde skrywers (Toseland en Rivas, 1998:14) kan daar hoofsaaklik tussen twee soorte groepe onderskei word, naamlik behandelingsgeoriënteerde en taakgeoriënteerde groepe. Behandelingsgeoriënteerde groepe sluit ondersteunings-, opvoedkundige, groei-, terapeutiese en solisialiseringsgroepe in. Taakgroepe word veral aangetref in organisasies en ondernemings. Dié groepe word benut om oplossings te vind vir probleme in die organisasie, om nuwe idees te genereer en om besluite te neem. Dit sluit onder meer in spanvergaderings, komitees en rade (Toseland & Rivas, 1998:28). Die groep MIV/VIGS-pasiënte hoort tuis onder 'n behandelingsgeoriënteerde groep.

6.3.4.1 ONDERSTEUNINGSGROEPE

Toseland en Rivas (1998:21) omskryf ondersteuningsgroepe soos volg: "Support groups can be distinguished from other groups using supportive intervention strategies by their primary goal: to help members cope with stressful life events and to reestablish and enhance members' coping abilities so they can effectively adapt to and cope with future stressful life events." Kurtz (1997:4) omskryf 'n ondersteuningsgroep soos volg: "Support groups meet for the purpose of giving emotional support and information to persons with a common problem." Ondersteuningsgroepe bied die nodige emosionele steun aan lede sodat hulle situasies wat spanning in hulle lewens veroorsaak, kan hanteer. In hierdie groepe word hulle met die nodige kennis bemagtig wat hulle verder in staat stel om probleme baas te raak.

Die maatskaplike werker se vernaamste rol in die ondersteuningsgroep is om aan die lede hoop vir die toekoms te bied en om hulle te motiveer om hul

hanteringsvaardighede deur selfhulp te verbeter (Toseland & Rivas, 1998:21). Groeplede word in die groep aangemoedig om inligting in die groep met ander groeplede te deel om só andere te ondersteun. Ondersteuningsgroepe help die groeplede volgens Meier (1997:38) om hul vlakke van psigiese spanning te verlig en hul hanteringsvaardighede te verbeter deur 'n veilige omgewing daar te stel waarin hulle hul gevoelens kan verwoord. Pomeroy, Kiam en Abel (1999:174) sluit hierby aan deur op die volgende te wys: "People infected or affected by HIV/AIDS, in particular, need this group support due to the high degree of stigma associated with this illness." In die groep ervaar die lede emosionele steun van andere, en terugvoering word aan mekaar gebied oor hoe om moeilike of probleemsituasies te hanteer. Omdat ondersteuning volgens Toseland en Rivas (1998:23) die basis van baie van die ander tipe groepe vorm, word die strategieë van 'n ondersteuningsgroep ook in die ander behandelingsgeoriënteerde groepe aangetref.

6.3.4.2 OPVOEDKUNDIGE GROEPE

'n Opvoedkundige groep het hoofsaaklik ten doel om die groeplede te help om nuwe kennis en vaardighede ten opsigte van hulself en hul omgewing aan te leer (Strydom, 1990:52; Toseland & Rivas, 1998:23). Hoewel ander groepe elemente van opvoeding en die oordra van kennis het, is opvoedkundige groepe se primêre doel om kennis en inligting oor te dra. 'n Groep waarin kennis oor MIV/VIGS aan byvoorbeeld studente oorgedra word, dien as voorbeeld van 'n opvoedkundige groep.

6.3.4.3 GROEIGROEPE

In groeigroepe word die groeplede volgens Toseland en Rivas (1998:24) die geleentheid gebied om bewus te word van hul eie en andere se emosies, gedagtes en gedrag, sowel as die wyses waarop dit verander kan word. Toseland en Rivas (1998:24) wys op die volgende ten opsigte van groeigroepe: "Growth groups focus on promoting socio-emotional health rather than remediating socio-emotional illness". Wanneer die groepe saamgestel

word, kies die maatskaplike werker gewoonlik lede met 'n uiteenlopende agtergrond wat oor die vermoë beskik om andere te verryk en hul ervarings te verbreed.

6.3.4.4 TERAPEUTIESE GROEPE

Terapeutiese groepe is volgens Toseland en Rivas (1998:25) groepe waar groeplede gehelp word om hul gedrag te verander om met persoonlike probleme te "cope" of om hulself te rehabiliteer ná 'n fisiese, psigiese of maatskaplike traumatiese ervaring. Corey en Corey (1997:10) sluit hierby aan en wys op die volgende: "The group worker who specializes in counseling/interpersonal problem solving seeks to help group participants resolve the usual, yet often difficult, problems of living through interpersonal support and problem solving." Die maatskaplike werker help die groeplede ook om hul eie probleemoplossende vaardighede te ontwikkel sodat hulle beter in staat is om toekomstige probleme van dieselfde aard die hoof te bied (Toseland Rivas, 1998:25-26).

Corey en Corey (1997:10) som terapeutiese groepe in die volgende stelling op: "... the broad purpose of a therapeutic group is to increase people's knowledge of themselves and others, help them clarify the changes they most want to make in their lives, and give them some of the tools necessary to make these changes". Die terapeutiese groep bestaan uit persone met gemeenskaplike probleme en bied aan die groeplede die geleentheid om hulle persoonlike probleme te bespreek en deur middel van die insigte waartoe hulle kom, die probleme te hanteer.

6.3.4.5 SOSIALISERINGSGROEPE

Volgens Toseland en Rivas (1998:26) help sosialiseringsgroepe lede om mekaar te help om sosiale vaardighede en aanvaarbare gedragspatrone aan te leer sodat hulle doeltreffend in die gemeenskap kan funksioneer. Dié groepe maak veral gebruik van programaktiwiteite soos uitstappies (Strydom, 1990:53).

Die MIV/VIGS-groep wat in hierdie navorsing betrek is, kan hoofsaaklik as 'n terapeutiese groep geklassifiseer word maar beskik ook oor elemente van 'n

opvoedkundige en 'n ondersteuningsgroep (Roux *et al.*, 2001:39). Kennis is veral tydens die eerste paar groepbyeenkomste oorgedra. Die groep was egter deurgaans van 'n terapeutiese aard deurdat lede gehelp is om gedrag te verander en om met probleme wat hulle ervaar, te "cope". Tydens die hulpverlening wat plaasgevind het, het die groep as 'n baie sterk steunstelsel vir die individuele lede gedien. In die groep is lede gehelp om situasies in hul lewe te hanteer wat baie spanning veroorsaak het. Die ondersteuning wat van elke lid, die navorser en die groep as geheel verkry is, kan nie gering geskat word nie.

6.3.5 SAMESTELLING VAN DIE PROGRAM

Volgens Roux (1997:38-39) moet die maatskaplike werker reeds in die beplanningstadium aandag skenk aan die beplanning van 'n voorlopige groepwerkprogram. Die program moet ooreenstem met die behoeftes wat geïdentifiseer is en die doelstellings en doelwitte wat geformuleer is. Aandag moet ook geskenk word aan moontlike hulpmiddels wat tydens groepbyeenkomste gebruik gaan word soos speletjies, rollespel en video's. Dié hulpmiddels hou volgens Du Preez en Alpasian (1992:25) die volgende waarde in vir die maatskaplike werker:

- Hulpmiddels help om groeplede te laat sosialiseer.
- Groeplede word die geleentheid gebied om hul gevoelens uit te druk.
- Hulpmiddels kan benut word in ondersoeking en assessering.
- Die groepgesprek kan deur middel van 'n hulpmiddel geïnisieer word.

In die beplanningsfase is die program slegs voorlopig van aard. Dit sal tydens die motivering en voorbereiding van die groeplede asook gedurende die eerste byeenkoms gefinaliseer word. Die maatskaplike werker moet tydens die ontmoeting en werwing van groeplede aan die moontlike groeplede 'n aanduiding bied van wat met die groep beoog word en wat die moontlike onderwerpe is wat bespreek gaan word.

Die waarde van programbeplanning in dié stadium sluit die volgende in:

- Dit bied aan die maatskaplike werker rigting en skakel minder suksesvolle probeerslae uit (Whitaker, 1989:5).
- Voornemende groeplede word ingelig oor moontlike aktiwiteite tydens groepbyeenkomste. Hulle kan hul hiermee identifiseer en dit stimuleer hul eie gedagtes sodat hul met hul eie kreatiewe idees vorendag kan kom.
- Dit bied aan die groeplede 'n gevoel van veiligheid en sekuriteit as hulle op die hoogte is van die aktiwiteite wat tydens die groepbyeenkomste bespreek word.
- Dit verseker dat die programaktiwiteite aansluit by die beleid van die organisasie en veral ook by die behoeftes van die voornemende lede sowel as die doelstellings van die groep (Roux, 1997:39).

In Hoofstuk 7 word 'n breedvoerige uiteensetting gebied van die program wat in hierdie navorsing beplan is. Die doelwitte van elke byeenkoms sal ook bespreek word.

6.3.6 SELEKTERING EN WERWING VAN LEDE

Die belangrikheid van selektering van die geskikte lede vir die groep word deur verskeie outeurs soos Anderson (1997:83-84), Corey en Corey (1997:115), Du Preez (1986:115), Garvin (1997:54-61) en Toseland en Rivas (1998:151-153) onderskryf. Die kriterium om in gedagte te hou wanneer daar aan moontlike lede vir die groep gedink word, is om potensiële groeplede te kies wat die maatskaplike werker se idee van wat in die groep moet plaasvind, deel. Dit verseker dat die doelstellings van die groeplede ooreenstem met die doelstellings wat vir die groep gestel is. Gazda *et al.* (2001:178) beweer dat die werwing van lede 'n tweeledige aktiwiteit is, naamlik om eerstens die lede te kies wat die meeste by die groep sal baatvind en wat 'n bydrae tot die groep se ontwikkeling sal lewer. Tweedens

is die doel om dié lede uit te skakel wat nie by die groep sal baat of tot die groep se groei sal bydra nie. Gedeelde idees lei tot groepsamehorigheid en verhoog die lede se tevredenheid met dit wat in die groep bereik word. Die maatskaplike werker hoef dus minder tyd te bestee aan probleme wat oorkom en weerstand wat afgebreek moet word (Toseland & Rivas, 1998:151). Wanneer die maatskaplike werker en die groeplede gemeenskaplike doelstellings vir die groep stel, is dit bevorderlik vir groepsdinamika (Anderson, 1997:79-81). Kriteria wat in aanmerking tydens die keuse van moontlike groeplede geneem moet word, is behoeftes, ouderdom, sosiale stand, vaardighede, geslag en kultuur van die lede (Garvin, 1997:55). Dit was vir die navorser noodsaaklik dat die groep almal MIV-positiewe persone moes wees wat Engels of Afrikaans kan praat, omdat dit die twee tale is waarin die navorser die groep kon lei.

Die werwing van groeplede kan op verskeie maniere gedoen word, soos die benutting van kliënte van die organisasie waar die maatskaplike werker in diens is. Kliënte van ander organisasies of afkomstig uit die gemeenskap kan ook betrek word. Wanneer potensiële lede vir die groep geïdentifiseer is, is daar verskeie maniere waarop hulle genader kan word, soos deur die maatskaplike werker self, deur die gebruik van ander maatskaplike werkers of ander lede van die multidissiplinêre span, deur uitnodigings aan die lede te pos, deur telefoonoproepe, radio- of televisie-aankondigings of deur plaaslike koerante. Direkte kontak met potensiële lede is die aangewese manier om lede vir die groep te werf, alhoewel dit dikwels met finansiële uitgawes gepaard gaan (Toseland & Rivas, 1998:153-154). Deur direkte kontak kry die maatskaplike werker die geleentheid om van die begin af 'n goeie verhouding met potensiële lede op te bou.

Tydens hierdie navorsing het die navorser reeds tydens die eerste basislynintervensie met die MIV/VIGS-pasiënte kontak gemaak toe die vraelys oor die behoeftes wat hulle ervaar, ingevul is. By dié geleentheid is die groeplede meegedeel wat met die groep beplan word en watter vorm die werksaamhede gaan aanneem. Die groeplede het ook verneem dat hul deelname aan die groep vrywillig is, maar dat hulle bereid moet wees om weekliks saam met

ander MIV/VIGS-pasiënte as 'n groep ongeveer een tot een en 'n half uur lank aan groepbesprekings deel te neem. Hulle is voorts meegedeel dat dit 'n geslote groep sal wees en dat die handhawing van vertroulikheid 'n belangrike vereiste vir deelname is. Die groeplede is gevra of hulle wel aan so 'n groep wil behoort. Soos reeds vroeër in hierdie hoofstuk gemeld, het 86 (78,18%) van die respondente aangedui dat hulle wel lede van so 'n groep wil word.

Nadat aan die lede verduidelik is wat die groep behels, het die navorser die name van die respondente woonagtig te Potchefstroom en Fochville wat Engels en Afrikaans as spreektaal magtig was en wat bereid was om aan die groep deel te neem, afgeneem. Daar is aan elk 'n brief oorhandig met die datum, plek en tyd waartydens die navorser hulle sou ontmoet om die groep saam te stel. Soos reeds gemeld in Hoofstuk 1, het tien respondente van Potchefstroom en elf respondente van Fochville hulle aangemeld om deel van die groepwerkprojek te vorm. Die persone het op die afgespreekte dae afsonderlik in Potchefstroom en Fochville byeengekom, en daar is by dié geleentheid weer eens aan hulle verduidelik wat die projek behels. Een respondent van Potchefstroom het ná die sessie nie meer kans gesien om deel van die groep te wees nie. Sy het as gevolg van haar fisiese en psigiese gestremdheid nie haar weg oopgesien om vir 13 byeenkomste van die groep by te woon nie.

6.3.7 BEPLANNING VAN DIE FUNKSIONELE ASPEKTE

Daar moet volgens Du Preez (1986:156) reeds in die voorbereiding of beplanning vir die groep aan die funksionele aspekte soos die volgende aandag gegee word:

- Die omgewing of plek waar byeenkomste plaasvind.
- Die tyd waarop die byeenkomste plaasvind en die duur van elke byeenkoms.
- Die besluit of dit 'n oop of geslote groep moet wees.

- Die aantal lede waaruit die groep gaan bestaan.
- Die aantal byeenkomste wat beplan word.

Bogenoemde inligting moet reeds verstrek word wanneer lede gewerf en potensiële lede gekies word. Die maatskaplike werker moet selfs voordat daar kontak met die lede gemaak word, aandag aan die beplanning van hierdie aspekte skenk. Die besonderhede kan na gelang van die groeplede se omstandighede gewysig word. Beplanning kan egter nie gefinaliseer word as die maatskaplike werker nie seker is dat daar wel 'n plek beskikbaar sal wees waar die groepbyeenkomste kan plaasvind nie. Afhangende van die behoeftes van die lede, weet die maatskaplike werker ook naastenby hoeveel byeenkomste nodig sal wees om die doelstellings te bereik en wat die tentatiewe duur van elke byeenkoms sal wees.

Daar word vervolgens vir die doel van hierdie navorsing in meer besonderhede stilgestaan by die bogenoemde funksionele aspekte.

6.3.7.1 PLEK VAN BYEENKOMS

Die omgewing, plek of fisiese opset waarbinne 'n groepbyeenkoms plaasvind, het 'n groot invloed op die gedrag van die groeplede en dus ook op hulle deelname aan die groep. Hoewel dit 'n aangeleentheid is wat soms van minder belang geag word, is dit volgens Reid (1991:191) 'n faktor wat maatskaplike werkers nie mag geringskat nie. 'n Lokaal wat die beste aan die behoeftes van die groep voldoen, moet gevind word. Determinante wat die maatskaplike werker in ag moet neem in die identifisering van die geskikte lokaal, is volgens Corey en Corey (1997:117), Garvin (1997:67-68), Reid (1991:191-192) en Toseland en Rivas (1998:166-167) die volgende:

- Die lokaal moet voldoende privaatheid aan die groep bied.
- Die lokaal moet groot genoeg wees en pas by die omvang van die groep en die programaktiwiteite.
- Die lokaal moet maklik deur die lede bereik kan word.

- Die lokaal moet oor goeie ventilasie beskik.
- Die lokaal moet oor voldoende geriewe beskik om aan die doelstellings wat vir die groep gestel is, te voldoen.
- Die atmosfeer in die lokaal moet warm en gesellig wees.

Tydens die navorsing het die navorser die belangrikheid vir die MIV/VIGS-groepede oor die plek waar die byeenkomste plaasvind, ervaar. Daar is aanvanklik saam met die groepede in Potchefstroom besluit om die byeenkomste in 'n lokaal by een van die klinieke in 'n swart woongebied te hou omdat dit sentraal geleë en maklik bereikbaar vir lede is. Tydens die eerste kontakssessie waar die finale reëlings met die lede getref is, het die groepede aan die navorser gevra of dit moontlik sou wees dat die byeenkomste op 'n ander plek kon plaasvind. As rede vir die versoek het die groepede meegedeel dat een van die pasiënte wat die kliniek besoek, die navorser herken het as 'n persoon wat met MIV/VIGS te doen het. Die betrokke pasiënt het aan die groepede gevra wat die groepede se betrokkenheid by die navorser is. Dié vraag het hulle tot ongemak gestem.

Daar is vervolgens met die groepede ooreengekom dat 'n lokaal by die plaaslike universiteit gevind sal word. Voorts is besluit dat indien iemand sou vra wat hulle as groep doen, hulle antwoord sal wees dat die navorser hulle as hulpwerkers vir MIV/VIGS-hulpdienste oplei. Omdat die swart woongebied ver van die universiteit geleë is en die groepede nie oor geld beskik om vir vervoer te betaal nie, is besluit dat die navorser hulle na en van die universiteit sal vervoer. Weer eens het hulle versoek dat die navorser hulle by 'n motorhawe aan die kant van die woongebied moet ontmoet en nie by die kliniek in die woongebied nie. Hulle het dié versoek gerig omdat hulle so min as moontlik aan onnodige vrae van kennisse blootgestel wou wees. Vir die duur van die projek is al die groepbyeenkomste by die universiteit gehou in 'n lokaal wat aan die vereistes vir groepwerk voldoen.

Op Fochville was die navorser nie aan lede van die gemeenskap bekend nie, en die groepbyeenkomste is gehou in 'n lokaal by die kliniek wat hoofsaaklik

deur wit pasiënte besoek word. Die groeplede het dié lokaal bo die lokaal in die swart woongebied verkies. Die groeplede het hoofsaaklik op eie stoom na die lokaal gekom. Sommiges is somtyds deur 'n deeltydse werker van die kliniek met 'n voertuig in die swart woongebied gaan haal.

Beide lokale het die nodige ruimte, privaatheid, atmosfeer en ventilasie gebied. Die lokaal op Fochville het nie oor voldoende geriewe vir die gebruik van hulpmiddels soos truprojektors en videomasjiene beskik nie. As gevolg van dié beperkings is daar in beide groepe van plakkate as hulpmiddels gebruik gemaak.

6.3.7.2 TYD EN DUUR VAN BYEENKOMS

Volgens Skidmore *et al.* (1994:84) moet die dag en tyd waarop die groepbyeenkomste plaasvind, ooreenkomstig die groeplede se behoeftes en omstandighede bepaal word. Die groepbyeenkomste duur meestal tussen een en een en 'n half tot twee uur, afhangende van die behoeftes van lede en die aandagspan waaroor hulle beskik (Reid, 1991:191).

In beide die groepe op Potchefstroom en Fochville is daar besluit om die byeenkomste om 10:30 te begin. Die byeenkomste het meestal een en 'n half uur geduur. Groepbyeenkomste in Potchefstroom het Dinsdae plaasgevind en dié op Fochville op Woensdae.

In beide groepe is die groeplede voor die byeenkomste van toebroodjies en sop voorsien. Groeplede het reeds vanaf 09:45 by die lokaal bymekaargekom. Daar is dan op 'n gesellige wyse verkeer terwyl die navorser verversings aan hulle voorsien het. Die navorser het hierop besluit eerstens omdat dit volgens Reid (1991:193) 'n gesellige en ontspanne atmosfeer skep. Dit is ook gedoen omdat die groeplede uit agtergeblewe gemeenskappe kom en nie altyd oor genoeg kos beskik nie.

Tydens groepwerkdienlewering aan persone uit armoedige en agtergeblewe omstandighede is die voorsiening van verversings nie alleen noodsaaklik om 'n ontspanne atmosfeer te skep nie, maar ook om in hul voedingsbehoefte te

voorsien wat noodsaaklik is om hulle fisieke energie te gee. Dit het geblyk dat die groeplede meestal nie oor voldoende voeding beskik nie, en daarom het hulle ook dikwels nie genoeg energie om aktief een tot een en 'n half uur lank aan 'n groepbespreking deel te neem nie.

6.3.7.3 GROOTTE VAN DIE GROEP

Tydens die beplanning van die MIV/VIGS-groep het die navorser ook klem laat val op die grootte van die groep. Volgens Reid (1991:187) word 'n klein groep van tussen vyf en twaalf lede as 'n geskikte grootte beskou. Volgens Garvin (1997:67) asook Toseland en Rivas (1998:159) bepaal die doel van die groep die grootte daarvan. Reid (1991:187-188) sluit hierby aan en wys daarop dat ook die maatskaplike werker se vaardighede 'n rol speel in die grootte van die groep. Hoe groter die groep, hoe moeiliker is dit om interaksie tussen lede te bewerkstellig en om binne die groep te individualiseer. Gazda *et al.* (2001:194) is van mening dat individualisering moeilik kan geskied wanneer 'n groep uit meer as tien lede bestaan.

Die navorser het beplan om in beide groepe te Potchefstroom en op Fochville tussen ses en tien lede by die groep in te sluit. Nadat werwing gedoen is, was daar nege lede in Potchefstroom wat deel van die groep wou wees en elf op Fochville. Hulle is almal ingesluit. Op grond van praktykervaring was die navorser in staat om die groepe te lei en om interaksie tussen dié getal lede te laat plaasvind, terwyl individualisering deurlopend plaasgevind het.

6.3.7.4 AANTAL BYEENKOMSTE

Die aantal byeenkomste word beplan volgens die behoeftes en doelstellings van die groep. Daarom is daar volgens Corey en Corey (1997:117) en Gazda *et al.* (2001:195) geen spesifieke antwoord op hoeveel die regte aantal byeenkomste is nie. Die aantal byeenkomste kan wissel van ses tot twaalf of twaalf tot twintig. Reid (1991:189) verkies dat groepe nie langer as twintig byeenkomste sal duur nie. Die navorser steun hierdie gedagte, aangesien groeplede nie altyd oor voldoende tyd beskik om soveel weke beskikbaar vir groepbyeenkomste te wees nie. Indien groepbyeenkomste oor 'n té lang

tydperk duur, verloor groeplede dikwels hul belangstelling en is hulle dikwels nie meer gemotiveerd nie. Daar moet op bepaalde doelstellings gefokus word, en dié doelstellings moet dan bereik word. Die omstandighede van die groeplede moet in aanmerking geneem word. Dit kan verwag word dat dit moeilik sal wees om deelnemers te vind wat bereid is om vir tydperke van tot ses maande weekliks groepbyeenkomste by te woon. Beide Corey en Corey (1997:116-117) en Reid (1991:189) wys daarop dat daar vooraf aan lede 'n datum verstrek moet word waarop die groep afsluit. Lede moet 'n aanduiding hê van die tydperk wat hulle vir die groep beskikbaar moet wees, asook waarin hulle die doelstellings moet bereik.

Nadat die behoeftes van die MIV/VIGS-pasiënte bepaal en doelstellings geformuleer is, is dertien byeenkomste beplan wat weekliks sou plaasvind. Die groeplede het dus geweet oor watter tydperk die groepaktiwiteit sou strek en binne watter tydperk die doelstellings bereik moes word.

6.3.7.5 OOP OF GESLOTE GROEP

Oop groepe word deur Corey en Corey (1997:117), Reid (1991:186-187), Roux (1997:15) en Toseland en Rivas (1998:161) beskryf as 'n groep wat gekenmerk word deur 'n ledetal wat deurgaans verander. Terwyl die groep voortduur, is daar deurentyd nuwe lede wat by die groep aansluit of oues wat die groep verlaat.

'n Geslote groep is 'n groep wat met dieselfde lede begin en eindig. Daar word dus van die groeplede verwag om nie die groep te verlaat nie. Nuwe lede word ook nie toegelaat nie.

In die beplanning van 'n groep MIV/VIGS-pasiënte was daar vir die navorser geen twyfel dat dit 'n geslote groep moes wees nie. Omdat vertroulikheid so 'n kardinale voorwaarde vir die MIV/VIGS-pasiënt is, kan nuwe lede nie in die groep toegelaat word nie. Die betrokke groep was ook van 'n terapeutiese aard, en die behandelingsproses moes van die begin tot einde met die groeplede deurloop word.

6.3.8 SAMESTELLING VAN DIE GROEP

Nadat die groeplede gewerf is wat belang gestel het in die bywoon van die groepaktiwiteite en klem laat val is op al die funksionele aspekte wat tydens die duur van die groepsessies van belang sou wees, is die groep voordat die eerste byeenkoms plaasgevind het, saamgestel. By die samestelling van 'n groep is dit noodsaaklik dat daar volgens Corey en Corey (1997:115-116), Reid (1991:180-186), Roux (1997:14-15) asook Toseland en Rivas (1998:156-162) se aanbevelings aan die volgende vereistes aandag gegee sal word:

- Die groep moet homogeen wees. Homogene faktore wat in ag geneem word, is geslag, ouderdom, huwelikstatus, intellektuele vermoëns, opvoedkundige peil, sosio-ekonomiese status, egokragte en veral die behoeftes of probleme wat lede ervaar (Reid, 1991:183). Hoewel vereistes van 'n homogeen aard 'n rol speel, is Roux (1997:15) en Toseland en Rivas (1998:157) van mening dat daar in 'n groep nogtans verskille tussen lede mag bestaan. Volgens Greene *et al.* (1993:43-44) kan 'n groep bestaande uit MIVVIGS-pasiënte homogeen of heterogeen wees. Daar mag wel verskille bestaan ten opsigte van verskeie veranderlikes, waaronder die stadium van MIV, dit wil sê of groeplede die asimptomatiese of simptomatiese fase van infektering betree het. Verskille tussen groeplede lei tot meningsverskille wat die groeplede se insigte verbreed en hulle help met keuses wat uitgeoefen moet word.
- Wedersydse interaksie tussen groeplede is noodsaaklik. Groeplede moet in staat wees tot wedersydse verbale kommunikasie. Dit is daarom noodsaaklik dat al die lede in die groep dieselfde taal kan praat en verstaan.
- Groeplede moet in staat wees om die behoeftes van die groep bo dié van hul eie te stel.

- Groeplede moet bereid wees om saam met die ander groeplede te werk om die oogmerke van die groep te bereik.

Daar is aan die vereiste van homogeniteit tydens die samestelling van die groepe in Potchefstroom en Fochville aandag gegee. Tydens hierdie navorsing het die vereiste met betrekking tot homogeniteit doelbewuste aandag geniet, soos geslag, ouderdom, opvoedkundige kwalifikasies, huwelikstatus, beroep en kerkverband.

Die geslag, ouderdom, opvoedkundige kwalifikasies, huwelikstatus, beroep en kerkverband van die groeplede in Potchefstroom en Fochville het soos volg daaruit gesien:

Tabel 15: Geslag

	POTCHEFSTROOM		FOCHVILLE		TOTAAL	
	f	%	f	%	f	%
Manlik	1	11,11	2	18,18	3	15
Vroulik	8	88,89	9	81,82	17	85
N =	9	100,00	11	100,00	20	100

In Potchefstroom was agt (88,89%) groeplede vroulik en slegs een (11,11%) manlik. Op Fochville was nege (81,82%) groeplede vroulik en twee (18,18%) manlik. Die groepe het dus oorwegend uit vroue bestaan. Die geslag van die groeplede het nie 'n invloed op die samestelling van die groep gehad nie omdat al die groeplede MIV/VIGS-pasiënte was wat dieselfde behoeftes en probleme ten opsigte van die siektetoestand ervaar het. Beide geslagte kon uit hul ervaring van die siektetoestand van mekaar leer. Die feit dat slegs drie mans teenoor 17 vroue hulle aangemeld het vir groepaktiwiteite, dui daarop dat vroue meer geneig is om iets konstruktiefs aan hulle siektetoestand te doen as mans. Hierdie tendens kan ook daarop dui dat vroue vinniger volgens Whiteside en Sunter (2000:32) siek word as mans en dus meer daarop ingestel is om hulp te kry.

Tabel 16: Ouderdom

	POTCHEFSTROOM		FOCHVILLE		TOTAAL	
	f	%	f	%	f	%
20 – 25 jaar	2	22,22	6	54,55	8	40
26 – 30 jaar	4	44,45	1	9,09	5	25
31 – 35 jaar	3	33,33	3	27,27	6	30
36 – 40 jaar	0	0,0	1	9,09	1	5
N =	9	100,0	11	100,0	20	100

Uit Tabel 16 blyk dit dat op beide Potchefstroom en Fochville die grootste persentasie, naamlik 100% (9) in Potchefstroom en 90,91% (10) op Fochville, jonger as 35 jaar oud was. Hierdie syfers stem ooreen met die National Center for HIV (2001) se statistiek dat 30 miljoen individue deesdae met MIV/VIGS lewe van wie 10 miljoen individue tussen 10 en 24 jaar is. Slegs een (9,09%) groeplid op Fochville was ouer as 35 jaar, maar jonger as 40 jaar. Die ouderdomsverskil van 20-40 jaar tussen groeplede het geen verskil gemaak in die fisieke, psigiese, maatskaplike of godsdienstige invloed wat die siektetoestand op die groeplede gehad het nie. Die ervaring van die jonger groeplede het net soveel waarde vir ouer groeplede ingehou as die ouer groeplede se ervaring vir die jonger lede. Almal kon van mekaar leer ten opsigte van hoe 'n persoon by MIV/VIGS moet aanpas.

Tabel 17: Opvoedkundige kwalifikasies

	POTCHEFSTROOM		FOCHVILLE		TOTAAL	
	f	%	f	%	f	%
Graad 3 – 5	2	22,22	1	9,09	3	15
Graad 6 – 8	1	11,11	8	72,73	9	45
Graad 9 – 11	6	66,67	2	18,18	8	40
N =	9	100,00	11	100,00	20	100

Uit Tabel 17 blyk dit dat die opvoedkundige peil van die groeplede in Potchefstroom hoër was as dié van die groeplede op Fochville. Slegs drie (33,33%) lede in Potchefstroom het 'n laer opvoedkundige kwalifikasie as Graad 8 gehad, terwyl nege (81,81%) van die groeplede op Fochville 'n laer kwalifikasie as Graad 8 gehad het. Ses (66,67%) van die groeplede in Potchefstroom beskik oor 'n opvoedkundige kwalifikasie van Graad 9 en hoër, en slegs twee (18,18%) groeplede op Fochville se opvoedkundige kwalifikasie was Graad 9 en hoër. In Potchefstroom kon twee groeplede met 'n opvoedkundige kwalifikasie van Graad 4 tot 5 nie skryf nie. In Fochville kon drie groeplede met opvoedkundige kwalifikasies van Graad 4 en 7 nie skryf nie. Die groeplede se leesvermoë het gewissel van gemiddeld tot goed. Almal kon wel in 'n mindere of meerdere mate lees. Die groeplede wat nie kon skryf nie, is deur die ander groeplede gehelp indien hulle 'n aantekening wou maak.

Die verskil in opvoedkundige kwalifikasies het nie 'n invloed gehad op die interaksie van die groep nie. Die groeplede se verbale en nie-verbale kommunikasievermoëns was deurgaans goed, en almal kon op dieselfde vlak kommunikeer. Die groeplede wat nie kon skryf nie, is volkome in die groep opgeneem en het deel van die groep gevorm.

Tabel 18: Huwelikstatus

	POTCHEFSTROOM		FOCHVILLE		TOTAAL	
	f	%	f	%	f	%
Getroud	2	22,22	0	0,00	2	10
Geskei/verlaat	1	11,11	3	27,27	4	20
Ongetroud	6	66,67	8	72,73	14	70
N =	9	100,00	11	100,00	20	100

Volgens die gegewens in Tabel 18 was slegs twee (22,22%) lede in Potchefstroom wel getroud. Dié twee lede was ook man en vrou. Tussen die twintig groeplede in die twee groepe was dus slegs twee (10%) wel getroud. Agtien (80%) van die groeplede was enkellopend. In Potchefstroom het een (11,11%) groeplid se man haar verlaat. Op Fochville het twee (18,18%) groeplede se mans hulle verlaat, en een (9,09%) groeplid was van haar man geskei. Ses (66,67%) van die groeplede in Potchefstroom was ongetroud, teenoor agt (72,73%) van die groeplede op Fochville. Uit die gegewens in Tabel 18 blyk dit dat 14 (70%) van die groeplede in hierdie navorsing ongetroud is. Alhoewel hulle ongetroud was, was die meeste van hulle òf by 'n seksuele òf by 'n saamleefverhouding betrokke. Hierdie gegewens staaf Motlana (1992:76-77) se siening dat MIV/VIGS in die swart gemeenskap hoofsaaklik by heteroseksuele verhoudings voorkom.

Die huwelikstatus van die groeplede het geen invloed gehad op die samestelling van die groep nie. Die grootste persentasie was enkellopend. Al die groeplede was òf by 'n seksuele òf saamleefverhouding betrokke.

Tabel 19: Beroep

	POTCHEFSTROOM		FOCHVILLE		TOTAAL	
	f	%	f	%	f	%
Winkelassistent	0	0,00	2	18,18	2	10
Huishulp	0	0,00	1	9,09	1	5
Skrop/tydelike werk	1	11,11	0	0,00	1	5
Werkloos	8	88,89	7	63,64	15	75
Skolier	0	0,00	1	9,09	1	5
N =	9	100,00	11	100,00	20	100

Volgens die gegewens in Tabel 19 was die grootste persentasie van die groeplede in Potchefstroom en op Fochville, naamlik vyftien (75%), werkloos. In Potchefstroom was agt (88,89%) en op Fochville sewe (63,64%) groeplede werkloos. Slegs een (11,11%) lid in Potchefstroom het soms 'n tydelike werk gehad. In Fochville was een (9,09%) groeplid 'n huishulp en twee (18,18%) van die groeplede was winkelassistente. Dit is opvallend dat hoewel die opvoedkundige kwalifikasies van die groeplede in Potchefstroom hoër is as dié op Fochville, meer groeplede op Fochville 'n werk gehad het. Een (9,09%) van die groeplede op Fochville was 'n skolier. Die klinieksuster het met die skoolhoof gereël dat sy weklíks van 10:00 tot 12:00 van die skool afwesig mag wees vir mediesesorgdienste. Die skoolhoof het nie geweet sy is MIV-positief nie. Uit gegewens in Tabel 19 blyk dit dat 15 (75,00%) van die groeplede werkloos is. Die armoedesituasie waarin die groeplede hulle bevind, bemoeilik hulpverlening aan hulle. Kotze *et al.* (2001:82) het in dieselfde navorsing bevind dat op grond van mediese ongeskiktheid en werkloosheid bykans 60% van MIV/VIGS-pasiënte aangewese is op ander lede van die huishouding wat oor 'n inkomste beskik.

Werkloosheid en dus swak finansiële omstandighede was die een aspek wat die maatskaplike funksionering van die groeplede nadelig beïnvloed het.

Geld vir mediese versorging en voedselvoorsiening was vir al die groeplede in Potchefstroom sowel as Fochville 'n probleem. Met die samestelling van die groep was dit duidelik dat al die groeplede op finansiële gebied probleme ervaar. Al die groeplede was blootgestel aan armoede. Die werklose groeplede se inkomste word hoofsaaklik gegeneer uit staatspensioene en -toelaes, onderhoud of bydraes deur eggenote of saamleefmaats en bydraes deur familieledede wat in die meeste gevalle deel van die huishouding vorm (Kotze *et al.*, 2001:75-77).

Tabel 20: Kerkverband

	POTCHEFSTROOM		FOCHVILLE		TOTAAL	
	f	%	f	%	f	%
Anglikaanse Kerk	0	0,00	3	27,27	3	15
Apostoliese Geloofsending	2	22,22	1	9,09	3	15
Volle Evangelie	0	0,00	1	9,09	1	5
Metodiste-Kerk	0	0,00	1	9,09	1	5
Gereformeerde Kerk	4	44,45	1	9,09	5	25
Rooms-Katolieke Kerk	1	11,11	4	36,37	5	25
ZCC	1	11,11	0	0,00	1	5
Ander	1	11,11	0	0,00	1	5
N=	9	100,00	11	100,00	20	100

Al die groeplede was Christene. In Potchefstroom het vier (44,45%) groeplede aan die Gereformeerde Kerk behoort, twee (22,22%) aan die Apostoliese Geloofsending en drie (33,33%) groeplede aan onderskeidelik die Rooms-Katolieke Kerk, die ZCC en 'n ander charismatiese kerk. Op Fochville het die grootste persentasie van die groeplede, naamlik vier (36,37%) aan die Rooms-Katolieke Kerk, drie (27,27%) aan die Anglikaanse Kerk en vier (36,37%) aan onderskeidelik die Apostoliese Geloofsending, Volle Evangelie-, Metodiste- en Gereformeerde Kerke behoort. Dit blyk dus dat MIV/VIGS voorkom onder verskillende kerkgenootskappe.

'n Aspek wat in berekening gebring is met die samestelling van die groep, was dat die groeplede almal MIV-positief moes wees, maar nog nie in die ernstige simptomatiesse of VIGS-fase moes wees nie. Aanvanklik is beplan om slegs persone met 'n CD4-telling van 500 en meer, as groeplede te aanvaar, maar as gevolg van die lae CD4-tellings van die respondente in die ondersoekgroep is groeplede met 'n CD4-telling laer as 500, maar nie laer as 200 nie, ook aanvaar. Die CD4-tellings van die groeplede in Potchefstroom het gewissel tussen 260 en 750 en dié op Fochville tussen 250 en 950.

6.3.9 VOORBEREIDING VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER

Die voorbereiding van die maatskaplike werker is van groot belang om sukses te behaal. Die maatskaplike werker se ingesteldheid ten opsigte van die groep word deur sy/haar verbale en nie-verbale kommunikasie weerspieël. Groeplede reageer op dit wat aan hulle oorgedra word (Reid, 1991:212). Die maatskaplike werker moet volgens Garvin (1997:69) tot die groep se leefwêreld toetree en aanvoel hoe die groeplede die maatskaplike werker en die groep beleef. Duidelikheid moet verkry word oor die wyse waarop die maatskaplike werker hom of haar moet voorberei om tot die groep toe te tree. Die maatskaplike werker kan hom of haar op die volgende wyses voorberei:

- Die maatskaplike werker moet hom of haar emosioneel voorberei en moet gemotiveerd en entoesiasies oor die groep wees (Reid, 1991:212; Roux, 1997:39). Die maatskaplike werker moet byvoorbeeld oor die programaktiwiteit geesdriftig wees.
- Die maatskaplike werker moet bereid wees om hegte verhoudings met groeplede te sluit (Corey & Corey, 1997:61).
- Die maatskaplike werker moet 'n studie van elke individuele lid in die groep maak sodat hy of sy elke groeplid deeglik ken.
- Die maatskaplike werker moet sy/haar vakkundige kennis ten opsigte van die onderwerpe wat bespreek gaan word, opknep en dit doelbe-

wus aanwend (Garvin, 1997:69; Roux, 1997:39)

- Die maatskaplike werker moet 'n studie maak van die leefwêreld waarin die groeplede hulle bevind. Deur dié studie kan die maatskaplike werker tot hul leefwêreld toetree (Garvin, 1997:69).
- Die maatskaplike werker moet hom of haar deeglik ten opsigte van elke fase van die groepwerkproses voorberei. Reid (1991:212) beweër die volgende: " ... the worker is advised to think through the session in detail, including his or her objectives for the session and the specific activities he or she plans to use". Die maatskaplike werker kan 'n sakelys opstel wat verseker dat sake wat noodsaaklik is, nie vergeet word nie.
- Berei 'n alternatief voor indien die beplanning vir die byeenkoms skeefloop (Reid, 1991:212).

Geen maatskaplike werker kan met sukses 'n groep lei as hy of sy onvoorbereid is nie. Die navorser moes self deeglik voorberei om 'n sukses van die MIV/VIGS-groep te maak. Dit was eerstens noodsaaklik dat 'n intensiewe studie van die siektetoestand onderneem moes word, omdat die navorser oor baie min kennis en ervaring van hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte beskik het. Sy moes ook haar kennis ten opsigte van multikulturele hulpverlening opknep. Dié kennis was noodsaaklik om tot die leefwêreld van die swart MIV/VIGS-groeplid toe te tree. Voorbereiding is gedoen ten opsigte van die program en die hulpmiddels wat gebruik gaan word, aangesien die doelstellings deur middel van die programaktiwiteite bereik word. Voorbereiding ten opsigte van die funksionele aspekte is gedoen. Daar is klem laat val op pogings om 'n geskikte lokaal te vind waar byeenkomste gehou kon word. Spesiale reëlings moes veral op Fochville getref word, omdat die lokaal in dieselfde gebou as die kliniek is en die kliniek die betrokke lokaal op sekere dae gebruik.

Baie klem is op die emosionele voorbereiding van die navorser laat val. Die navorser moes selfstudie doen om te verseker dat sy aandag skenk aan alle vooroordele wat by haar kon bestaan. Die navorser het ten spyte van 'n geringe mate van spanning, baie daarna uitgesien om haar ten volle aan die groep beskikbaar te stel tot die verbetering van hul lewenskwaliteit en uiteindelijke doeltreffende funksionering in hul gemeenskap en die breë samelewing. Die afsterwe van een van die groeplede nadat die groepwerk-hulpverlening beëindig is, was 'n emosionele en traumatiese ervaring vir die navorser.

6.3.10 ORIËTERING EN VOORBEREIDING VAN DIE GROEPELEDE

Nadat die groeplede gewarf en gekies is, is dit volgens Du Preez (1986:156) en Toseland en Rivas (1998:162) wenslik dat die maatskaplike werker hulle persoonlik sal voorberei op wat hulle van die groep kan verwag al dan nie. Tydens dié geleentheid sal weer aandag gegee word aan onder meer die doel van die groep, die finale reëlins in verband met die funksionele aspekte en die werkwyse van die groep asook die programaktiwiteite.

Die voorbereiding van die lede hang nou saam met hulle motivering om die groepbyeenkomste by te woon en ten volle by die groepwerkprogram betrokke te raak (Roux, 1997:39). Voorbereiding van groeplede kan, voor daar met die eerste byeenkoms begin word, reeds gedoen word tydens die eerste byeenkoms of in beide gevalle. Voorbereiding kan individueel of in groepverband gedoen word (Du Preez, 1986:114; Roux, 1997:39-40).

Tydens die navorsing het die navorser die lede eers individueel voor die eerste byeenkoms oor die groep voorberei. Omdat vertroulikheid so 'n belangrike rol in hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënte speel, moes die lede eers individueel voorberei word ten opsigte van die doel van die groep, die moontlike program, werkwyse en funksionele aspekte. Die groeplede is daarna binne groepverband voorberei. Daarna kon die finale reëlins getref word en die voorbereiding gefinaliseer word.

Al die groeplede in Potchefstroom en op Fochville was baie gemotiveerd om die groepbyeenkomste by te woon. Nadat hulle die doel van die groepwerk-hulpverleningsprogram begryp het, het hulle dit gesien as 'n geleentheid wat hulle kan gebruik om nie net hulle kennis ten opsigte van MIV/VIGS te verbreed nie, maar om ook hul lewenskwaliteit en uiteindelik hul maatskaplike funksionering te verbeter.

6.3.11 KONTRAKTERING/WERKOOOREENKOMS

Kontraktering hoef nie in alle groepe plaas te vind nie. Volgens Toseland en Rivas (1998:164) kan 'n kontrak 'n mondelinge of 'n geskrewe ooreenkoms wees. Die maatskaplike werker begin reeds tydens die beplanningsfase van die groep met die voorbereiding vir kontraktering of 'n werkooreenkoms. Dié ooreenkoms sluit gewoonlik twee vorme in, naamlik 'n ooreenkoms ten opsigte van die prosedure in die groep en 'n werkooreenkoms wat die belange van die individu raak (Toseland & Rivas, 1998:164).

Tydens die navorsing het dit vir die navorser duidelik geblyk dat aandag aan 'n werkooreenkoms gegee moes word. Die navorser het besef dat vertroulikheid so 'n vername rol in die groepe gaan speel dat 'n werkooreenkoms tussen die maatskaplike werker en die lede, asook die lede onderling, noodsaaklik is. Die kliënt se reg op vertroulikheid is een van die vernaamste etiese aspekte in maatskaplike werk. In groepwerk is dit volgens Northen (1998:11) soveel te meer 'n beginsel van kardinale belang, omdat die maatskaplike werker nie altyd verseker is dat vertroulike inligting deur al die lede as sodanig hanteer sal word nie. Die lede moet gelei word dat hulle self besluit watter bepalings in 'n ooreenkoms ingesluit moet word. Tydens die werwing, selektering en voorbereiding van die lede is dié feit telkens met die voornemende lede bespreek. Hulle is daarop gewys dat die groeplede ooreen moet kom om vertroulikheid te handhaaf. Tydens die eerste byeenkoms is die werkooreenkoms met die lede bespreek en is daar ooreengekom om een op te stel. Die ooreenkoms is deur 'n groeplid, die navorser en 'n getuie onderteken (kyk Bylae 9).

6.4 SAMEVATTING

Hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte kan op 'n doeltreffende wyse deur middel van groepwerk geskied, op voorwaarde dat dit wetenskaplik aangepak en op 'n professionele wyse toegepas word. Indien hierdie voorwaardes nagekom word, kan groepwerk as 'n ideale metode beskou word vir hierdie doel aangesien die oogmerk daarvan is om deur middel van hulpverlening die maatskaplike funksionering van individue in groepverband te verbeter.

Ten einde wetenskaplikheid en professionaliteit te verseker, moet veral klem gelê word op 'n doelgerigte aanwending van die groepwerkproses. Die beplanningsfase is 'n belangrike deel van die groepwerkproses en in hulpverlening van MIV/VIGS-pasiënte. Tydens hierdie fase moet veral aandag geskenk word aan aspekte soos 'n behoeftebepaling, ondersoek, formulering van doelstellings, samestelling van 'n program, bepaling van funksionele aspekte, die samestelling van die groep, voorbereiding van die maatskaplike werker en die groeplede en kontraksluiting. Eienskappe van individuele groeplede wat in die samestelling van die groep van MIV/VIGS-pasiënte in berekening geneem moet word, is hulle geslag, ouderdom, opvoedkundige kwalifikasies en die fase waarin hulle hul as MIV-positiewe pasiënte bevind.

Hulpverlening deur middel van groepwerk kan alleen suksesvol wees indien deeglike beplanning gedoen word. Die beplanning sluit ook die beplanning van die hulpverleningsprogram in. Die groepwerkhulpverleningsprogram sal in Hoofstuk 7 bespreek word.

HOOFSTUK 7

'N GROEPWERKHULPVERLENINGSPROGRAM MET MIV/VIGS-PASIËNTE

7.1 INLEIDING

Uit die behoeftes wat deur middel van die opnameprosedure in hierdie navorsing bepaal is, het dit duidelik geblyk dat die MIV/VIGS-pasiënte ten opsigte van verskillende aspekte van hul funksionering as MIV/VIGS-gediagnoseerde, behoeftes ervaar. Daar kan in hierdie behoeftes op verskeie wyses deur verskillende lede van die multidissiplinêre span voorsien word. Vir die doeleindes van hierdie navorsing is daar egter besluit om deur middel van 'n groepwerkhulpverleningsprogram aan die behoeftes wat hierdie pasiënte ervaar, aandag te skenk. Soos reeds bespreek in Hoofstuk 4, is daar deur middel van 'n behoeftebepaling aandag gegee aan die behoeftes wat pasiënte ervaar. Vanuit hierdie behoeftebepaling is daar toe oorgegaan tot die samestelling van 'n groepwerkhulpverleningsprogram vir die bepaalde pasiënte.

In hierdie hoofstuk sal aandag vervolgens geskenk word aan program-aktiwiteite, die uiteensetting van die groepwerkhulpverleningsprogram tydens 13 groepbyeenkomste en die evaluering van hierdie program.

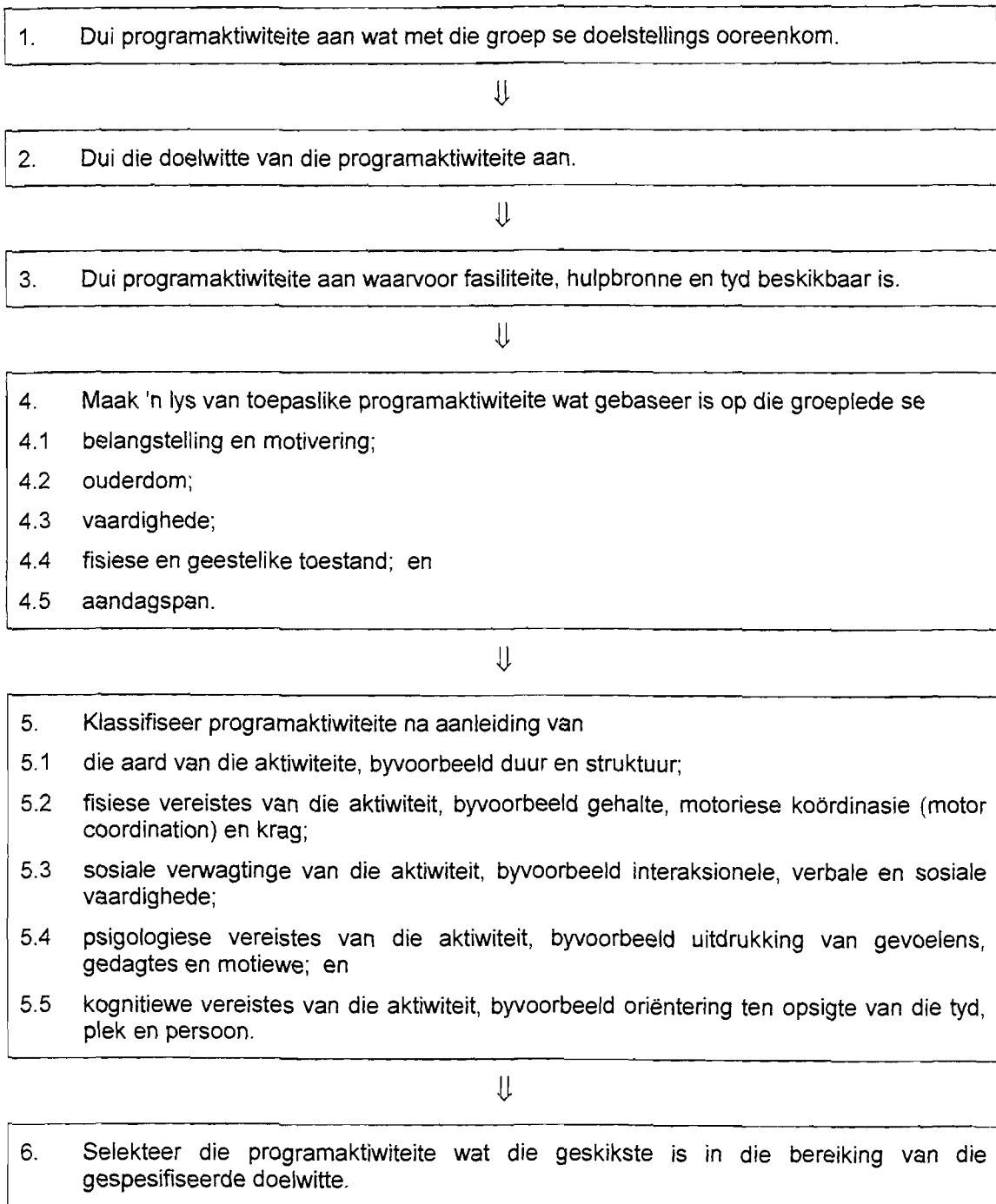
7.2 PROGRAMAKTIWITEITE

Programmedia of programaktiwiteite word deur Du Preez (1986:215) ook as 'n hulpmiddel gesien. Programaktiwiteite dui op die verskillende elemente waaruit 'n totale program bestaan en vorm dus die inhoud van die totale program (Du Preez, 1986:215; Du Preez & Alpaslan, 1992:21). Hierdie inhoudelike aspek of aktiwiteite voorsien volgens Toseland en Rivas (1998:237) in "... a medium through which the functioning of members can be assessed in areas such as interpersonal skills, ability to perform daily living activities, motor coordination, attention span, and ability to work

cooperatively". Hierdie programinhoudelikes help met die uitbou van groepsamehorigheid, die norme en waardes binne die groep, struktuur in die groep, verhoudings en atmosfeer. Deur middel van die program word doelstellings bereik en kry groeplede die geleentheid om op 'n aanvaarbare wyse hul gevoelens te hanteer en ontslae te raak van gevoelens en emosies wat vir hulle probleme skep (Skidmore *et al.*, 1994:85). Die program-aktiwiteite sluit volgens Du Preez (1986:216) verbale programaktiwiteite soos die groepgesprek, sosio-drama en konserte asook nie-verbale program-aktiwiteite soos kuns, musiek en speletjies in.

Toseland en Rivas (1998:238) bied 'n duidelike prosedure in Skematiese Voorstelling 4 oor hoe aktiwiteite vir 'n program geselekteer moet word.

Skematiese voorstelling 4: Prosedure vir die selektering van programaktiwiteite



(Toseland & Rivas, 1998:238)

In die selektering van programaktiwiteite moet die maatskaplike werker veral aandag skenk aan die prosedure ten opsigte van die selektering van hierdie aktiwiteite. Die programaktiwiteite moet verband hou met die doelstellings en

doelwitte wat die geskikste vir die groep is. Fasiliteite en hulpbronne wat beskikbaar is, moet in aanmerking geneem word. Hierdie programaktiwiteite moet ook verband hou met onder andere die groeplede se belangstelling, ouderdom en aandagspan.

7.2.1 DIE VEREISTES VIR PROGRAMAKTIWITEITE

Ten einde te verseker dat die programaktiwiteite wat vir 'n bepaalde groep geselekteer word, toepaslik is, moet hierdie program aan sekere vereistes voldoen soos:

- Die program moet afgestem wees op die groeplede se behoeftes en hul vermoëns (Gentry, 1984:41; Toseland & Rivas, 1998:239).
- Die program moet aansluiting vind by die doelstellings van die groep (Toseland & Rivas, 1998:239).
- Die program moet aan alle lede die geleentheid tot aktiewe deelname bied (Du Preez, 1986:216).
- Die vaardighede van die maatskaplike werker en die geriewe tot die beskikking van die groep moet in aanmerking geneem word (Strydom, 1990:202).
- Die program moet interessant wees en die groeplede fisies, psigies en maatskaplik stimuleer. Die groeplede moet in staat wees om dit wat hulle in die groep ervaar het, in hul omgewing toe te pas (Toseland & Rivas, 1998:239).
- Die program moet saam met die groeplede beplan word (Du Preez, 1986:217).

In die beplanning van 'n program vir MIV/VIGS-pasiënte is dit noodsaaklik dat aandag veral aan hierdie vereistes geskenk sal word. Die program moet aansluiting vind by die behoeftes van die groep, en daarom is 'n behoeftebepaling vir die navorser noodsaaklik.

Die programaktiwiteit moet op so 'n wyse geselekteer word dat dit aansluit by die groeplede se vermoëns, maar ook by die doelstellings van die groep. Dit is noodsaaklik dat in die beplanning van die program vir groeplede uit agtergeblewe gemeenskappe, daar tot die leefwêreld van hierdie individue toegetree sal word en programaktiwiteit beplan word wat by hul vlak van funksionering aansluit. Hierdie aktiwiteit moet interessant en stimulerend wees, maar binne hul vermoëns en verwysingsraamwerk.

7.2.2 DIE WAARDE VAN PROGRAMAKTIWITEITE

Benewens die waarde wat die program as hulpmiddel vir die maatskaplike werker inhou, het dit ook volgens Du Preez (1986:217) 'n algemene waarde. Die programaktiwiteit het volgens Du Preez (1986:217-218) en Strydom (1990:203) onder andere die volgende waarde:

- Programaktiwiteit kan benut word ten opsigte van die sosialisering van groeplede.
- Dit lei tot die uitbreiding van groeplede se belangstellings en vermoëns wat vordering in verbeterde maatskaplike funksionering tot gevolg het.
- Dit skep geleentheid tot die uitdrukking van gevoelens.
- Deur middel van programaktiwiteit word die geleentheid geskep tot die waarneming en diagnosering van groeplede ten einde op 'n doelmatige wyse hulp te verleen.
- Die programaktiwiteit lei tot die groeplede se aanvaarding van beperkings, en dit bevorder selfstandigheid en verhoudings in die algemeen.
- Die programaktiwiteit bied die geleentheid tot die uitkenning, uitbouing en ordening van die groepproses as geheel.
- Programaktiwiteit help om kommunikasie te bevorder.

- Deur middel van programaktiwiteite word die vertrouensverhouding tussen die maatskaplike werker en die groeplede bevorder.
- Die benutting van verskillende programaktiwiteite werk verveeldheid teë en help om die groeplede se belangstelling te behou.
- Die ervaring van sukses deur middel van programaktiwiteite lei tot die ontwikkeling van groeplede se selfvertroue.

In die navorsing is daar van verskillende programaktiwiteite gebruik gemaak om die doelstellings en doelwitte wat gestel is, te bereik. Hierdie aktiwiteite is beplan nadat die groeplede se behoeftes bepaal is. Verskeie hulpmiddels is tydens die programaktiwiteite benut. Vervolgens word die verskillende programaktiwiteite tydens hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënte in Skematiese Voorstelling 5 uiteengesit, waarna dit in paragraaf 7.3 bespreek word:

Skematiese Voorstelling 5: Die groepwerkhelpverleningsprogram

ONDERWERP	PROGRAMMATERIAAL
1. Ontmoeting/kenmekaar	<ul style="list-style-type: none"> - Ysbreker - Groepgesprek - Kontraksluiting/werkooreenkoms
2. Die aard van MIV/VIGS	<ul style="list-style-type: none"> - Groepgesprek - Gonsgroepe - Plakkate
3. MIV-infeksie, verspreiding en voorkoming	<ul style="list-style-type: none"> - Groepgesprek - Gonsgroepe - Plakkate
4. Die fases en simptome van MIV/VIGS	<ul style="list-style-type: none"> - Groepgesprek - Gonsgroepe - Plakkate

5. Die waarde van 'n gebalanseerde dieet	<ul style="list-style-type: none"> - Groepgesprek - Gonsgroepe - Plakkate - Invul van Affectometer 2 (AFM)
6. Die waarde van liggaamsoefeninge	<ul style="list-style-type: none"> - Groepgesprek - Spreker - Demonstrasie
7. Selfbeeld	<ul style="list-style-type: none"> - Groepgesprek - Rollespel - Plakkate
8. Besluitneming	<ul style="list-style-type: none"> - Groepgesprek - Pen en papier om te skryf - Plakkate
9. Kommunikasievaardighede	<ul style="list-style-type: none"> - Groepgesprek - Rollespel - Plakkate
10. Die rol van die familie en vriende as steunstelsel	<ul style="list-style-type: none"> - Groepgesprek - Collage - Spreker
11. Die hantering van spanning	<ul style="list-style-type: none"> - Groepgesprek - Ontspanningsoefeninge - Plakkate
12. Die rol van godsdiens en geloof	<ul style="list-style-type: none"> - Groepgesprek - Plakkate - Spreker
13. Afsluiting, evaluering en meting	<ul style="list-style-type: none"> - Groepgesprek - Voltooi van evalueringsvraelys en Affectometer 2 (AFM) - Verversings

(Roux *et al.*, 2001:40-41)

7.3 UITEENSETTING VAN DIE GROEPWERKHULPVERLENINGS-PROGRAM

In die beplanning van die programaktiwiteite het die navorser van verskeie lede van die multidissiplinêre span se kennis gebruik gemaak. Die bronne wat hoofsaaklik benut is, was die publikasies van Burns (1988), Cilliers (1988), Evian (2000), Hopson en Scally (1984), Rooth (1997), Van Staden (1988) en Visagie (1999),

Afgesien van die publikasie van Hopson en Scally, was al die ander Suid-Afrikaanse bronne, wat met die nodige aanpassing vir die samestelling van die verskillende programaktiwiteite gebruik kon word. Heelwat aanpassings moes gemaak word, omdat die gepubliseerde programaktiwiteite hoofsaaklik ontwikkel is vir geletterde (geskoolde) persone. Die groeplede in die navorsing was hoofsaaklik ongeletterde persone wat uit 'n swart sub-ekonomiese gemeenskap afkomstig is.

Elke byeenkoms is soos versoek deur die groeplede met Skriflesing en gebed geopen en met gebed afgesluit. Van die lede het vrywillig per geleentheid met gebed geopen of afgesluit. Godsdienstige speel vir hierdie persone 'n belangrike rol in hul lewe. Programaktiwiteite kan oor meer as een groepbyeenkoms aangebied word, afhangende van die konsentrasievermoë van die groeplede en die inhoud van die programaktiwiteit.

7.3.1 DOEL VAN GROEPWERKHULPVERLENING

Die doel met die groepwerkhulpverleningsprogram is, soos in Hoofstuk 1 (1.3.4) gestel, om die lewenskwaliteit en die maatskaplike funksionering van die MIV/VIGS-pasiënte te verbeter. Hierdie doel is deur middel van dertien groepbyeenkomste bereik waarvan elke groepbyeenkoms oor afsonderlike doelwitte beskik het wat bereik moes word.

7.3.2 BYEENKOMS 1: ONTMOETING EN ORIËTERING

7.3.2.1 DOELWITTE VAN DIE GROEPBYEENKOMS

- Om die groeplede aan mekaar bekend te stel en só aandag aan die kenverhouding te gee.
- Om 'n vertrouensverhouding op te bou.
- Om insig by lede te bewerkstellig ten opsigte van die belangrikheid van vertroulikheid.
- Om 'n werkooreenkoms met die groeplede te sluit.
- Om doelstellings, doelwitte en die programinhoud te finaliseer.

7.3.2.2 PROGRAMAKTIWITEIT

- Ysbrekers en die groepgesprek is gebruik om lede die geleentheid te bied om hulle aan mekaar bekend te stel en sodoende mekaar beter te leer ken.
- Deur middel van die werkooreenkoms wat gesluit is, het elke groeplid duidelikheid gehad oor wat van hom of haar in die groep verwag word en wat hulle ook van die groepleier kan verwag.

7.3.2.3 INHOUD VAN PROGRAM

Tydens die eerste byeenkoms, net soos die laaste byeenkoms, is die verhoudings, gebondenheid, klimaat en struktuur binne die groep van die uiterste belang vir die dinamika van die groep (Roux, 1997:24). Reeds vanaf die eerste kontak moet die maatskaplike werker doelbewus aandag aan die uitbou van hierdie komponente van die groepwerkproses gee.

Tydens hierdie byeenkoms het die lede die geleentheid gehad om hulle aan mekaar bekend te stel deur onder andere te sê wat sy/haar naam is, waarvan hulle hou, hoeveel kinders hulle het en wat hulle van die groep verwag. Hierna is aandag aan die doelstellings en doelwitte van die groep soos deur die behoeftes van die groeplede wat uit die behoeftebepaling voortspruit, bepaal is, geskenk. Aandag is ook aan die verskillende onderwerpe wat tydens die groepsessies bespreek gaan word, die werkwyses wat gevolg sal word asook die finalisering van die funksionele aspekte geskenk. Daar is besluit op die dag en tyd waarop byeenkomste sal plaasvind asook die lokaal waarin die byeenkomste sal plaasvind. Aandag is geskenk aan die wyse waarop die groep begin en afgesluit moet word.

Dit was nodig om met die MIV/VIGS-pasiënte die benutting van sprekers uit te klaar. As gevolg van hul sensitiwiteit oor vertroulikheid is dit noodsaaklik dat hulle toestemming moet verleen indien daar van 'n spreker gebruik gemaak gaan word. Tydens hierdie byeenkoms is aandag geskenk aan die hantering van konfidensialiteit. Elke groeplid moet weet wat van hom of haar in hierdie verband verwag word. Deur middel van 'n skriftelike werkooreenkoms moet die groeplede bereid wees om hom of haar daarby neer te lê. Indien daar ander sake van belang ten opsigte van die werkooreenkoms voorkom, moet dit ook aandag geniet. Die groeplede moet beseft dat hulle medeverantwoordelik is vir hul eie groei en ontwikkeling in die groep, maar ook vir die groei en ontwikkeling van die ander lede en uiteindelik die groep as geheel. Vanaf die eerste byeenkoms is dit noodsaaklik dat lede deurentyd sterk gemotiveer moet word om aktief deel van die groep te wees.

7.3.2.4 BESPREKING

As gevolg van die problematiek rakende MIV/VIGS en vertroulikheid, is baie aandag tydens hierdie byeenkoms geskenk aan die skep van 'n klimaat van rustigheid, ontspanning en vertroulikheid. Die noodsaaklikheid van vertroulikheid is baie deeglik met die groeplede bespreek. Tydens die ondertekening van die werkooreenkoms is dit duidelik aan die lede gestel dat indien hulle hul nie by die ooreenkoms gaan hou nie, hulle nie die

groepsessies verder moet bywoon nie. Al die groeplede het hulle bereid verklaar om hulle streng daarby te hou. Alhoewel die groeplede in die begin onseker en ietwat wantrouig was, was hulle aan die einde van die byeenkoms en veral ná die ondertekening van die werkooreenkoms baie meer ontspanne en op hulle gemak.

7.3.3 BYEENKOMS 2: DIE AARD VAN MIV

7.3.3.1 DOELWITTE VAN DIE GROEPBYEENKOMS

- Om lede bewus te maak van die problematiek rakende MIV/VIGS.
- Om lede se kennis en insig ten opsigte van wat MIV/VIGS behels, uit te bou.
- Om insig by lede te ontwikkel oor die wyses waarop 'n persoon met die MI-virus geïnfekteer word.

7.3.3.2 PROGRAMAKTIWITEIT

Programaktiwiteite wat met sukses gebruik kan word, is ysbrekers, die groepgesprek, gonsgroepe, trupprojektor, skryfbord en plakkate.

7.3.3.3 INHOUD VAN PROGRAM

Die aard van MIV/VIGS is as onderwerp tydens hierdie groepbyeenkoms bespreek. MIV/VIGS is nie net in Suid-Afrika nie maar wêreldwyd 'n siekte-toestand wat vinnig toeneem. Syfers oor die getalle MIV-positiewe pasiënte wêreldwyd sowel as in Suid-Afrika is aan groeplede deurgegee. Hierna is daar deur middel van visuele materiaal wat op plakkate uiteengesit is, aandag geskenk aan wat MIV-positief/VIGS beteken. Pomeroy *et al.* (1999:174) wys op die belangrikheid daarvan om akkurate inligting oor MIV/VIGS aan die pasiënt wat geïnfekteer is, oor te dra. Daar is veral gekonsentreer op die publikasies van Evian (2000:7) en Visagie (1999:1) wat daarop wys dat die MI-virus die immuunstelsel aanval en stadig vernietig.

Visagie (1999:2) wys op die volgende ten opsigte van virusse: "Viruses are transmitted in different ways. Unlike the cold or flu virus that is spread through the air from one person to another, through sneezing for instance, the HIV that causes AIDS is transmitted mainly through sexual contact, in the same way as the diseases known as Sexually Transmitted Diseases (STDs)".

Die MI-virus is volgens Visagie (1999:3) "... the virus that invades the immune system and destroys it so that the body is no longer protected against disease. This allows opportunistic illnesses (such as various types of pneumonia that become life-threatening in the absence of an immune system) to take over and eventually cause the death of the infected person". Die MI-virus vernietig dus die immuunstelsel van die pasiënt, en hulle word dus aan verskeie sekondêre infeksies blootgestel.

Evian (2000:7) som die siklus van MIV soos volg op: "This all means that some of the most important cells of the body's immune or defence system are destroyed. The immune system is very well established and is very powerful. It takes the HIV virus a number of years to destroy enough of the immune system to cause immune-deficiency and immune-incompetence". Evian (2000:7) wys verder op die volgende: "When a person is immune-defiant, the body has difficulty defending itself against many infections and some cancers".

Volgens Evian (2000:3) is MIV/VIGS 'n relatief nuwe en unieke siekte wat gedurende 1981 in Amerika vir die eerste keer beskryf is. Homoseksuele mans tussen die ouderdom 20 – 45 jaar het 'n seldsame longontsteking ontwikkel wat deur 'n parasiet "pneumocystis carinii" veroorsaak is. In September 1983 het wetenskaplikes die MI-virus ontdek en besef dat dit die oorsaak van die nuwe siekte, genaamd VIGS, is (Evian, 2000:3). Sedert die tagtigerjare het die virus versprei en word MIV ook by heteroseksuele persone gediagnoseer.

Nadat op 'n baie elementêre wyse aan groeplede verduidelik is wat MIV-positief/VIGS is, is die volgende vraag waarop antwoorde verkry moes word die wyses waardeur hierdie virus van een persoon na 'n ander versprei kan

word. Hierdie vraag is tydens byeenkoms 3 met die groeplede bespreek.

7.3.3.4 BESPREKING

Tydens hierdie byeenkoms het dit duidelik geblyk dat die kennis van lede ten opsigte van wat MIV/VIGS is, uiters beperk is. Omdat hierdie persone se geletterdheidsvlak nie baie hoog is nie, moes die oordra van kennis oor die aard van MIV/VIGS met baie visuele hulpmiddels en prente gepaard gaan. Indien van hulle nie dadelik al die inligting begryp het nie, is dit herhaal op so 'n wyse dat hulle wel kan begryp. Daar is hoofsaaklik klem laat val op die invloed wat die virus op die vernietiging van die immuunstelsel van die individu het.

7.3.4 BYEENKOMS 3: DIE VERSPREIDING VAN MIV

7.3.4.1 DOELWITTE VAN DIE GROEPBYEENKOMS

- Om by groeplede insig te bewerkstellig oor die rol wat sekere situasies in die samelewing speel in die verspreiding van die MI-virus.
- Om by groeplede insig te laat ontwikkel oor die wyse waarop hulle kan voorkom dat hulle andere, en veral hulle kinders, infekteer.
- Om insig by die groeplede te ontwikkel oor die waarde van die gebruik van kondome en hoe dit aangewend moet word.

7.3.4.2 PROGRAMAKTIWITEIT

Programaktiwiteite wat gebruik kan word, is onder andere die groepgesprek, gongsgroepe, truprojektor, skryfbord, prente en plakkate.

7.3.4.3 INHOUD VAN PROGRAM

Daar is tydens hierdie groepbyeenkoms aandag geskenk aan die verskillende oorsake wat kan lei tot die verspreiding van MIV/VIGS. Bronne soos Evian (2000:13-22) en Visagie (1999:19-22) is hoofsaaklik gebruik.

⇒ **DIE INVLOED VAN SOSIO-EKONOMIESE OMSTANDIGHEDDE**

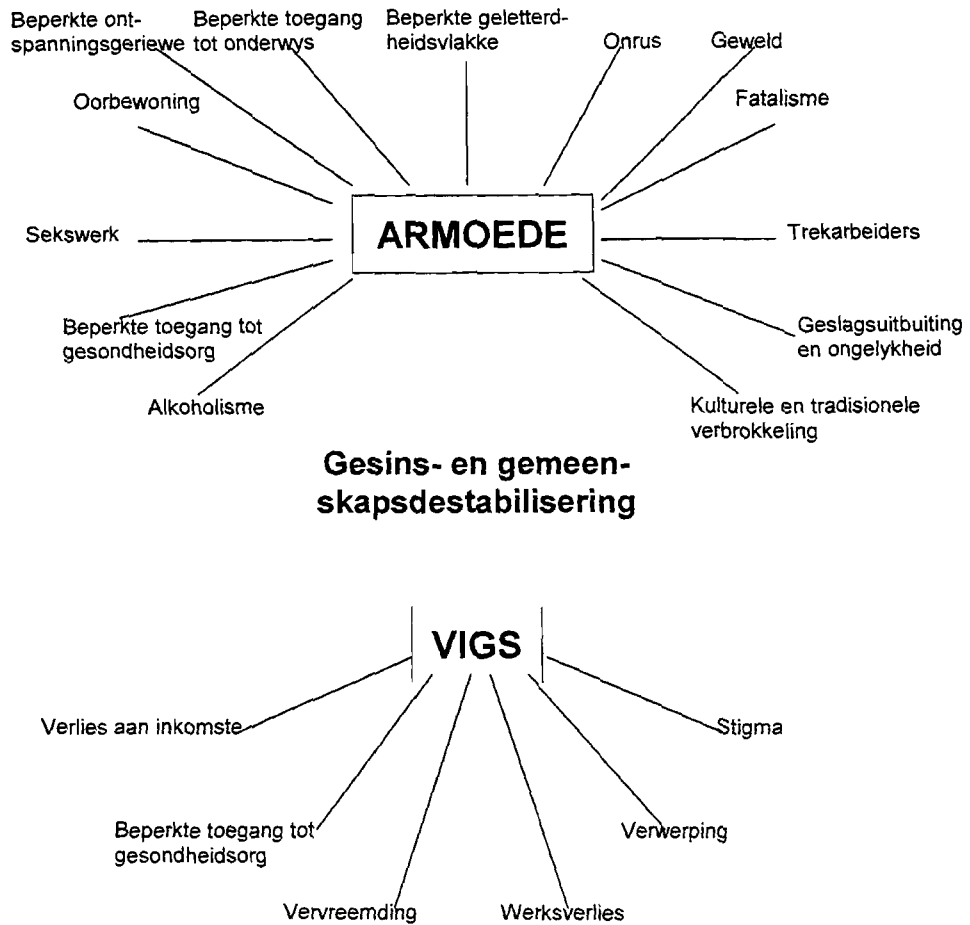
Armoede

Armoede en laaglike sosio-ekonomiese omstandighede skep 'n gunstige klimaat vir die verspreiding van MIV weens die volgende redes:

- 'n Hoë voorkoms van werkloosheid bevorder migrasie wat tot die destabilisering van die gesinslewe lei en seksuele verhoudings met meer as een seksmaat bevorder.
- Vroue en jong meisies word soms gedwing tot prostitusie om die gesin se inkomste aan te vul.
- Mobiliteit van die bevolking.
- Persone wat in armoedige omstandighede lewe, het nie geredelike toegang tot gesondheidsorg nie. Seksueel oordraagbare siektes word gevolglik nie medies behandel nie en versprei dus vinniger.
- Ongeletterdheid weerhou persone van toegang tot kennis aangaande die siekte (Evian, 2000:21).

Die uitwerking van armoede op die verspreiding van MIV is verreikend en word deur Evian (2000:22) soos volg uiteengesit.

Figuur 1: Armoede en MIV/VIGS



(Evian, 2000:22)

Verskeie faktore wat verband hou met armoede soos beperkte toegang tot onderwys, oorbewoning, geweld en sekswerk, gee aanleiding tot die verspreiding van MIV/VIGS.

Migrasie van werkers

Mans en vroue moet dikwels hul huise en geliefdes verlaat om in 'n ander dorp of stad, dikwels ver van hul huise, werk te kry. Hier bevind hulle hul in eensame en ongunstige omstandighede. Weens 'n natuurlike behoefte aan geslagsgemeenskap, raak hulle betrokke by buite-egtelike verhoudings wat die gevaar van MIV-infektering vergroot. Wanneer hulle na hul tuistes terugkeer, infekteer hulle weer hul eggenoot(e).

Ongeletterdheid (onkunde)

Swak ekonomiese toestande lei daartoe dat baie persone nie kan lees en skryf nie en dus nie 'n hoë graad van geletterdheid bekom nie. Hierdie omstandighede verhoed dat hulle toegang tot inligting verkry en dus nie weet hoe MIV versprei nie.

Alkohol en ander dwelms

Persone gebruik dikwels alkohol en ander dwelms om hul daaglikse probleme te ontvlug. Evian (2000:21) stel dit soos volg: "This also encourages people to become 'loose' and to have sex with different people".

Misdaad en geweld

Die hoë syfers oor misdaad en geweld in die stede en selfs die platteland is verdere stresfaktore wat 'n invloed op die gesin en die gemeenskap uitoefen.

⇒ **MIV-INFEKTERING NA ANDERE**

Die wyses waardeur die groeplede andere kan infekteer, is met hulle bespreek, en daar is veral praktiese riglyne verskaf van wat hul te doen staan om te keer dat hulle die virus aan andere oordra.

Geïnfekteerde bloed

Die bloed van 'n geïnfekteerde persoon met MIV moet deur die vel van 'n gesonde persoon binnedring om sodoende hierdie persoon te infekteer. Daar is veral klem laat val op die feit dat pasiënte moet verhoed dat van hulle bloed ander persone infekteer deur middel van gebreke glas, oop wonde, motorongelukke, die gebruik van dieselfde spuitnaalde, tandeborsels, skeermesse en bloed wat in die oë van ander persone beland.

Die volgende wenke is aan die hand gedoen oor die wyses hoe persone wat aan MIV-geïnfekteerde bloed blootgestel is, hanteer moet word:

- Maak oppervlakte wat met geïnfekteerde bloed in kontak was, dadelik

met 'n antiseptiese oplossing soos 'n bleikmiddel byvoorbeeld Jik skoon.

- Spoel die oë of mond dadelik uit.
- Laat die wond wat met MIV geïnfecteerde bloed in aanraking gekom het, vrylik bloei.
- Gebruik weggoobare handskoene of plastieksakke.
- Moenie gebruikte spuitnaalde en lemmetjies laat rondlê nie. Plaas dit in 'n houer wat dig kan sluit. Moenie dit in 'n asblik of plastiese sak bêre om weg te gooi nie.
- Bedek oop wonde en snye met pleisters.
- Dit is raadsaam om gereeld huishoudelike oppervlaktes met oplossings van 1 koppie bleikmiddel gemeng met 2 koppies water te was (Evian, 2000:318-323).

Seksuele omgang

Die MI-virus kom in groot konsentrasies in die semen en vaginale vloeistof van persone met MIV-infeksies voor. Alhoewel die virus ook gevind word in ander liggaamsvloeistowwe soos speeksel, urine en sweet, is die voorkoms van die MI-virus in dié liggaamsvloeistowwe te laag vir infektering.

Dit is raadsaam dat MIV-pasiënte hul houdings en gewoontes ten opsigte van seks verander en veilige seks toepas (Evian, 2000:93; Visagie, 1999:23-32).

- **Vereistes vir veilige seksuele omgang**

- Slegs een langtermyn-seksmaat.
- Wees getrou aan jou seksmaat.
- Vaginale seksuele omgang moet slegs plaasvind indien 'n manlike of vroulike kondoom gebruik word.

- Maak gebruik van ander alternatiewe metodes soos masturbasie en "body sex" (Visagie, 1999:23).
- Wanneer orale seks beoefen word, moet die man liefsvan 'n kondoom gebruik maak.
- Anale seks moet liefsvan vermy word, maar indien dit wel plaasvind, moet daar verkieslik van 'n dubbelsterkte-kondoom gebruik gemaak word.

- **Die gebruik van kondome**

Baie klem word in die moderne tyd gelê op die gebruik van die kondoom om die verspreiding van MIV te voorkom. Dit is egter noodsaaklik dat inligting aan groeplede deurgegee moet word oor hoe die kondoom gebruik moet word. Visagie (1999:33-35) stel onder andere die volgende riglyne voor vir die gebruik van die kondoom:

- Slegs latex- of nylon-kondome behoort gebruik te word.
- Die kondoom moet volgens instruksies gebruik word. Maak seker dat wanneer dit aangesit word, daar 'n 5 mm spasie op die punt gelaat word om te voorkom dat semen uitstort. Die kondoom moet teruggerol word tot by die basis van die penis.
- Slegs K-Y-gel mag as smeerolie gebruik word. Geen handerom, kookolie of vaseline mag gebruik word nie, aangesien dit die kondoom verswak.
- Ná ejakulasie moet die kondoom deur die man vasgehou word om te voorkom dat semen uitstort.
- Die kondoom moet in toiletpapier toegedraai word en in die toilet weggespoel word of op 'n ander veilige wyse vernietig word.
- 'n Kondoom mag slegs een maal gebruik word.
- Daar moet altyd ingedagte gehou word dat kondome nooit honderd persent veilig is nie.

- Kondome moet nie baie hanteer word nie, aangesien hulle geneig is om te breek (Visagie, 1999:33-35).

Infeksie vanaf moeder na kind tydens swangerskap en borsvoeding

Hierdie wyse van infektering geskied hoofsaaklik gedurende swangerskap en tydens geboorte. Navorsing het bewys dat daar 'n 20 – 40% kans bestaan dat 'n baba van 'n MIV-moeder wel geïnfekteer sal word (Evian, 2000:16). Die baba kan ook deur middel van borsvoeding geïnfekteer word. In swak sosio-ekonomiese gemeenskappe veroorsaak hierdie aangeleentheid komplekse probleme. Daar moet besluit word of die baba eerder deur die moeder geborsvoed moet word en of van bottelvoeding gebruik gemaak word. Dit is noodsaaklik dat vrouens sal besef watter rol swangerskap en borsvoeding speel ten opsigte van die infektering van babas (Evian, 2000:213-228; Visagie, 1999:48-50).

Die infeksiekoers van 'n baba deur 'n MIV-positiewe moeder wissel tussen 1 uit 3 en 1 uit 6 gevalle (Visagie, 1999:48). Volgens Evian (2000:213) sal ongeveer 25% – 30% van MIV-geïnfekteerde moeders MIV-infeksies aan hul babas oordra. Moeders met 'n gevorderde MIV-infeksie of wat alreeds VIGS onder lede het, se kans om hul babas voor of tydens geboorte te infekteer, is groot. Moeilike geboortes waar die vel beskadig word deur verloskundige proses, verhoog die kans op die infektering van die baba. Daarteenoor verminder 'n keisersnee die kans op infektering. Vroeggebore babas se risiko om met die MIV-virus geïnfekteer te word, is hoër (Evian, 2000:213-215). Vroue moet kennis dra van hierdie risikofaktore en die invloed wat dit op babas wat MIV-positief gebore word, uitoefen. Die geboorteproses is die hoogste risikofaktor, gevolg deur swangerskap en daarna borsvoeding. In Suid-Afrika is daar deur navorsing bewys dat borsvoeding die risiko van MIV-infektering deur die moeder met tussen 12 – 43% verhoog (Evian, 2000:220-221). Die virus kom gedurende die hele periode van borsvoeding in die moedersmelk van MIV-positiewe moeders voor en kan dus die baba te eniger tyd infekteer. Vroue behoort die hulp van verpleegkundiges te benut wanneer

hulle ten opsigte van borsvoeding aldan nie moet besluit indien hulle MIV-positief is.

⇒ **GEBRUIK VAN ALKOHOL EN ANDER DWELMS**

Volgens Visagie (1999:52) is dit noodsaaklik dat groeplede besef dat selfs die geringste hoeveelhede alkohol en ander verdowingsmiddels hulle in staat stel om gedrag te openbaar wat hul andersins nie sou openbaar nie. Dit sluit onveilige seks in. Persone wat verdowingsmiddels gebruik en spuitnaalde met mekaar deel, verhoog verder die kans op die verspreiding van die virus. Geïnfekteerde pasiënte wat aan dwelms soos alkohol verslaaf is, behoort behandeling te ondergaan.

MIV kan nie versprei word deur hoes, eetgerei, beddegoed, soen, omhelsing, aanraking, muskiete, toilette en groet met die hand nie. Die virus kan nie lang periodes buite die liggaam oorleef nie en kan ook nie deur die vel dring nie.

7.3.4.4 BESPREKING

Tydens hierdie groepbyeenkoms is heelwat inligting waaroor die groeplede nie beskik het nie, verskaf. Die groeplede het in breë trekke geweet dat MIV versprei word deur middel van onveilige seks, besmette bloed en van moeder tot kind. Hulle het egter nie kennis gedra van die rol wat alkohol en ander dwelms speel nie. Tydens hierdie sessie het die inligting oor die wyse waarop die moeder die kind kan infekteer en 'n kondoom gebruik moet word, asook die voorsorgmaatreëls wat noodsaaklik is ten opsigte van geïnfekteerde bloed, vir hulle baie waarde ingehou.

Die groeplede het tydens die groepbespreking die invloed van migrasie aktief bespreek. Van die groeplede se mans of saamleefmaats werk op ander dorpe, en hulle is bewus daarvan dat meer as een seksmaat in hulle gemeenskap aan die orde van die dag is. Wat opvallend in beide groepe was, is die feit dat hulle daarvan bewus is dat hulle die MIV-infeksie deur 'n seksuele verhouding opgedoen het, maar anders as wat verwag is, koester hulle geen kwade gevoelens jeens die maat wat hulle geïnfekteer het nie.

Sommige van die dames se mans of saamleefmaats is reeds oorlede. Die groeplede in beide groepe was egter bekommerd oor die swart jeugdiges se aktiewe betrokkenheid by seks en veral die onveilige beoefening daarvan. Hulle het gevolglik die behoefte uitgespreek dat meer gedoen moet word om jeugdiges meer gereeld oor die gevare van onveilige seks, en veral oor MIV-infektering, in te lig.

7.3.5 BYEENKOMS 4: FASES EN SIMPTOME VAN MIV/VIGS

7.3.5.1 DOELWIT VAN DIE GROEPBYEENKOMS

- Om die groeplede se kennis en insig ten opsigte van die verskillende ontwikkelingsfasies vanaf MIV tot VIGS en die simptome wat kenmerkend van elke fase is, te verbreed.

7.3.5.2 PROGRAMAKTIWITEIT

Tydens hierdie groepbyeenkoms is aandag geskenk aan die verskillende fasies van MIV/VIGS. Die simptome van elke fase is breedvoerig tydens hierdie groepbyeenkoms as onderwerp bespreek. Daar is meestal deur middel van prente aan die groeplede getoon wat met sekere simptome bedoel word. Daarbenewens kan die groepgesprek, gongsgroepe, truprojektor, skryfbord, plakkate en prente met sukses benut word.

7.3.5.3 INHOUD VAN PROGRAM

Evian (2000:25) beweer die volgende ten opsigte van die fasies van MIV/VIGS: "A person who becomes infected with HIV will usually go through various clinical stages that occur over a long period of time (usually 5 – 12 years)". Hierdie fasies word dikwels gekenmerk deur 'n pasiënt wat gesond is en geen tekens van die siektetoestand toon nie tot 'n later fase waar die pasiënt geringe simptome toon. In 'n later stadium, naamlik die simptome-tiese fase, is die pasiënt ernstig siek en sterf die pasiënt uiteindelik (Evian, 2000:25).

MIV vernietig die immuunstelsel geleidelik. Die toetsing van die CD4 (helper T cells) in die bloed is die beste manier om te bepaal wat die immuunstatus van die persoon is. Wanneer mediese toetse nie beskikbaar is nie, is daar tekens en simptome wat as indikatore kan dien van gevorderde immuniteitsgebrek.

⇒ **FASES VAN MIV-INFEKSIE**

Die MIV-siektetoestand kom in verskeie fases voor volgens Evian (2000:28-35), Gordon en Kloud (1991:5-9), Visagie (1999:13-16) en Wood en Dietrich (1990:142-145), wat deur sekere simptome gekenmerk word. Hierdie fases en simptome word vervolgens aan die hand van Evian (2000:28-35) bespreek:

Die vroeë (primêre) MIV-infeksiefase

Hierdie fase staan ook bekend as die sogenaamde vensterperiode.

Tydens die eerste 4 – 8 weke ná MIV-infektering mag daar vir 1 – 2 weke by die pasiënt ongesteldheid teenwoordig wees wat onder andere koors, moegheid, seerkeel, pyn in die gewrigte en 'n uitslag tot gevolg het. Tydens hierdie tydperk kan die MIV-antiteenliggaamtoets positief of negatief toets. Wanneer die persoon die bogenoemde simptome ervaar, word dit gewoonlik gesien as griepsimptome en gaan ongesiens by die persoon verby. Die MIV-antiteenliggaamtoets wys gewoonlik positief tussen 4 – 6 weke ná infektering. Vir die eerste 1 – 5 jaar kan MIV gewoonlik deur 'n MIV-toets bepaal word. Dit is noodsaaklik dat 'n persoon wat MIV-positief is reeds gedurende hierdie fase gediagnoseer en behandel moet word.

Die latente of asimptomatiese fase

Die MIV-geïnfekteerde persoon ervaar dikwels 'n periode waarin hy/sy goeie gesondheid ervaar en waartydens die virus klinies stil of latent in die persoon se liggaam bly. Hierdie fase kan tussen 3 – 7 jaar en selfs 10 jaar duur. Alhoewel die virus klinies, latent of stil is, is die virus aktief besig binne die liggaam om die immuunstelsel te beskadig. Die persoon is tydens hierdie

fase in staat om andere te infekteer. Die asimptomatiese fase word gekenmerk met 'n CD4-sel telling van 500 – 800 selle/mm³ of selfs minder.

Die mindere ("minor") simptomatiese fase

Tussen 3 en 7 jaar ná infektering kan sommige persone mindere of geringe simptome ontwikkel. Simptome wat wel kan voorkom, is onder andere kroniese swelling van die limfpunte/kliere wat in die nek, oksels en onder die ken voorkom; Herpes zoster; sporadiese koorsaanvalle; veluitslag en jeuk van die vel; swamagtige naelinfeksies; herhaalde swere in die mond; herhaalde lugwegontsteking en gewigsverlies.

Hierdie fase word geassosieer met 'n CD4-seltelling van 350 - 500 selle/mm³.

Die simptomatiese fase

Vyf tot agt jaar na MIV-infektering kan die immuunstelsel só versleg en agteruitgaan dat tekens van meer ernstige MIV-verwante siektetoestande na vore tree. Die mees algemene simptome wat gedurende hierdie fase na vore tree, is onder andere mond- en vaginale swaminfeksies (sproei); harige uitgroeisels op die tong; herhaalde herpesinfeksies; gordelroos; akneeagtige velinfeksies; aanhoudende en onverklaarbare koorsagtigheid en nagsweet; veluitslag; vergrote limfkliere; aanhoudende diarree en gewigsverlies (meer as 10% van die liggaamsgewig). Reaktivering van tuberkulose mag ook met hierdie fase geassosieer word. Dit kom veral in persone in sub-ekonomiese gemeenskappe voor waar tuberkulose algemeen aangetref word.

Hierdie fase word gewoonlik geassosieer met 'n CD4-seltelling van tussen 150 - 350 selle/mm³.

Die ernstige simptomatiese of VIGS-fase

Binne ongeveer 18 maande ontwikkel die pasiënt vanaf die simptomatiese fase na die ernstige simptomatiese fase of VIGS. VIGS word geassosieer met 'n CD4-seltelling van laer as 200 selle/mm³.

Simptome van VIGS is onder andere die volgende:

- Herpes en velsepsis kom met verskeie veluitslae en velkondisies voor.
- Lugweginfeksies kom voor met aanhoudende hoes, borspyn en koors.
- 'n Uitslag kom voor in die mond en geslagsdele.
- Aanhoudende diarree kom voor.
- Infeksie in die brein sal voorkom in die vorm van hoofpyn, epilepsie en ander neurologiese kondisies.
- Op die vel verskyn rooi en pers vlekke wat in grootte en getalle vermeerder. Limfsele gewasse mag voorkom in die vorm van vergrote limfkliere.
- Persone met VIGS ervaar meestal moegheid, uitputting en swakheid.
- Somtyds kom geheue- en konsentrasieverlies voor en by sommige persone ernstige geestesagteruitgang en verwardheid.

Daar moet aan groeplede verduidelik word dat MIV-infeksies en die simptome van persoon tot persoon kan verskil soos onder andere die volgende:

- ⇒ Sommige persone reageer baie stadig op behandeling.
- ⇒ Sommige persone bly vir baie jare gesond en verswak dan skielik.
- ⇒ Sommige persone word nooit ernstig siek nie (Evian, 2000:35).

Persone wat een of ander van die infeksies wat bespreek is ervaar, moet dadelik vir die behandeling daarvan na 'n geneesheer of kliniek gaan. Vroegtydige behandeling van infeksies kan die lewensduur van pasiënte verhoog.

⇒ **KINDERS MET MIV/VIGS**

Tydens hierdie byeenkoms is ook aandag geskenk aan die simptome wat by

kinders voorkom wat MIV-positief is, sodat ouers reeds in 'n vroeë stadium kan bepaal of van hierdie simptome by hulle kind aanwesig is. Die meeste kinders word met die virus tydens swangerskap (25%), geboorte (60%) of borsvoeding (15%) geïnfekteer (Evian, 2000:157). Die tydperk vandat die kind met MIV geïnfekteer is totdat die kind sterf, is baie korter as by volwassenes. Kinders wat binne die eerste 6 – 12 maande simptome toon, ontwikkel ernstige simptome en sterf binne 'n jaar. Dertig tot 40% van kinders met MIV kom in hierdie groep voor. Die proses word verhaas as gevolg van swak voeding, tuberkulose, masels, gastro-enteritis en infeksies van die asemhalingstelsel.

Kinders wat simptome ontwikkel ná een jaar, het 'n langer oorlewingsperiode. In sommige gevalle kan hulle oorleef tot en met die tienerjare.

Volgens die Wêreldgesondheidsorganisasie se kriteria vir die kliniese diagnose van VIGS by 'n kind, moet 'n kind twee ernstige simptome en een minder ernstige simptome ervaar in die afwesigheid van enige bekende ander oorsake van immuniteitsgebrek (Evian, 2000:161).

Ernstige simptome

- Die onvermoë om gewig te vermeerder
- Volgehoue koors vir langer as een maand.
- Kroniese diarree vir langer as een maand.

Minder ernstige simptome

- Kroniese hoes vir langer as een maand.
- Herhaalde infeksies in dele van die liggaam.
- Kroniese dermatitis.
- Swaminfeksies in die mond.

Indien die moeder MIV-positief is, moet aandag geskenk word aan die moontlikheid dat die kind MIV-positief is. Daar is wel gesofistikeerde toetse wat op 'n pasgebore baba uitgeoefen kan word, maar dit is baie duur. Die kliniese toestand van die kind soos in die voorafgaande bespreek, is egter 'n goeie aanduiding van 'n kind se MIV-status.

7.3.5.4 BESPREKING

Tydens hierdie groepbyeenkoms is baie feitelike inligting aan die groeplede deurgegee. Van die meeste van hierdie inligting was hulle nie bewus nie. Die groeplede was ook nie op hoogte wat al die simptome is nie, en dit was vir hulle traumaties om te beseef dat sommige van hulle reeds die simptome ervaar, of dat hulle kinders reeds die simptome ervaar. Baie ondersteuning moes tydens hierdie sessie aan hulle verleen word. Hulle moes die geleentheid kry om oor hul situasie met mekaar en die groepleier te praat. Katarsis moes toegelaat word wat opgevolg is deur gevoelshantering en ondersteuning. Van die groeplede het in daardie stadium vir die eerste maal beseef dat hul mans of saamleefmaats, kinders of families wat oorlede is, nie aan siektes soos diarree of tuberkulose gesterf het nie, maar heel waarskynlik aan VIGS.

Daar is by herhaling aan groeplede gesê dat indien hul wel tans van hierdie simptome ervaar, dit nie beteken dat hulle moedeloos moet word nie. Hulle kan gehelp word. Dit is waarom hulpverlening deur middel van die groep aan hulle verskaf word, naamlik sodat hulle fisiese toestand verbeter kan word om hul eie lewens en dié van hul kinders en ander familielede te verleng.

Hierdie programaktiwiteit kan oor twee of meer byeenkomste aangebied word omdat baie nuwe inligting aan die groeplede verstrekkend word.

7.3.6 BYEENKOMS 5: VOEDING

7.3.6.1 DOELWITTE VAN DIE GROEPBYEENKOMS

- Om die groeplede bewus te maak van die belangrikheid van 'n

gebalanseerde dieet vir die verbetering van hul lewenskwaliteit en maatskaplike funksionering.

- Om die vereistes van 'n gebalanseerde dieet vir MIV/VIGS-pasiënte aan die groeplede te verduidelik.
- Om insig oor goeie higiëne by die groeplede te bewerkstellig.
- Om riglyne aan groeplede te verskaf oor wyses waarop verskillende simptome wat met MIV-infeksies gepaard gaan, te hanteer.
- Om groeplede aan te moedig om met eie groentetuine te begin.

7.3.6.2 PROGRAMAKTIWITEIT

Tydens hierdie groepbyeenkoms kan gebruik gemaak word van die groepgesprek, gonsgroepe, prente en plakgate.

7.3.6.3 INHOUD VAN PROGRAM

Die groeplede en die navorser het die simptome wat 'n MIV/VIGS-pasiënt ervaar, weer gesamentlik bespreek. Die navorser het die groeplede daarop gewys dat met die regte dieet en die regte hantering en voorbereiding van voedsel, MIV/VIGS-pasiënte se lewenskwaliteit asook hulle duur van lewe verhoog kan word. Tydens die bespreking van hierdie onderwerp is aan die groeplede voorbeelde van persone soos Christo Greyling wat reeds vir 'n geruime tyd MIV-positief is en nogtans 'n kwaliteitlewe lei, uitgewys. Groeplede is op die noodsaaklikheid van 'n gebalanseerde dieet in die voorkoming van gewigsverlies en infeksies gewys (Vaghefi & Castellon-Vogel, 1994:4-5). Voeding-intervensie is tydens alle fases van MIV-infeksies noodsaaklik. Vaghefi en Castellon-Vogel (1994:5) stel dit soos volg: "During the asymptomatic period, the goal of nutrition counseling is to promote an adequate, balanced diet for weight maintenance and prevention of vitamin and mineral deficiencies. In the later stages of the disease, nutrition recommendations may involve enteral or parenteral nutrition."

Die waarde van gebalanseerde voeding tydens alle fases van MIV-infeksies moet besef word.

⇒ **DIEETRIGLYNE**

In Afrika word aan sekere voedselsoorte voorkeur gegee. Die stapelvoedsel van Afrikane ("Africans") met proteïene en kalorieë is volgens Enwonwu en Warren (1994:21) die volgende: "... wheat (11%), millet (12%), rice (8%), maize (10%), taro (7%), yam (6%), plantain (4%) and cassava (3%)". Afrika het egter 'n baie groot verskeidenheid van proteïenryke voedselsoorte soos palmolie en grondboonolie asook verskeie soorte bone. Hierdie voedsel is egter óf te duur óf word nie genoeg na waarde deur die mense in Afrika geskat nie (Enwonwu & Warren, 1994:21). Dit is noodsaaklik dat persone met MIV/VIGS die nodige leiding sal kry van die tipe voedsel wat hulle moet eet, aangesien 'n gebalanseerde dieet noodsaaklik is in die voorkoming van MIV-infeksies.

Volgens Fields-Gardner, Thomson en Rhodes (1997:39) benodig 'n man vir 'n gebalanseerde dieet, 16 kalorieë per een pond gewig per dag en dames 13 kalorieë per een pond gewig. As dit herlei word na kilogramme, benodig 'n man dus 35,2 kalorieë per een kg en 'n dame 28,6 kalorieë per een kg per dag. Die indeling per porsie per kalorievlak word deur Fields-Gardner *et al.* (1997:39) in Tabel 21 weergegee:

Tabel 21 Porsies per kalorievlak

Voedselgroep	Aantal kalorieë												
	1,200	1,400	1,600	1,800	2,000	2,200	2,400	2,600	2,800	3,000	3,200	3,400	3,600
Graan	4	5	6	8	9	10	11	12	14	15	16	18	19
Vrugte	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
Groente	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Suiwel	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
Proteïenvoedsel	2	2,5	3	3	3	3,5	3,5	4	4,5	5	6	6	6

Volgens die uiteensetting in Tabel 21 moet 'n persoon wat byvoorbeeld 1,200 kalorieë per dag moet inneem, 4 porsies van 'n graanprodukt, 4 porsies

vrugte, 3 porsies groente, 2 porsies suiwel en 2 porsies proteïne eet. 'n Voorbeeld van die grootte van 'n porsie word in Skematiese Voorstelling 6 gegee.

Skematiese Voorstelling 6: Dieetriglyn

Voedselgroep	Grootte van porsie	Opmerkings
Graan	1 sny brood of ½ Engelse muffin of ½ "hamburger"-bolletjie of ½ koppie gekookte rys, pasta, ontbytgraan of aartappels	Goeie bron van koolhidrate, kalorieë, en vitamine B; heel graan is 'n bron van yster, magnesium, seleen en sink.
Vrugte	½ koppie gekookte of ingelegde vrugte of ½ koppie vrugtesap of ½ koppie rou vrugte	Goeie bron van vitamienes, minerale; was rou vrugte behoorlik.
Groente	½ koppie gekookte groente of ½ koppie groentesap of ½ koppie rou groente	Goeie bron van vitamienes en minerale; was rou groente behoorlik.
Suiwel	8 onse (1 koppie) melk of joghurt of 1 – 1½ ons kaas of 1 – 1½ koppie gevriesde joghurt of roomys	Goeie bron van proteïne, vitamine B en minerale. Gebruik gepasteuriseerde produkte.
Proteïnevoedsel	3 onse gekookte vleis, hoender of vis of 2 gekookte eiers of ½ koppie neute of 1 koppie gekookte droë bone, lensies of ertjies	Beste bron van proteïne. Goeie bron van vitamine B en minerale. Drie onse vleis is ongeveer die grootte van 'n pak kaarte.

(Fields-Gardner *et al.*, 1997:39)

As voorbeeld kan die volgende dien om te bepaal hoeveel van 'n voedselsoort 'n persoon per dag benodig: 'n Dame wat 70 kg weeg, benodig volgens Fields-Gardner *et al.* (1997:39) se riglyn 2002 (70 x 28.6) kalorieë per dag. Sy sal dus volgens die indeling in Tabel 23 die volgende aantal porsies van die verskillende voedselgroepe per dag moet inneem soos aangedui in die dieetriglyn in Skematiese Voorstelling 7:

Graanprodukte: 9 snytjies brood of 4½ koppies rys, pasta, pap of aartappels

Vrugte: 2 koppies vrugtesap of 4 koppies rou vrugte

Groente: 1½ koppie gekookte groente of 3 koppies rou groente

Melkprodukte: 2 koppies melk of joghurt

Proteïenprodukte: 10,5 onse gekookte hoender of vis of 3½ koppies droë bone, lensies of ertjies.

Tydens die navorsing is daar in samewerking met die Departement Voeding en Gesinsekologie aan die PU vir CHO die volgende dieetriglyn (kyk Bylae 4) aan die pasiënte en dus ook die groeplede verskaf:

- Eet 'n verskeidenheid voedselsoorte per dag.
- Maak styselvoedselsoorte die basis van die meeste maaltye.
- Eet baie vrugte en groente elke dag, veral geel en groen vrugte en groente.
- Eet lensies, droë bone en droë ertjies gereeld.
- Dierereprodukte soos vleis kan elke dag geëet word.
- Eet veral vis- en hoenderprodukte asook melkprodukte.
- Gebruik vette baie spaarsaam.
- Moenie baie sout gebruik nie.
- Drink baie gekookte, skoon water.
- Gebruik alkohol oordeelkundig.

Aan die groeplede is ook riglyne verskaf oor wyses waarop mieliepap verryk kan word (kyk Bylae 5). Die groeplede is aangeraai om mieliepap te verryk met onder andere melk, margarien, olie, vis, grondboontjiebotter, droë bone en eiers.

Groeplede is aangemoedig om gereeld elke dag een huisie vars knoffel te eet. Die waarde van knoffel in die verligting van sekondêre infeksies is aan die lede oorgedra en beklemtoon (Van Wyk, 2001:10).

Dit was tydens hierdie sessie baie moeilik om riglyne vir 'n gebalanseerde dieet aan die groeplede te verskaf, aangesien hulle uit baie armoedige omstandighede afkomstig is. As gevolg van die lae inkomstegroep waarin die groeplede val, is hulle aangemoedig om die verrykte mieliepap te eet. Swaar

klem is gelê op die gebruik van veral geblikte sardientjies as 'n proteïenprodukt. Ten opsigte van groente is hulle aangemoedig om veral wortels, kool, spinasie en marog te eet. Die gebruik van appels en lemoene as vrugte is ook by die groeplede aangemoedig.

Tydens hierdie sessie is riglyne aan die groeplede ten opsigte van die aanplant van 'n groentetuin verskaf. Hulle is aangeraai om skille, gras en blare in die groentetuin in te werk om sodoende die gehalte van die tuingrond te verbeter. Daar was lede wat oor die nodige ruimte beskik het om 'n groentetuin aan te lê, maar dan was daar heelwat van die groeplede, veral in Fochville, wat in 'n plakkerskamp gewoon het en nie oor voldoende ruimte vir 'n groentetuin beskik het nie. Sommige van die lede het ook die probleem van diefstal van groente uit hul groentetuin uitgespreek. Dit is probleme soos hierdie wat die verskaf van raad baie bemoeilik. Die groeplede beskik nie oor die middele en ruimte om riglyne wat aan hulle verskaf word, te implementeer nie.

⇒ **RIGLYNE OOR VOORBEREIDING VAN VOEDSEL**

Tydens hierdie sessie is aandag geskenk aan riglyne oor wyses waarop voedsel in higiëniese omstandighede hanteer en verwerk moet word. Fields-Gardner *et al.* (1997:44) beweer die volgende ten opsigte van voedsel: "Food safety is of utmost importance to persons with HIV, whose immune systems are compromised and who are thus susceptible to food-borne illness from eating undercooked or poorly prepared foods." Riglyne soos onder andere verkry uit Fields-Gardner *et al.* (1997:46) en Meer (1994:189-196) wat aan die groeplede verskaf is, is die volgende (kyk Bylae 6 en 7):

- Was altyd die hande voordat voedsel gekook en voorberei word, voor 'n ete en voordat 'n persoon gevoed word.
- Was altyd hande nadat 'n toilet gebruik is en voedsel hanteer is.
- Gebruik skoon of gekookte water.
- Was beddegoed, handdoeke en klere met seep en water.

- Was eetgerei met seep en water.
- Bedek die mond wanneer nies en hoës.
- Moenie op die grond of in 'n houer spoeg nie.
- Hou altyd wonde bedek.
- Moenie half- of mediumgaar vleis of vis eet nie.
- Moenie tandeborsels, skeermesse en naalde met ander deel nie.
- Verwyder tuin- en huisafval deeglik en gereeld.
- Moenie voedsel ná die vervaldatum eet nie.
- Moenie gaar voedsel langer as een dag bêre nie.
- Kook oorskietkos soos groente en vleis deeglik.
- Vleis, vis en eiers moet goed gaar wees.
- Moenie saggekookte eiers eet nie.
- Gebruik slegs plastiek-snyplanke om voedsel op te verwerk.
- Was die snyplanke deeglik nadat diereprodukte daarop verwerk is.
- Gebruik slegs gepasteuriseerde melk, kaas en ander melkprodukte.
- Was en borsel rou vrugte en groente met skoon water of verwyder die skil voordat dit geëet word.

Volgens Fields-Gardner *et al.* (1997:46) moet warm voedsel warm, en koue voedsel koud gehou word. Bakterieë in voedsel vermeerder veral by kamertemperatuur. Die gevaarsone ten opsigte van temperatuur is tussen 40 en 140°F.

⇒ **HANTERING VAN SIMPTOME VAN MIV/VIGS**

Dit is nodig dat kennis gedra word van siektetoestande wat die MIV/VIGS-pasiënt ervaar. Volgens Aron (1994:215) is optimale ondersteuning aan hierdie pasiënte noodsaaklik. Vir die behoeftige pasiënt is dit van belang dat praktiese riglyne aan hom/haar verskaf word.

Daar is tydens hierdie sessie aandag geskenk aan die hantering van sekere simptome van siektetoestande wat MIV/VIGS-pasiënte ervaar (kyk Bylae 8). Hierdie riglyne sluit aan by die volgende riglyne verkry uit Aron (1994:215-227) en Fields-Gardner *et al.* (1997:48-52).

Verlies aan eetlus

- Eet baie voedsel wat energie verskaf en spiere bou.
- Eet klein maar gereelde maaltye. Eet elke uur iets.
- Vra iemand anders om die voedsel voor te berei.
- Eet voedsel waarvan jy hou. Hou hierdie voedsel byderhand.

Sere in mond en slukprobleme

Omdat die sere in die mond en keel verhoed dat pasiënte kan kou en sluk, is die volgende riglyne van belang:

- Gebruik 'n strooitjie om vloeistowwe te sluk.
- Eet koue voedsel of voedsel wat teen kamertemperatuur gebruik word.
- Eet sagte voedsel soos vla, kapokaartappels en puree.
- Vermyn rook, drank en gaskoeldranke wat die sere in die mond en keel irriteer.
- Die gereelde gebruik van mondspoelmiddels kan verligting bring.

Vermindering van smaak

Fields-Gardner *et al.* (1997:50) beweer ten opsigte van die vermindering van smaak die volgende: "The sense of taste can be affected by infections and medications. Bad tastes can range from metallic to garlicky". Die volgende riglyne is aan die groeplede verskaf:

- Gebruik plastiek-eetgerei.
- Gebruik kruie en speserye soos suurlemoen, kaneel en pietersielie om kos geuriger te maak.
- Varieer die tekstuur van die voedsel van hard en bros na sag en glad.

Buikswelling

- Eet klein maar gereelde maaltye.
- Vermy voedsel wat gasse vorm, byvoorbeeld boontjies, kool, gaskoel-dranke en bier.
- Vermy gebraaide en olierige voedsel.

Sooi-brand

- Eet klein maar gereelde maaltye.
- Vermy olierige voedsel asook voedsel met baie speserye.
- Moenie direk ná 'n maaltyd gaan lê nie.

Naarheid/mislikheid

- Eet en drink koue kos en kos by kamertemperatuur.
- Drink gaskoel-dranke soos Coca-Cola.
- Eet roosterbrood.
- Vermy sterk voedselreuke.

- Eet suur voedsel, byvoorbeeld suurlemoenwiggies.
- Eet stadig en kou die voedsel deeglik.
- Eet klein maar gereelde maaltye.

Diarree

- Maak piesang, appel en wortels fyn en laat dit 'n rukkie staan totdat dit bruin verkleur.
- Vermoed alle melkprodukte.
- Drink vloeistowwe om dehidrasie te voorkom.

Ná elke stoelgang kan die volgende mengsel vir die pasiënt gegee word: Meng 1 liter afgekoelde gekookte water met 8 teelepels suiker en 'n halwe teelepel sout.

7.3.6.4 BESPREGING

Tydens hierdie sessie is waardevolle inligting aan die groeplede verskaf waaroor hulle meestal geen of 'n geringe mate van kennis beskik het. Hierdie inligting is uiters noodsaaklik om groeplede se lewenskwaliteit te verhoog en hul lewensduur te verleng. Groeplede wat ongeskoold is, neem langer om die inligting toe te pas, en daarom is dit noodsaaklik dat inligting stelselmatig aan hulle deurgegee sal word. Dit is dus raadsaam om hierdie byeenkoms oor meer as een sessie te laat plaasvind. Geskrewe riglyne in die vorm van byvoorbeeld prente kan aan die lede verstrekk word waarin inligting weergegee word.

Groeplede moet daarop gewys word dat die toepassing van hierdie kennis uiters noodsaaklik is om hul lewensduur te verleng en hul lewenskwaliteit te verbeter.

7.3.7 BYEENKOMS 6: DIE WAARDE VAN LIGGAAMSOEFENINGE

Hierdie program is na afloop van die reeks byeenkomste vir die groeplede

aangebied. Die navorsing ten opsigte van metings van die spiermassa van pasiënte wat deur biokinetici gedoen is, word deur hierdie program beïnvloed. Dit word aanbeveel dat hierdie programaktiwiteit in 'n hulpverleningsprogram die programaktiwiteit oor 'n gebalanseerde dieet moet opvolg.

7.3.7.1 DOELWITTE VAN DIE GROEPBYEENKOMS

- Om insig by die groeplede te bewerkstellig oor die rol wat liggaams-oefeninge speel in die verhoging van spiermassa.
- Om deur middel van 'n praktiese demonstrasie die groeplede aan doeltreffende liggaamsoefeninge bekend te stel.

7.3.7.2 PROGRAMAKTIWITEIT

Tydens hierdie byeenkoms is daar van 'n spreker gebruik gemaak wat 'n praatjie gelewer het oor die waarde van liggaamsoefeninge en die verskillende oefeninge aan die groeplede gedemonstreer het.

7.3.7.3 INHOUD VAN PROGRAM

Die waarde van oefeninge is as onderwerp tydens hierdie groepbyeenkoms bespreek. Detroyer (2000:37) sê in hierdie verband die volgende: "In the past, exercise has been overlooked as a therapy to treat complications associated with HIV/AIDS because of fear that it might decrease immunity and a lack of evidence proving it to be effective. Now we are learning that specific types of exercise can strengthen immune functions and relieve many of the complications associated with this debilitating disease". Daar is in die verlede nie altyd die nodige aandag geskenk aan die waarde van oefening vir die MIV/VIGS-pasiënt nie. Hierdie toedrag van sake het egter verander.

Volgens Fields-Gardner *et al.* (1997:37) speel liggaamsoefening 'n belangrike rol in die verbetering van spiermassa van die MIV/VIGS-pasiënt. Watson (1994:181) sluit hierby aan deur daarop te wys dat spiermassa 'n beduidende rol ten opsigte van die immuunstelsel speel. In hierdie verband beweer

Watson (1994:82) die volgende: "Disuse of muscle inevitably results in atrophy of the muscle and this may be a factor in the muscle wasting found with AIDS patients. It is obviously possible that AIDS patients are less active, either because of the disease or for psychogenic reason or indirectly because of a change in lifestyle and this decreased activity will result in muscle loss". Liggaamsoefeninge stimuleer spierontwikkeling. Dit is dus uiters noodsaaklik dat MIV/VIGS-pasiënte gereeld op 'n daaglikse basis oefeninge sal doen. Afgesien van die invloed van oefeninge op die immuunstelsel van die MIV/VIGS-pasiënt het navorsing volgens Thiar (1977:1) getoon dat 'n fikse persoon die volgende eienskappe toon:

- Hulle kan vermoeienis langer periodes weerstaan.
- Hulle het 'n beter weerstand teen liggaamlike uitputting.
- Hierdie persone het 'n sterker en doeltreffender hart.
- Daar bestaan 'n direkte verband tussen verstandelike vermoëns, die afwesigheid van senuspanning en liggaamlike fiksheid.

Tensy groeplede 'n heelydse program volg, behoort hulle die een of ander vorm van aktiewe oefening te kry. 'n Persoon se daaglikse werksaamhede bied wel 'n kwota fisieke oefening, maar bied nie oefeninge vir al die spiere in die liggaam nie. Die spiere wat die werk verrig, kry baie oefening, terwyl die ander spiere niks kry nie. Alle mense, veral die MIV/VIGS-pasiënte, het 'n goeie en gebalanseerde oefenprogram nodig wat hul in staat sal stel om die mens te word wat hulle volgens Thiar (1977:31) wil wees.

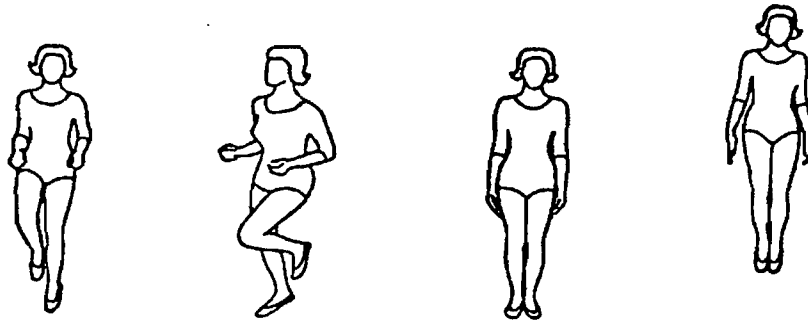
Tydens hierdie byeenkoms is verskeie oefeninge aan die groeplede gedemonstreer wat die verskillende spiere in die liggaam ontwikkel. Daar is aan die groeplede verduidelik dat hulle die program stadig moet begin en gaandeweg moet verbeter. Hulle moet tydens elke oefening die aantal kere wat hulle die oefening doen, tel, en gaandeweg die aantal kere vermeerder. Hulle moet ook die versoeking weerstaan om 'n enkele dag oor te slaan.

Die spreker het vir die doeleindes van hierdie besondere groep van die

riglyne wat in Thiar (1977:1-62) vervat is, gebruik maak. Die oefeninge wat deur die spreker gedemonstreer is, was die volgende:

❖ **Stap**

Stap is 'n uitstekende vorm van oefening. Stap 'n vinniger pas as dié tydens 'n wandeling. Stap eerder as om van private of openbare vervoer gebruik te maak. Klim eerder 'n paar stappe as om van 'n hysier gebruik te maak.



❖ **Draf en spring**

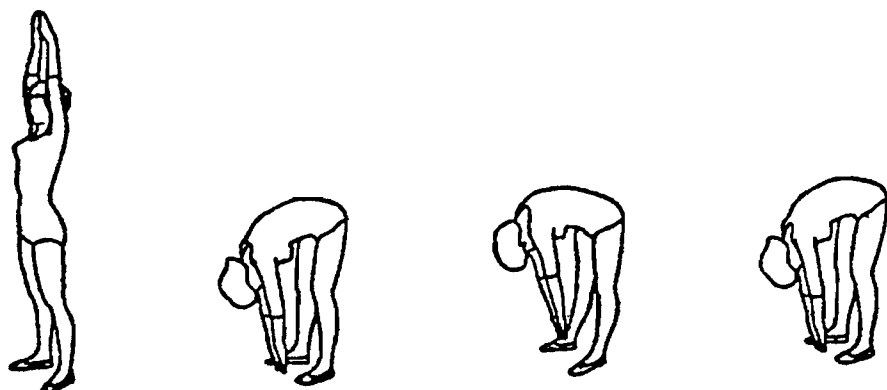
Begin: Staan regop, voete teenmekaar, arms langs die sye. Begin met die linkerbeen en draf op die plek. Lig die voete minstens 10 cm (lig knieë vorentoe; moenie met hakke agtertoe skop nie).

Tel: Tel een, elke keer as die linkervoet die grond raak.

Spronge: Albei voete moet die vloer saam verlaat. Spring minstens 10 cm hoog.

❖ **Tone raak ("Goeie more"-oefening)**

Hierdie oefening is goed vir die rugspiere.



Begin: Staan regop, voete 30 cm uitmekaar, arms bokant kop gestrek. Buig vooroor en raak die vloer tussen voete. Hou gerekte posisie twee tellings lank. Probeer geleidelik verder te rek terwyl die knieë reguit gehou word. Keer terug tot beginposisie.

Tel: Tel een, elke keer as daar na die beginposisie terugkeer word.

❖ **Borsoefening**

Hierdie oefening is goed vir die borsspiere.



Begin: Lê met die gesig na onder, arms langs sye gestrek en die handpalms teen bobene.

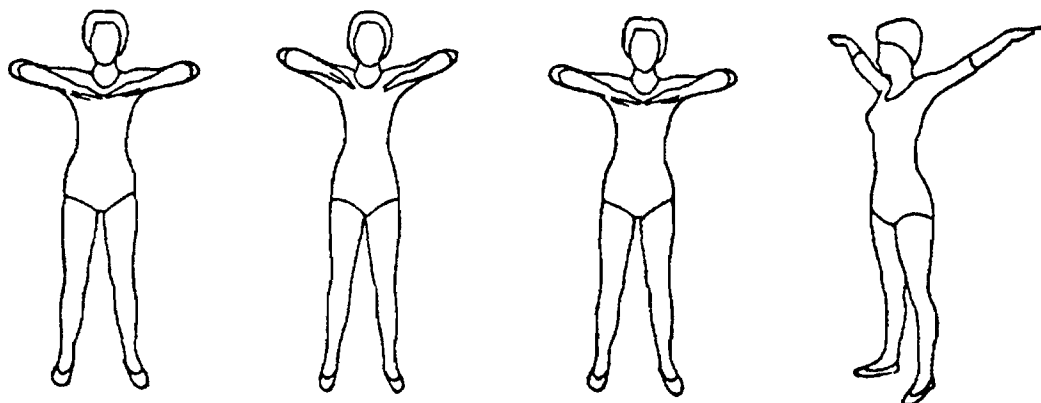
Lig die kop, skouers en bene so hoog as moontlik. Hou bene reguit. Herstel.

Tel: Tel een, elke keer as daar herstel word.

❖ **Armstrekke**

Hierdie oefening is goed vir die arm- sowel as die borsspiere.

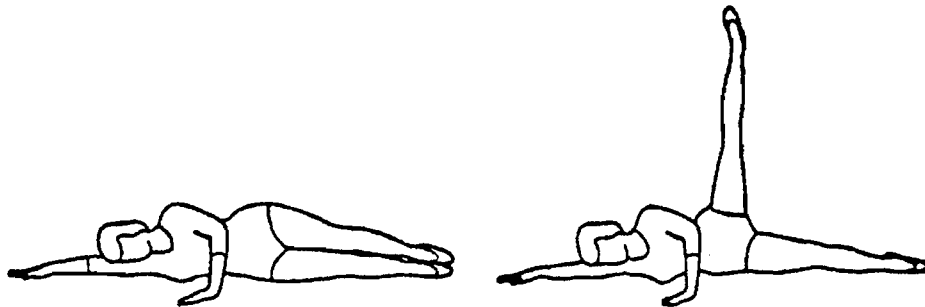
Begin: Staan regop, voete 30 cm uitmekaar, strek die bo-arms skouerhoogte en sywaarts. Buig die elmboë sodat uitgestrekte vingers teen die bors raak. Druk die elmboë agtertoe en opwaarts sonder om elmboë te laat sak. Neem beginposisie met arms in en skiet die hande en arms agtertoe en so ver moontlik opwaarts. Herstel.



Tel: Tel een, elke keer as herstel word.

❖ **Beenstrekke**

Hierdie oefening is goed vir die bobeeenspiere.



Begin: Lê op die sy met die bene en die onderste arm gestrek. Gebruik die ander arm vir balans. Lig die boonste been totdat dit 'n hoek van 90 grade met die vloer vorm, of so na daaraan as moontlik. Laat sak.

Tel: Elke beenlig tel een. Rol om en doen tweede helfte van oefening met die ander been.

Die spreker het die groeplede daarop gewys dat hulle bogenoemde oefening ook staande kan doen. Hulle kan dit doen deur aan 'n stoel vas te hou of wanneer hulle skottelgoed of wasgoed was, eers hulle regterbeen so ver as moontlik sywaarts te lig. Hierdie oefening word dan weer met die linkerbeen herhaal.

7.3.7.4 BESPREKING

Hierdie byeenkoms het in 'n baie ontspanne atmosfeer plaasgevind. Die oefeninge is deur die spreker aan die groeplede gedemonstreer, en hulle moes dit in die lokaal self oefen. Hierdie oefening het met baie gelag gepaard gegaan. Die groeplede is egter deurentyd daarop gewys dat hulle stadig moet begin en die oefeninge geleidelik moet vermeerder.

7.3.8 BYEENKOMS 7: SELFBEELD

7.3.8.1 DOELWITTE VAN DIE GROEPBYEENKOMS

- Om deur middel van die groepgesprek en rollespel die lede insig te laat ontwikkel in die belangrikheid van 'n positiewe selfbeeld.
- Om faktore wat 'n positiewe en negatiewe selfbeeld beïnvloed, aan die groeplede uit te lig.

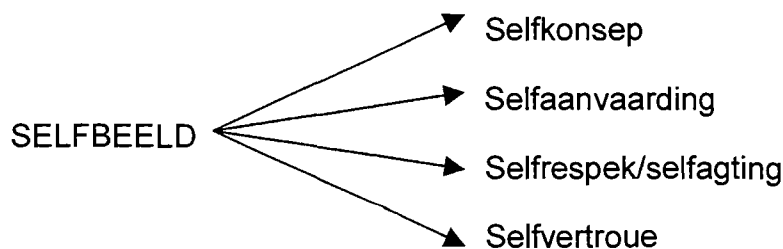
7.3.8.2 PROGRAMAKTIWITEIT

Die groepgesprek, rollespel, truprojektor, prente en plakkate kan met sukses benut word.

7.3.8.3 INHOUD VAN PROGRAM

MIV/VIGS het tot gevolg dat die pasiënt dikwels 'n swak selfbeeld openbaar. Tydens hierdie groepbyeenkoms is die waarde van 'n goeie selfbeeld as onderwerp bespreek en groeplede daarop gewys dat 'n gesonde selfbeeld noodsaaklik is indien hulle hul lewenskwaliteit en maatskaplike funksionering wil verbeter. Omdat die term "selfbeeld" 'n term is wat vir baie van die groeplede 'n redelike onbekende begrip is, is dit nodig dat die groeplede moet weet wat selfbeeld beteken en die fasette waaruit 'n mens se selfbeeld bestaan. Volgens Cilliers (1988:18) word die idee wat 'n mens van homself het, hoofsaaklik gevorm deur die interaksie met ander mense wat vir hom of haar belangrik is.

Aan die groeplede is verduidelik dat selfbeeld volgens Cilliers (1988:18) uit die volgende bestaan:



(Cilliers, 1988:18)

Hierdie terme is elkeen aan die groeplede verduidelik. Selfbeeld, gesien in die lig van die voorafgaande, verwys na 'n persoon se siening van homself ten opsigte van:

- "• sy fisiese voorkoms;
- sy vermoëns, talente, intelligensie en aanleg; en
- sy status waar hy inpas". Dit sluit byvoorbeeld sy gesin, gemeenskap en kerk in (Cilliers, 1988:19).

Elke persoon beskik oor positiewe en negatiewe eienskappe. Daar is van die eienskappe in elke mens waarvan hy/sy hou en waarvan nie gehou word nie, maar dit is noodsaaklik om te onthou: "God made me and God don't make junk!" (Cilliers, 1988:17).

Selfbeeld behels dus die volgende:

- "• Wie ek dink ek is;
- Wie ander dink ek is;
- Wie ek wens (begeer) ek is; en
- Wie ek regtig is" (Cilliers, 1988:19).

Die groeplede het die geleentheid gehad om hierdie stellings te bespreek, en om daarna neer te skryf van watter eienskappe in hulself hulle hou en van watter hulle nie hou nie. Indien die groeplede se skryfvermoë beperk was, het hulle dit mondeling in die groep aan mekaar gesê.

Die groeplede moes insig ontwikkel in die feit dat elke persoon uniek is. Geen twee persone is dieselfde nie. Dit is volgens Hopson en Scally (1984:71) soos "snowflakes and finger prints". Hopson en Scally (1984:71) se siening hieroor is die volgende: "... no two snowflakes nor two fingerprints, seen under a microscope are the same. To the untrained eye they may appear at first to be identical but in fact are uniquely different". Die groeplede

het die geleentheid gekry om aan mekaar te verduidelik of mee te deel watter verskille daar wel tussen hulle bestaan.

Elke persoon beskik oor positiewe en negatiewe eienskappe. Daar is eienskappe waarvan 'n persoon hou en nie hou nie. 'n Persoon, hoe oud hy of sy is, moet van andere hoor watter positiewe eienskappe daar in hom of haar aanwesig is: "No matter how old we are, we need attention and recognition from other people if we are to keep developing ... The worst thing that can happen to any human being is not to be recognized, to be ignored" (Hopson & Scally, 1984:89). Die groeplede het situasies aan mekaar uitgelig waartydens hulle deur ander persone geïgnoreer is en die impak wat dit op hulle gehad het.

In die groep het die groeplede ook die geleentheid gehad om positiewe terugvoer of "positive strokes" aan mekaar te gee. Elke groeplid het per geleentheid in die middel van die groep plaasgeneem. Elke lid in die groep het die geleentheid gekry om vir 'n ander groeplid te sê watter eienskappe hy of sy as positief in die lid waarneem. Lede het ná hierdie sessie die volgende ervaar:

- Dit is goed om positiewe opmerkings van andere te hoor.
- Mense behoort meer positiewe opmerkings tot ander persone te maak.
- Indien positiewe opmerkings tot ander persone gemaak word, sal dit ook van andere terug ontvang word.

'n Positiewe selfbeeld het volgens Cilliers (1988:19-20) en Van Staden (1988:29) die volgende kenmerke:

- Dis nie grootpraterig nie.
- Hy is nie skaam om oor homself met ander persone te praat nie.
- Hy hoef nie ander van sy vermoëns te oortuig nie.
- Hy fokus net soveel op andere as op homself.

- Hy wil homself nie altyd aan andere bewys nie.
- Hy voel op sy gemak in enige geselskap.
- Hy aanvaar andere soos hulle is.
- Hy kan kritiek aanvaar.
- Hy het die gevoel dat hy êrens behoort.
- Hy het die gevoel dat hy van waarde is (Cilliers, 1988:19-20; Van Staden, 1988:29).

Eienskappe van 'n swak of negatiewe selfbeeld, is volgens Cilliers (1988:19-20) en Van Staden (1988:31-32) die volgende:

- Onttrekking en selfverkleining.
- Hou van argumente.
- Soek aanvaarding en goedkeuring van andere deur sekere optrede.
- Tree meerderwaardig op om andere te beïndruk. Wil voortdurend andere beïndruk met hul belangrikheid en finansiële middele.
- Kritiseer voortdurend andere en vind fout met hulle.
- Kan nie andere se andersheid aanvaar nie.
- Luister nie na andere nie.
- Is besonder aggressief.
- Is onvergewensgesind en wraakgierig teenoor andere.
- Is uitermate jaloers.
- Is swak verloorders.

Groeplede moet insig ontwikkel oor hoe 'n negatiewe selfbeeld in 'n positiewe

selfbeeld kan ontwikkel. Die groeplede is op die volgende gewys hoe daar vanaf 'n negatiewe na 'n positiewe selfbeeld verander kan word:

- Laat God toe om jou te verander. Onthou Cilliers (1988:17) se woorde "God made me and God don't make junk!"
- Die mens is na die beeld van God geskape en daarom moet hy of sy in hulself glo.
- Wees positief oor jou uiterlike. 'n Persoon se houding, kleredrag en versorging skep 'n positiewe selfbeeld. 'n Persoon moet konsentreer op die positiewe, fisiese eienskappe van hom- of haarself.
- Groeplede moet positief oor hul vermoëns wees. Hulle moet hul talente ontdek, dit uitbou en gebruik.
- Moenie op die verlede konsentreer nie, wees positief oor die toekoms.
- Omskep negatiewe ervarings in positiewe ervarings.
- Gee positiewe terugvoer of "strokes" aan andere.
- Aanvaar andere se "positive strokes" en glo dit.
- Wees dankbaar teenoor God vir elke dag.
- Die mens moet God 'n kans gee om hom of haar te verander.
- Glo in God (Cilliers, 1988:20-21; Van Staden, 1988:30).

Bogenoemde stellings is breedvoerig in die groep bespreek en met praktiese voorbeelde toegelig.

7.3.8.4 BESPREKING

Hierdie byeenkoms het vir die groeplede baie beteken, aangesien hulle as gevolg van hul MIV-positiewe status, hul ongeletterdheid, hul armoede en die verwerping deur andere as gevolg van hul MIV-status, 'n baie swak selfbeeld

ontwikkel het. In hulle gemeenskappe word hulle as't ware uitgestoot, en wanneer hulle byvoorbeeld hospitale en klinieke vir behandeling besoek, word daar ook in 'n groot mate op hulle neergesien. Gedurende hierdie byeenkoms was dit opmerklik hoe daar al meer en meer glimlagte op hul gesigte verskyn het. Daar is baie klem gelê op hul positiewe eienskappe. Toe hulle elkeen in die middel van die groep gesit het en ander groeplede se positiewe eienskappe uitgelig het, het die navorser as groepleier in elke individuele geval daarop uitgebrei. Gedurende die hele byeenkoms het die leuse gegeld dat al is hulle MIV-positief, hulle in die oë van God iets besonder is. Hulle moet Cilliers (1988:17) se stelling onthou: "God made me and God don't make junk". Hulle moet bou aan dit wat positief is soos hul uiterlike, hul persoonlikheid en hulle talente.

7.3.9 BYEENKOMS 8: BESLUITNEMING

7.3.9.1 DOELWITTE VAN DIE GROEPBYEENKOMS

- Om die groeplede bewus te maak van hoe noodsaaklik die neem van besluite in hul lewens is.
- Om aan die groeplede die kenmerke van goeie en swak besluitneming te verduidelik.
- Om insig by groeplede te ontwikkel oor hoe noodsaaklik besluitneming en toekomsbeplanning is.
- Om groeplede aan te moedig om vir die toekoms te beplan.

7.3.9.2 PROGRAMAKTIWITEIT

Die groepgesprek, pen en papier om te skryf en plakkate kan met sukses benut word.

7.3.9.3 INHOUD VAN PROGRAM

Die groeplede het saam met die navorser 'n oorsig gebied van dit wat tydens

die vorige sessies bespreek is. Die vraag het ontstaan, naamlik "Wat nou?" Saam met die groep is daar besluit dat hulle as groeplede nou by die stadium gekom het waar hulle 'n besluit of besluite moet neem oor die toekoms. Hopson en Scally (1984:159) noem in hierdie verband die volgende: "Living without making decisions is as inconceivable as living without breathing". Elke mens moet elke dag besluite neem. Soms word dit bewustelik geneem en soms onbewustelik. As MIV/VIGS-pasiënt is dit noodsaaklik dat na al die kennis wat tot in hierdie stadium verkry is, daar sekere besluite geneem moet word. Voordat oorgegaan word tot die besluite wat hulle as groeplede moet neem, moet daar volgens Cilliers (1988:118-124) beseef word dat:

- Besluitneming is dikwels moeilik.
- Besluitneming is dikwels pynlik.
- Sonder besluitneming is daar geen lewe.
- Daar is kleiner en groter besluite.
- Besluite is noodsaaklik vir 'n mens se eie lewe.
- Besluite is nodig vir 'n mens se gesin se lewe.

Vereistes vir goeie besluitneming is die volgende:

- Soek die Here se leiding.
- Dink hoe jou besluit jou lewe gaan raak.
- Dink hoe jou besluit andere se lewens gaan raak.

Swak besluitneming behels die volgende:

- Stel voortdurend uit.
- Neem besluite, maar voer dit nie uit nie.

Wanneer 'n besluit geneem is, moet die volgende geskied:

- Sê vir andere wat jy besluit het.
- Sê vir andere wat hul aandeel in jou besluite is.
- Sê vir andere wat hulle moet doen (Cilliers, 1988:118-124).

Resultate van goeie besluitneming is die volgende:

- Die persoon is meer tevrede.
- Die persoon kan nou iets aan die saak doen.
- Andere weet wat hierdie persoon besluit het en kan die persoon dus help.

Die groeplede het as groep saam en met die ondersteuning van die navorser 'n lys gemaak van besluite wat hulle as MIV/VIGS-pasiënte moet maak.

Besluite wat MIV/VIGS-groeplede moet neem, is die volgende:

- Die groeplede gaan nie ander infekteer nie.
- Die groeplede gaan oefeninge gereeld doen.
- Die groeplede gaan gesonde kos eet.
- Die groeplede gaan infeksies voorkom.
- As groeplede siek word, gaan hulle hospitaal, kliniek of geneesheer toe.
- Die groeplede gaan vir andere vertel wat MIV/VIGS is.
- Die groeplede gaan in hulself glo en hulle selfbeeld verbeter.
- Die groeplede moet vir hulle kinders se versorging voorsiening maak en beplan.

- Die groeplede moet andere van hul siektetoestand vertel.

7.3.9.4 BESPREKING

Hierdie byeenkoms het die vorm van 'n groepgesprek aangeneem. Deur middel van vrae wat gestel is, is die lede stelselmatig gelei om by antwoorde uit te kom. Die lede het baie spontaan en aktief aan die bespreking deelgeneem. Daar is veral ook baie aandag geskenk aan sake wat ten opsigte van hul kinders se versorging beplan moet word. Hier is veral aandag geskenk aan die feit dat hulle vroegtydig moet beplan en nie hulle kinders ná hul afsterwe moet agterlaat sonder die nodige versorging nie. Die hele situasie rakende die rol wat die familie en vriende in hierdie verband kan speel, is bespreek. Pleegsorg en wat pleegsorg behels, is ook bespreek.

Die besluit om vir andere van hul siektetoestand te vertel, was vir bykans al die groeplede 'n probleem. Alhoewel hulle wel die nuus bekend wil maak, is hulle bang en weet hulle nie hoe om dit oor te dra nie. Tydens die volgende byeenkoms sal kommunikasie van die siektetoestand bespreek word.

7.3.10 BYEENKOMS 9: KOMMUNIKASIE EN MIV/VIGS

7.3.10.1 DOELWITTE VAN DIE GROEPBYEENKOMS

- Om aan die groeplede die belangrikheid van doeltreffende verbale en nie-verbale kommunikasie uit te lig.
- Om groeplede bewus te maak van struikelblokke in die pad van doeltreffende kommunikasie.
- Om groeplede aan te moedig om hulle siektetoestand aan andere te kommunikeer.

7.3.10.2 PROGRAMAKTIWITEIT

Die groepgesprek, telefoonboodskap, rollespel en plakkate kan met sukses gebruik word.

7.3.10.3 INHOUD VAN PROGRAM

Tydens hierdie groepbyeenkoms is die belangrikheid van kommunikasie as onderwerp bespreek. Groeplede is daarop gewys dat kommunikasie uit verbale en nie-verbale kommunikasie bestaan. Dit behels volgens Cilliers (1988:87) die proses waardeur twee of meer individue betekenisvolle inhoude op alle vlakke van hul persoonlikhede op só 'n wyse aan mekaar kommunikeer dat die ander die mededeling kan verstaan en aanvaar. Hopson en Scally (1984:93) beweer in hierdie verband die volgende: "Without communication there would be no relationship". Tydens kommunikasie is daar senderboodskappe en ontvangerboodskappe (Cilliers, 1988:94).

Die vaardigheid om boodskappe te stuur, is volgens Hopson en Scally (1984:84) onder andere die volgende:

- 'n Persoon moet weet wat hy of sy wil sê.
- Besluit wanneer is die regte tyd om dit te sê.
- Besluit waar die persoon dit wil sê.
- Besluit hoe die persoon dit die beste gaan oordra.
- Hou die boodskap eenvoudig.
- Maak seker dat die boodskap verstaan word.
- Praat duidelik.
- Maak oogkontak.
- Neem die ander persoon se reaksie waar.
- Praat 'n taal wat die ander persoon kan verstaan.
- Wees seker dat verbale en nie-verbale kommunikasie dieselfde is.
- Maak seker dat die persoon die regte boodskap ontvang het (Hopson & Scally, 1984:94).

Die vaardigheid om boodskappe te ontvang, is volgens Hopson en Scally (1984:94-95) onder andere die volgende:

- Vergeet van vorige "bagasie". Konsentreer op wat gesê word.
- Luister aktief.
- Luister na die betekenis van wat gesê word.
- Maak seker dat die boodskap reg verstaan word.
- Wees positief wanneer daar geluister word. Vermyn blokkasies en hoor wat die persoon werklik sê.
- 'n Persoon moenie afskakel as hy of sy dinge hoor wat hulle nie graag wil hoor nie.
- Moenie tot gevolgtrekkings kom voordat alles gesê is nie.

Alle kommunikasie gaan nie net oor wat gesê word nie. Kommunikasie gaan ook oor dit wat nie gesê word nie (Hopson & Scally, 1984:102-103). Dit is volgens Hopson en Scally (1984:103) van belang dat betekenis gegee sal word aan die volgende:

- 'n Persoon wat sy kop skud.
- 'n Persoon wat sy kop laat sak.
- 'n Persoon wat sy gesig wegdraai.
- 'n Persoon wie se oë afwaarts kyk;
- 'n Persoon wie se oë wyd oopgesper is.
- 'n Persoon se lippe wat ferm gesluit is.
- 'n Persoon wat sug.
- 'n Bewerige stem van 'n persoon.

- 'n Persoon wat gaap.

Die belangrikheid van nie-verbale kommunikasie moet baie duidelik uitgelig word. Gazda (1989:261) het hieroor die volgende standpunt: "The nonverbal component may influence the verbal in several ways – it may modify, enrich, illustrate, or even substitute for the word".

Persone met MIV/VIGS is meestal bekommerd oor die persone aan wie hulle moet sê dat hulle siek is, wanneer hulle dit moet sê en hoe hulle dit moet sê (Marcenko & Samost, 1999:39). In hierdie verband behoort pasiënte gelei te word in die volgende besluite:

- Wil hy of sy die inligting oordra?
- Aan wie gaan hulle die inligting oordra?
- Wanneer wil hulle die inligting oordra?
- Waar gaan hulle die inligting oordra?
- Watter inligting gaan hulle oordra?
- Sal andere verstaan wat die pasiënt aan hulle wil oordra?

Professionele persone soos sielkundiges, predikante en veral maatskaplike werkers kan die MIV/VIGS-pasiënt bystaan. Hierdie hulpverlening kan bestaan uit die verskaffing van mediese en maatskaplike dienste of pastorale en finansiële sorg, en ook in die begeleiding van die pasiënt om die stilte oor sy/haar siektetoestand te verbreek. Die maatskaplike werker is in staat om die nodige berading aan die pasiënt, sy gesin en familie te verskaf sodat hulle insig, begrip en empatie ten spyte van die pasiënt en sy siektetoestand kan hê.

7.3.10.4 BESPREKING

Die groeplede het maklik die wyses van kommunikasie begryp asook die kardinale rol wat hulle speel om duidelike boodskappe verbaal en nie-verbaal

aan andere deur te stuur. Die ontvang van korrekte boodskappe is ook goed deur hulle besef en verstaan. Die lede het insig getoon in die feit dat hulle seker moet maak dat dit wat hulle hoor, wel die regte boodskap is en dit wat hul sien, reg verstaan word.

Alhoewel baie aandag geskenk is aan die wyses waarop hulle aan andere die boodskap dat hul MIV-positief is, moet oordra, was dit nie die oordra van die boodskap wat 'n probleem was nie, maar wel of hulle dit moet doen. Hulle vrees vir verwerping weerhou hulle daarvan om andere te vertel dat hulle MIV-positief is. Hulle het besluit om in situasies waar hulle verwerping vrees, die hulp van deskundiges soos die maatskaplike werker te benut om hulle te help om hierdie boodskap aan hulle families en gesinslede oor te dra.

7.3.11 BYEENKOMS 10: DIE ROL VAN DIE FAMILIE EN VRIENDE VAN MIV/VIGS-PASIËNTE

7.3.11.1 DOELWITTE VAN DIE GROEPBYEENKOMS

- Om insig by die groeplede te ontwikkel oor die vername rol wat familie en vriende as steunstelsels in hul lewens as MIV/VIGS-pasiënte speel.
- Om die groeplede tot 'n besluit te lei om wel aan familie of vriende van hul siektetoestand te vertel.

7.3.11.2 PROGRAMAKTIWITEIT

Daar kan met sukses van die groepgesprek, collage en rollespel gebruik gemaak word. 'n Spreker wat aan die lede bekend was, is tydens hierdie groepbyeenkoms gebruik.

7.3.11.3 INHOUD VAN PROGRAM

Die vername rol wat die gesin en familie in die versorging van die MIV/VIGS-pasiënte speel, mag nooit onderskat word nie. In die hantering van MIV/VIGS-pasiënte binne groepverband is een van die onderwerpe waaraan

aandag geskenk moet word, die rol wat familie en ook vriende as steunstelsels speel (Corey & Corey, 1997:376-377). Een van die funksies van die gesin is volgens Keech (1989:44): "... that it should attempt to provide for the basic needs of its members". In die geval van die MIV/VIGS-pasiënt geld hierdie beginsel ook. Die probleem is egter dat baie gesinne van die MIV/VIGS-pasiënte nie bewus is van die MIV-status van die gesinslid nie en dus ook nie in die behoeftes van hierdie persone kan voorsien nie.

Die groeplede is gevra om 'n collage van al hul familieledede te maak. Tydskrifte is aan hulle gegee asook 'n skoon vel A3-papier (Rooth, 1997:175). In die collage moes hulle 'n uiteensetting verskaf van al die lede van hul familie, byvoorbeeld hulle vader, moeder of stiefvader en -moeder, broers, susters, stiefbroers en -susters, eggenoot, eggenote en kinders (Keech, 1989:49).

Die vraag is tydens die voltooiing van die collages aan die groeplede gestel, naamlik ten opsigte van wie van hierdie familieledede die groeplede die naaste voel. 'n Bespreking het gevolg oor die redes waarom die groeplede hierdie positiewe gevoelens aangaande die betrokke persone koester. Uit die bespreking het dit duidelik geblyk dat dit die persone is wat óf vir die groeplede sorg óf vir wie die groeplede sorg. Dit is ook familie wat werklik vir die groeplede omgee.

Op 'n vraag of die groeplede al vir die persone vertel het dat hulle MIV-positief is, het almal buiten die man en sy vrou, een vrou in die Potchefstroom-groep en een groeplid in Fochville, negatief geantwoord.

In beide groepe was dit slegs die man en sy vrou asook die lid wat haar ma ingelig het in die Potchefstroom-groep en die groeplid in Fochville wat wel vir 'n ander persoon daarvan vertel het. Aan die groeplede is verduidelik dat hul familie die persone is vir wie hulle dit mag sê, omdat dit die persone is wat hul gevoelens van ang, vrees en verwerping sal verstaan. Hierdie persone wat hulle aangedui het as die familieledede met wie hulle 'n besondere verhouding handhaaf, is die persone wat hulle in hul vertrouwe moet neem. Daar word by Becker (1991:55-56) aangesluit wat op die volgende wys: "Our families are

an endless resource for our understanding of how to live in the world". Dit sal die groeplede se familieledede wees wat later, wanneer hulle sieker word, hulle moet versorg. Die groeplede het hulle vrees uitgespreek om hierdie persone van hul siektetoestand te vertel. Die groeplede is weer gewys op die kommunikasievaardighede wat tydens die vorige groepbyeenkoms bespreek is asook die noodsaaklikheid dat hulle oor hulle siektetoestand moet praat.

Die rol wat die gesin in die moderne samelewing speel ten opsigte van die versorging van die siek persoon, hetsy fisies of psigies, moet nie gering geskat word nie. Daar word al meer geneig na buitepasiëntesorg asook gesondheidsorgdienste wat deur onder andere klinieke vir MIV/VIGS-pasiënte aangebied word (Rait, Ross & Rao, 1997:225).

Daar is aangesluit by Rait *et al.* (1997:229-231) se siening dat MIV/VIGS 'n invloed het op die ander lede van die gesin. Die gesin van die MIV/VIGS-pasiënt is in 'n fase van oorgang, en hulle vermoë om spanning te hanteer wat deur VIGS veroorsaak word, dra by tot die pasiënt se psigososiale aanpassing. Hierdie faktore is met die groeplede bespreek, soos vervolgens uiteengesit word:

⇒ **MIV/VIGS het 'n invloed op die ander lede van die gesin of familie**

Dit is soms die familie wat die las moet dra van die invloed wat die siektetoestand op die pasiënt het. Dit sluit sake in soos die oorneem van sekere take en rolle wat nie meer deur die pasiënt self uitgevoer kan word nie asook finansiële onkoste wat met versorging gepaard gaan. Lede van die familie is gewoonlik die persone wat die eerste bewus word van die fisiese agteruitgang van die pasiënt. Dit is om hierdie rede noodsaaklik dat pasiënte hulle gesinne in sy of haar vertrouwe neem, sodat die lede van die familie kan weet hoe om die pasiënt te versorg en om hulself te bemagtig en teen infektering te beskerm.

⇒ **Die familie van die MIV/VIGS-pasiënt verkeer in 'n oorgangsfase**

Die familie van die pasiënt moet tydens laasgenoemde se siekte die

geleentheid gegun word om nuwe vaardighede aan te leer en ander verantwoordelikhede te aanvaar. Dit kan alleen geskied as die familieledede bewus is dat die pasiënt MIV-positief is. Indien die familie hiervan bewus is, kan hulle met die nodige kennis ten opsigte van MIV/VIGS bemaagtig word sodat hulle vaardighede aanleer vir die versorging van hierdie pasiënte.

⇒ **Die familie se vermoë om met spanning te "cope" wat deur MIV veroorsaak word, dra by tot die pasiënt se psigososiale aanpassing**

Die familie kan as die ondersteuningsstelsel dien in die algemene versorging van die MIV/VIGS-pasiënt. Hulle kan meehelp dat die pasiënt suksesvol by sy of haar siektetoestand aanpas. Die familie dien dikwels as skakel tussen die pasiënt en die persone wat die behandeling verskaf. In hierdie opsig kan die familie baie van die spanning wat die siekte meebring, absorbeer. Dit is alleen moontlik indien die familie bewus is daarvan dat die pasiënt MIV-positief is (Rait *et al.*, 1997:229-231).

Die MIV/VIGS-pasiënt moet tot insig gelei word aangaande die noodsaaklike rol wat die familie in sy of haar lewe speel. Die pasiënt moet reeds in 'n vroeë stadium van sy of haar siektetoestand 'n familielid identifiseer aan wie hierdie inligting oorgedra kan word. Om die inligting van die familie te weerhou, skep slegs probleme vir beide die pasiënt en die familie.

Daar is saam met die groeplede tot die volgende besluite gekom:

- Elkeen se huis is die plek waar hulle kan sê dat hy of sy hartseer is.
- Elkeen moet self besluit om vir sy of haar familie van hul MIV-status te vertel.
- Die familie gaan dalk geskok, hartseer, bang of kwaad wees. Die groeplede moet begrip hiervoor hê.
- Elke groeplid se huis is die plek waar hy of sy die graagste versorg wil word as hul fisiese en psigiese toestand versleg.

- Indien hulle nie oor die vermoë beskik om self hul familie oor hul siektetoestand in te lig nie, kan hulle van die hulp van 'n lid van die multidissiplinêre span, soos die maatskaplike werker, gebruik maak om hul familie in te lig.
- Die groeplede moet mekaar as steunstelsel benut. Hulle het sedert die aanvang van die groepbyeenkomste hegte vriendskapsbande gesluit en is daar om mekaar te ondersteun.

Die pasiënt moet beseft dat 'n vriend of vriende wat hulle kan vertrou, naas die familie, ook 'n noodsaaklike rol as steun in hulle lewe speel. Die welsyn van 'n gesin en sy lede berus nie geheel en al op eie bronne nie, maar ook op die steun wat verkry word vanuit die gemeenskap, waarby vriende ingesluit word (Strong, De Vault & Sayad, 1998:586-587).

7.3.11.4 BESPREGING

Tydens hierdie sessie kon al die groeplede iemand in hul familie identifiseer met wie hulle 'n hegte verhouding het. Behalwe die man en sy vrou en die vrou wat haar moeder ingelig het van die groep in Potchefstroom, asook die groeplid in Fochville, het nie een van die ander groeplede die vrymoedigheid getoon om vir hul familie van hul siektetoestand te vertel nie. Die groeplede het tot die insig gekom dat dit noodsaaklik is dat hulle wel vir iemand in hul vertroude moet neem. Hulle is aangemoedig om dit so gou as moontlik te doen. Die groeplede is daarop gewys dat hulle moet besluit om die stilte te verbreek indien hulle van familie en vriende later in die terminale fase van die siekte ondersteuning benodig.

7.3.12 BYEENKOMS 11: DIE HANTERING VAN SPANNING

7.3.12.1 DOELWITTE VAN DIE GROEPBYEENKOMS

- Om groeplede die geleentheid te bied om situasies wat spanning in hulle lewe meebring, te identifiseer en daaroor te praat.

- Om vaardighede aan te leer in die hantering van spanning.

7.3.12.2 PROGRAMAKTIWITEIT

Tydens hierdie byeenkoms kan die groepgesprek, plakkate, pen en skryfpapier en ontspanningsoefeninge gebruik word.

7.3.12.3 INHOUD VAN PROGRAM

Omdat daar tydens die behoefteopname 'n aanduiding was dat die MIV/VIGS-pasiënte wel spanning ervaar en gehelp wil word oor hoe om dit te hanteer, is daar saam met die groeplede besluit om hierdie onderwerp tydens 'n groepbyeenkoms te bespreek.

Spanning word soos volg deur Schafer (1996:6) omskryf: "... arousal of mind and body in response to demands made on them". Aan die groep word verduidelik dat spanning veroorsaak word deur eise, druk of verpligtinge wat hulle mag ervaar of wat op hulle geplaas word.

Die groeplede het die geleentheid gehad om alle faktore op te noem wat vir hulle spanning veroorsaak. Volgens die groeplede word spanning hoofsaaklik veroorsaak deur finansiële probleme; probleme met kinders; probleme ten opsigte van behuising; probleme ten opsigte van verhoudings; probleme met gesinslede asook hul eggenoot; probleme met familielede en vriende; siekte van kinders, ouers, familie en hulself; die afsterwe van kinders, familie en vriende; geweld en misdaad wat aan die orde van die dag in die woongebied is asook werkloosheid. Van hierdie aspekte word ook deur Burns (1988:24) gemeld as die vernaamste oorsake van spanning by die individu.

Die MIV/VIGS-pasiënt uit die lae sosio-ekonomiese groep ervaar buiten probleme ten opsigte van hul gesondheid, baie spanning ten opsigte van hulle alledaagse funksionering. Hulle ervaar 'n stryd om te oorleef, en dit lei daartoe dat hul siektetoestand dié situasie is wat in die meeste groeplede se geval vir hulle die minste spanning by hulle veroorsaak. Situasies rondom die armoedesituasie skep vir hulle meer probleme as enige ander probleem soos onder andere hul siektetoestand.

Die antwoord ten opsigte van hulp aan die persoon wat spanning ervaar, is nie geleë in hoe spanning vermy moet word nie, maar hoe om die spanning te hanteer (Burns, 1988:X).

⇒ **Die hantering van spanning**

Burns (1988:VI) wys op die volgende hanteringswyses:

Word kundig oor spanning

Identifiseer die faktore wat spanning veroorsaak. Wees eerlik met jouself oor dit wat jy kan en nie kan doen nie.

Doen daaglikse oefening

Oefeninge soos stap, draf of fietsry is noodsaaklik. Hoe fikser 'n mens is, hoe beter kan spanning hanteer word.

Tydsbeplanning

Beplan jou tyd oordeelkundig. Onderskei tussen wat gedoen moet word en wat kan wag.

Ontwikkel 'n steunstelsel

Identifiseer persone met wie gepraat kan word oor probleme en wie vertrou kan word.

Ontwikkel die selfbeeld

'n Goeie selfbeeld help 'n persoon om selfversekerd te wees en probleme doeltreffend baas te raak.

Leer ontspanningstechnieke aan

Volgens Van Staden (1988:56-57) is daar verskeie wyses waardeur verskillende liggaamsdele aangewend kan word om te ontspan. Aan die groeplede is die volgende oefeninge volgens Van Staden (1988:56-57)

uitgewys wat hulle saam in die groep geoefen het:

❖ **Hande**

Saamtrek: Maak 'n stywe vuus met beide hande.

Ontspan: Maak vuiste skielik oop.

❖ **Skouers**

Saamtrek: Laat hang arms los. Trek skouers op en probeer om ore te raak.

Ontspan: Laat skouers vinnig terugsak.

❖ **Nek**

Saamtrek: Sit hande agter nek in mekaar en druk hulle liggies vorentoe, terwyl die nek agtertoe in die hande druk.

Ontspan: Laat sak hande en laat die kop saggies rolbewegings in nek en skouers doen.

❖ **Maag**

Saamtrek: Trek maagspiere saam. Haal diep asem en hou asem 'n paar tellings op.

Ontspan: Asem stadig uit en ontspan maagspiere (Van Staden, 1988:56-57).

Persone uit die lae sosio-ekonomiese groep beskik nie oor die middele om aan klubs te behoort of om oor georganiseerde ontspanningsgeriewe te beskik nie. Hierdie persone is ook nie altyd kundig oor hoe spanning verminder kan word sonder dat dit finansiële uitgawes meebring nie. Hierdie groepsessie het aan hulle die geleentheid gebied om nie alleen te ontlaai oor dit wat in hulle lewe spanning veroorsaak nie, maar om ook wyses aan te leer hoe om spanning te beperk en doeltreffend te hanteer.

7.3.12.4 BESPREEKING

Tydens hierdie byeenkoms het dit duidelik geblyk dat hierdie groeplede baie spanning ervaar. Die groeplede spreek hulle nie altyd teenoor andere uit oor die spanning wat hulle ervaar nie. Tydens hierdie byeenkoms het dit geblyk dat hulle nie alleen spanning oor hul siektetoestand ervaar nie, maar veral ook oor wat vir hulle in die toekoms wag. Hulle ervaar spanning oor hulle daaglikse omstandighede en hoe MIV/VIGS hulle fisies en psigies in die toekoms gaan affekteer.

Die groeplede ervaar baie spanning ten opsigte van die houding van vriende, familie en die gemeenskap ten opsigte van hulle as MIV/VIGS-pasiënte. Hulle kan nie met almal oor hulle siektetoestand praat nie, dikwels selfs nie eens met die mense wat naaste aan hulle is nie. Hulle moet dus alle bekommernisse en belewings aangaande hul siektetoestand vir hulleself hou. Dit lei tot verdere spanning wat dikwels 'n nadelige invloed op hul fisiese en psigiese gesondheid uitoefen.

Die versorging van hulle kinders ná hul afsterwe is vir hierdie groeplede 'n groot bron van bekommernis. Alhoewel almal, behalwe een van die groeplede, wel familie of vriende het wat die versorging van hulle kinders kan behartig, is die familie of vriende nie in die finansiële posisie om dit te doen nie. Die navorser het hulle weer eens daarop gewys dat dit een van die sake is waaraan hulle in hul toekomsbeplanning aandag moet skenk. Hierdie sake is tydens groepbyeenkoms 8 bespreek.

Die ekonomiese posisie van hierdie groeplede veroorsaak baie spanning vir hulle. Soos reeds bespreek, het slegs vier van die groeplede 'n werk, maar selfs hulle salarisse is nie voldoende om in al hul behoeftes te voorsien nie. Werkloosheid en gebrekkige finansiële middele lei daartoe dat hierdie persone onder die broodlyn lewe en dikwels selfs nie in hulle basiese behoeftes van voedsel, klere en voldoende huisvesting voorsien nie. Hulle is bewus daarvan dat hulle 'n gebalanseerde dieet moet volg, maar hulle beskik nie oor die finansies om hierdie voedsel aan te koop nie.

Die armoede waarin die groeplede hulle bevind, was een van die moeilikste situasies van die navorsing wat die navorser self moes verwerk. Hierdie groeplede beskik oor soveel potensiaal, maar die armoedige omstandighede waarin hulle hul bevind, weerhou hulle daarvan om hierdie potensiaal maksimaal te ontwikkel. Die lewenskwaliteit van die groeplede kan soveel meer verbeter word as hulle nie so gebuk gaan onder armoede nie.

7.3.13 BYEENKOMS 12: DIE ROL VAN GODSDIENS EN GELOOF

7.3.13.1 DOELWIT VAN DIE GROEPBYEENKOMS

Om insig by die groeplede te bewerkstellig oor die rol wat godsdiens en geloof in hul lewe as MIV/VIGS-pasiënt speel.

7.3.13.2 PROGRAMAKTIWITEIT

Die groepgesprek, 'n spreker en plakkate kan as goeie media vir die byeenkoms gebruik word.

7.3.13.3 INHOUD VAN PROGRAM

Die groeplede het 'n versoek gerig dat hierdie onderwerp in die groepwerkprogram ingewerk word. Hulle, soos baie ander persone wat MIV-positief is, beleef godsdiens en geloof as behoudende faktore in hulle lewe. Marcenko en Samost (1999:40) het in groepwerk met vroue die volgende ervaar: "Prayer and faith were central in the lives of many of the women". Om die kliënt holisties te sien, moet terapeute en veral maatskaplike werkers, ook aandag aan die godsdienstige funksionering en beleving van die kliënt gee (Gilbert, 2000:67).

Alhoewel VIGS deur sommige persone gesien word as 'n gevolg van sondige gedrag, wys Louw (1991:95) daarop dat volgens Johannes 9:2-3 Jesus op 'n vraag van die dissipels aan Hom oor wie se sonde, die man of sy ouers s'n, die oorsaak van sy blindheid was, Jesus geantwoord het: "Dit is nie deur sy eie sonde nie en ook nie deur sy ouers s'n nie, maar hy is blind sodat die

werke wat God doen, in hom gesien sal kan word". Alhoewel daar 'n verband bestaan tussen God, siekte, lyding en die sondige natuur van die mens, kan hierdie verband nie verklaar word in terme van oorsaak en gevolg nie. Volgens Louw (1991:95) moet dit eerder gesien word as "... God's grace, the atonement of Christ, the forgiveness of sins and the responsibility of man". Aandag moet geskenk word aan die kwaliteit van die MIV/VIGS-pasiënt se lewe in die teenwoordigheid van God en sy verantwoordelikheid as Christen, ten tye van lyding.

Die vraag "Wat ontvang die mens as hy 'n kind van God is?", is aan die groeplede gevra. Saam met die groeplede is daar tot die volgende gevolgtrekking gekom.

- 'n Mens is vry van skuld.
- 'n Mens is vry van slawerny.
- 'n Mens is vry van vrees.
- Die mens ontvang dan slegs die liefde van God.

Dit is ook wat die groeplede as MIV/VIGS-pasiënte ontvang en waarop hulle hul toekoms moet bou. Die groeplede word daarop gewys dat as hulle Hom aanneem, ontvang hulle die ewige lewe (Openbaring 21:1-7). Op 'n vraag wat hulle moet doen om nader aan God te kom, het die groep op die volgende besluit:

- Hulle moet hulle sondes bely.
- Hulle moet dankie sê vir seëninge wat hulle ontvang.
- Hulle moet vir andere van Hom vertel en 'n lewende getuie vir Hom wees deur 'n voorbeeldige lewe te lei.
- Hulle moet tot Hom bid en van Hom praat. Gebed is een van die vernaamste kontakgeleenthede met God. In gebed kan alle vreugde, maar ook alle hartseer en behoeftes aan God bekend gemaak word.

- Hulle moet kerk toe gaan omdat hulle in die kerk die nodige kennis ontvang asook die samesyn met medegelowiges ervaar.

Die groeplede het op elke onderwerp wat genoem is, uitgebrei en aan die groep van hulle persoonlike belewenisse meegedeel.

Omdat die MIV/VIGS-epidemie wanhoop skep, is dit die taak van die Christelike geloof en kerke om 'n boodskap van hoop uit te dra. Die Kerk behoort hulle ingesteldheid teenoor MIV/VIGS krities te evalueer. Belangrike meningsvormers soos predikante is nodig om die liefde van Christus ook aangaande die MIV/VIGS-epidemie uit te dra (Theron, 2001:V).

7.3.13.4 BESPREKING

Daar is tydens hierdie geleentheid van 'n spreker gebruik gemaak wat aan die groeplede bekend was. Toestemming is van hulle verkry om wel die persoon toe te laat om met hulle oor hierdie onderwerp te praat.

Die groeplede se interaksie in die groep was baie spontaan en lewendig. Godsdienste en geloof speel 'n kardinale rol in al die groeplede se lewens. Die feit dat hulle 'n ongeneeslike siektetoestand onder lede het, lei daartoe dat hulle na iets konstruktiefs as 'n anker soek. In hulle geval is hul anker God. In beide groepe was dit duidelik dat hulle 'n baie nou verhouding met God het. Hulle is almal Christene wat aan verskillende kerkgenootskappe behoort, maar as gelowiges het hulle begrip vir mekaar en vind aansluiting by mekaar. Die spreker het aan elke groeplid in sy eie gesprekstaal 'n Bybel oorhandig.

7.3.14 BYEENKOMS 13: TERMINERINGSFASE

7.3.14.1 DOELWITTE VAN DIE GROEPBYEENKOMS

- Om saam met die groeplede die waarde wat die reeks byeenkomste vir hulle ingehou het, te evalueer.
- Om die groepwerkhulpverleningsprogram te evalueer.

- Die invul van Affectometer 2 (AFM) om die groeplede se groei in hul lewenstevredenheid en hul kwaliteit van lewe te evalueer.

7.3.14.2 PROGRAMAKTIWITEIT

Die groepgesprek, die invul van 'n vraelys of vraelyste asook 'n metingskaal kan met sukses benut word. Hierdie reeks groepbyeenkomste kan op 'n gesellige wyse afgesluit word, byvoorbeeld deur die verskaf van verversings of 'n uitstappie.

7.3.14.3 INHOUD VAN PROGRAM

Die afsluitingsfase van 'n groep is een van die vernaamste fases van die groepwerkproses. Corey en Corey (1997:267) het die volgende siening oor hierdie fase: "The final stages of group evaluation are also vital, for members have the opportunity to clarify the meaning of their experiences in the group, consolidate the gains they've made, and decide what newly acquired behaviors they want to transfer to their everyday lives". Sake wat tydens hierdie fase aandag moet geniet, is volgens Corey en Corey (1997:265-277) en Garvin (1997:209-219) die volgende:

- 'n Samevatting en oorsig van alle inligting wat tydens die groepwerkbyeenkomste geleer is asook insigte waartoe groeplede gekom het.
- Om die groeplede se gevoelens van skeiding te hanteer.
- Om alle take wat nie afgehandel is nie, te hanteer.
- Om groeplede aan te moedig om gedrag wat aangeleer is, deurentyd in te oefen.
- Om terugvoer te kry van elke groeplid.
- Om groeplede te herinner om dit wat hulle in die groep geleer het, in die praktyk toe te pas.
- Om die geleentheid aan groeplede te bied om verskeie sake rakende

die groep en die leier te evalueer.

- Om die leier die geleentheid te bied om deur middel van evaluering groei wat by groeplede plaasgevind het, te meet.

Al die bogenoemde sake het tydens hierdie groepbyeenkoms aandag geniet. Daar is ook aandag geskenk aan die voltooi van Affectometer 2 (AFM) van Kamman en Flett (1983) (kyk Bylae 2). 'n Vraelys (kyk Bylae 3) is annoniem deur die lede voltooi nadat die ondersoeker die doel van die vraelys aan die groeplede verduidelik het. Groeplede se gedagtes is verfris deurdat die navorser kortliks die inhoudelike van die programaktiwiteite wat op plakkate uiteengesit is, weer aan die groeplede gewys het en die hooftrekke uitgelig het.

Ná die voltooiing van Affectometer 2 (AFM) (kyk Bylae 2) van Kamman en Flett (1983) en die vraelys (kyk Bylae 3), is daar op 'n gesellige wyse afgesluit deurdat verversings aan die groeplede verskaf is. Aan elkeen is 'n boekmerk met 'n boodskap van die navorser oorhandig.

7.3.14.4 BESPREKING

Tydens hierdie geleentheid is daar aan al die onderwerpe wat in die voorafgaande bespreek is, aandag gegee. Die navorser het saam met die groeplede 'n oorsig van alle belangrike onderwerpe gegee. Die lede het weer eens daarop gewys van hoeveel belang al die onderwerpe wat bespreek is, vir hulle was. Uit hierdie bespreking het dit duidelik geblyk dat hulle nie alleen hulle kennis van MIV/VIGS verbreed het nie, maar dat hulle veral vaardighede bemeester het om met hierdie siektetoestand saam te leef en veral nog 'n kwaliteitlewe te lei. Hulle het ook aangetoon hoe hul tevredenheid met die lewe verbeter het. Dis beklemtoon dat hulle dit wat hulle geleer het en gedrag wat positief verander is, deurgaans in die toekoms moet gaan uitleef.

7.4 EVALUERING VAN DIE PROGRAM

Al die groeplede het die geleentheid tydens die laaste byeenkoms gehad om

in groepverband die effektiwiteit van die program van elke groepwerkbyeenkoms volgens 'n 4-puntskaal te evalueer. Dit was 'n selfontwerpte vraelys wat anoniem beantwoord moes word (kyk Bylae 3). Die aantal evaluasies was 'n aanduiding van hoeveel van die 20 groeplede wel tydens elke bespreking teenwoordig was, en kennis van die onderwerp wat bespreek is, opgedoen het.

In hierdie vraelys is die vraag gestel naamlik hoe effektief die onderwerpe was wat gedurende die groepwerksessies bespreek is vir die funksionering van hulle as MIV/VIGS-pasiënte. Hulle moes 'n keuse maak tussen baie nuttig (4), nuttig (3), nie nuttig (2) en geensins nuttig (1). Al die programme, behalwe die program oor die oefeninge, is tydens hierdie sessie geëvalueer. Die program insake oefeninge is eers ná afloop van die navorsingsprojek vir die lede aangebied en toe deur hulle geëvalueer, omdat dit die resultate wat navorsers van Biokinetika wou inwin, sou beïnvloed. Die resultate word in Tabel 22 weergegee. In Tabel 22 word die aantal evaluasies bereken deur die aantal respondente wat die programaktiwiteit geëvalueer het. Die frekwensie (fr) dui op die totale wat van die aantal respondente verkry is. Die kategoriepunt is die aantal respondente wat die programaktiwiteit geëvalueer het en vermenigvuldig is met vier wat die hoogste kategoriepunt kan wees (byvoorbeeld 19 respondente \times 4 = 76).

Tabel 22: Evaluering van groepwerkhulpverleningsprogram

ONDERWERP	AANTAL EVALUASIES	fr	KATEGORIE-PUNT	%
Wat is MIV/VIGS/Die aard van MIV/VIGS	19	73	76	96,05
Hoe word MIV/VIGS versprei	17	67	68	98,53
Hoe word MIV/VIGS voorkom	19	73	76	96,05
Die fases en simptome van MIV/VIGS	19	73	76	96,05
Die waarde van 'n gebalanseerde dieet	19	74	76	97,37
Die waarde van liggaamsoefeninge	14	54	56	96,43
My selfbeeld	19	74	76	97,37
Besluitneming	19	75	76	98,68
Kommunikasievaardighede	19	74	76	97,37
Die rol van familie en vriende	19	75	76	98,68
Die hantering van spanning	19	76	76	100,00
Die rol van godsdiens en geloof	19	76	76	100,00
Die algemene tevredenheid met program	19	76	76	100,00

(Roux *et al.*, 2001:44)

Uit hierdie gegewens blyk dit dat die programaktiwiteit oor die hantering van spanning (100%) en die waarde van godsdiens en geloof (100%), op programaktiwiteit dui wat die effektiwiteit vir die groeplede was. Die wyses waarop MIV/VIGS versprei word (98,68%), besluitneming en toekomsbeplanning (98,68%) asook die rol wat familie en vriende in die MIV/VIGS-groeplid se lewens speel (98,68%), was programaktiwiteit wat die tweede hoogste persentasie behaal het. Aan die programaktiwiteit oor die waarde van 'n gebalanseerde dieet, is 'n persentasie van 97,37% toegeken asook die programaktiwiteit oor selfbeeld (97,37%) en kommunikasievaardighede (97,37%). Die programaktiwiteit, naamlik wat is MIV/VIGS behels (96,05%) asook die fases van MIV/VIGS (96,05%), is die laagste deur groeplede geëvalueer.

'n Leemte tydens die evaluering was dat die 19 groeplede wat die program geëvalueer het, sommige programaktiwiteit geëvalueer het al was hulle nie tydens die groepbyeenkoms teenwoordig nie. Omdat die groeplede self die evalueringsvraelys voltooi het, kon die probleem nie voorsien en hanteer word nie.

Die rol wat oefeninge speel, is slegs deur 14 groeplede geëvalueer en het 96,43% behaal. Die 14 groeplede, agt groeplede in Potchefstroom en ses groeplede in Fochville, het die groepbyeenkoms bygewoon. In Potchefstroom is een van die groeplede voordat die program aangebied kon word, oorlede. In Fochville het drie groeplede verhuis, en een groeplid se kind was ernstig siek en kon dié groepbyeenkoms nie bywoon nie.

Aan die groeplede is gevra om hul algemene tevredenheid met die hulpverleningsprogram te evalueer. Al negentien groeplede het die program geëvalueer. 'n Punt van 100% is toegeken. Uit hierdie evaluering het dit geblyk dat die groepwerkhulpverleningsprogram vir die lede baie waardevol was. Hierdie tevredenheid kon ook in hulle uitlatings oor wat die hulpverlening vir hulle beteken het, waargeneem word.

Op 'n vraag aan die groeplede watter ander onderwerpe hulle ook sou wou bespreek, het dit geblyk dat hulle die volgende onderwerpe in die toekoms wil bespreek:

- Die eienskappe en gevare van seksueel oordraagbare siektes.
- MIV/VIGS en kindermolestering.
- Seksuele mishandeling van die vrou.

Op 'n vraag oor watter kritiek die groeplede op die program het, het slegs een groeplid aangedui dat groeplede moet toesien dat hulle betyds vir groepbyeenkomste opdaag.

Die groeplede kon ook aanbevelings maak. Daar is twee aanbevelings deur twee groeplede gemaak, naamlik dat die program vir hulpwerkers aangebied moet word en dat ander MIV/VIGS-pasiënte ook by die program moet inskakel.

7.5 SAMEVATTING

Daar kan op verskeie wyses in die behoeftes van MIV/VIGS-pasiënte deur

maatskaplike werkers voorsien word. Groepwerk is een van die hulpverleningsmetodes waardeur die maatskaplike werker aan die MIV/VIGS-pasiënt hulp kan verleen.

In hierdie navorsing is hulpverlening deur middel van groepwerk tydens 13 groepbyeenkomste aan MIV/VIGS-pasiënte verleen. Die groepwerkhulpverleningsprogram het die volgende programaktiwiteite ingesluit: die aard van MIV/VIGS; wyses waarop MIV/VIGS versprei en voorkom kan word; die fases en simptome van MIV/VIGS; die etriglyne aan MIV/VIGS-pasiënte; oefeninge wat geskik is vir MIV/VIGS-pasiënte; die waarde van 'n gesonde selfbeeld; die noodsaaklikheid van besluitneming en toekomsbeplanning; die wyse waarop MIV/VIGS-pasiënte hul siektetoestand aan familie of vriende moet kommunikeer; die rol wat familie en vriende as steunstelsel in die lewe van 'n MIV/VIGS-pasiënt speel; die wyse waarop spanning wat groeplede as gevolg van hul siektetoestand ervaar, moet hanteer en die rol wat geloof en godsdiens in hul lewe as MIV/VIGS-pasiënte speel.

Die groeplede se deelname en interaksie tydens elke byeenkoms was spontaan en baie aktief. Daar is nie net met hierdie hulpverlening daarin geslaag om groeplede se kennis ten opsigte van MIV/VIGS te verbreed nie. Groeplede het ook vaardighede aangeleer oor die wyse waarop met hierdie siektetoestand saamgeleef moet word. Die groep het ook die nodige ondersteuning aan die groeplede gebied sodat hulle as 'n sterk steunstelsel vir mekaar gedien het.

Uit die evaluering wat deur die lede gedoen is oor die effek wat hierdie program vir hulle as MIV/VIGS-pasiënte ingehou het, was dit duidelik dat hierdie hulpverleningsprogram onteenseglik meegehelp het tot die verbetering van die groeplede se lewenskwaliteit, hulle lewenstevredenheid en uiteindelik hulle maatskaplike funksionering.

In Hoofstuk 8 word 'n uiteensetting verskaf van die resultate wat behaal is deur middel van die benutting van Affectometer 2 (AFM) van Kammann en Flett (1983) in die evaluering van MIV/VIGS-pasiënte se lewenstevredenheid en -kwaliteit.

HOOFSTUK 8

EVALUERING VAN MIV/VIGS-PASIËNTE SE LEWENSTEVRE- DENHEID EN -KWALITEIT

8.1 INLEIDING

In hierdie navorsing is daar van Affectometer 2 (AFM) van Kammann en Flett (1983) gebruik gemaak om die lewenstevredenheid en –kwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte te bepaal. Alle respondente wat by die navorsing betrek is, was blootgestel aan hierdie meting. Beduidende statistiese verskille tussen die verskillende groepe kon verkry word.

In hierdie hoofstuk word daar vervolgens aandag geskenk aan 'n bespreking oor die aard, betroubaarheid en geldigheid van meting asook van Affectometer 2 (AFM) as sodanig. 'n Breedvoerige uiteensetting en bespreking sal gegee word van resultate wat verkry is van die lewenstevredenheid en –kwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte in Potchefstroom en Fochville. Resultate verkry van elke MIV/VIGS-pasiënt in Potchefstroom en Fochville wat groep-werkhulpverlening ontvang het, sal voorts bespreek word.

8.2 DIE AARD EN WAARDE VAN METING

Meting word deur Grinnell (1993:174) omskryf as "... the assignment of numerals to the properties or attributes of objects or events according to rules". Babbie (2001:119) sluit hierby aan en omskryf meting as "... deliberate observations of the real world for the purpose of describing objects and events in terms of the attributes composing a variable". Meting is dus die waarneming van attribute of eienskappe van objekte of gebeure volgens bepaalde reëls. Hierdie waarneming word in getalle of syfers weergegee. Dit is dus die herleiding van komplekse feite tot 'n hanteerbaarder eenvoud. Volgens Bohrnstedt en Knoke (1988:15) is die metingsproses "... one more step in the reduction of complex reality to more manageable simplicity".

Die waarde van meting of statistiese ontledings word deur Strydom en Ehlers (1988:74) soos volg uiteengesit:

- Dit verskaf 'n objektiewe evaluering van ingesamelde data en inligting.
- Groot hoeveelhede data kan in hanteerbare groottes afgebreek en bestudeer word.
- Meting kan 'n betroubare beskrywing van maatskaplike verskynsels bied.
- Dit dwing die navorser om duidelik en ondubbelsinnig in werk- en denkwyse te wees.
- Dit bied aan navorsers 'n wyse om resultate in betekenisvolle, ondubbelsinnige en gerieflike vorme op te som.
- Dit bied aan navorsers die geleentheid om waarnemings te kwalifiseer en veralgemenings te maak.
- Dit help navorsers om voorspellings te maak en die akkuraatheid daarvan te toets.
- Die beskrywing van die eienskappe van individue en groepe word uiteengesit in terme van metings of skale.
- Dit stel die navorser in staat om die betroubaarheid van inligting en data te bepaal.

Deur middel van meting kan daar dus in syfers meer presiesheid verskaf word aan dit wat geëvalueer word. Dit verhoog objektiwiteit, presiesheid en die effektiwiteit van terapeutiese insette (Strydom, 1999:210).

Die waarde van meting is dus daarin geleë dat dit die terapeut in staat stel om presieser en meer sistematies in die evaluering van sy terapeutiese insette te wees. Deur middel van meting word die terapeut in staat gestel om gedrag duideliker te omskryf en andere deur middel van kommunikasie mee te deel

wat gedoen is (Strydom, 1999:210).

8.3 BETROUBAARHEID EN GELDIGHEID VAN METING

Volgens Strydom (1999:215) word 'n meting betroubaar geag as dit teoreties herhaaldelik dieselfde resultate onder dieselfde omstandighede oplewer. Dit moet egter aanvaar word dat 'n situasie nooit presies herhaalbaar is nie. Resultate is nie altyd presies dieselfde onder dieselfde omstandighede nie (Grinnell & Williams, 1990:101; Strydom, 1999:215). Dorfman en Hersen (2001:5) som dit soos volg op: "Reliability reflects the extent to which a test measures a construct consistently. Adequate reliability is achieved when measurements are made in a way that reduces the impact of chance, although some degree of error will always be part of the assessment process." Resultate van metings word beïnvloed deur onder andere die tydperk tussen metings, deur sekere administratiewe prosedures na te laat, swak omstandighede waarin die meting plaasvind en proefpersone wat siek, uitgeput of ongemotiveerd is (Dorfman & Hersen, 2001:5).

Volgens Strydom (1999:216) dui die geldigheid van 'n meetinstrument daarop dat die instrument werklik meet wat dit veronderstel is om te meet. De Vos en Fouché (1998:83) verskaf die volgende uiteensetting van die geldigheid van 'n meetinstrument: "... validity has two parts: the instrument actually measures the concept in question, and the concept is measured accurately. Obviously it is possible to have the first without the second, but not vice versa". Geldigheid kan volgens verskillende outeurs op die volgende wyses bepaal word:

- **Inhoudsgeldigheid:** Volgens De Vos en Fouché (1998:84) is inhoudsgeldigheid "... concerned with the representativeness or sampling adequacy of the content (e.g. topics or items) of an instrument". Dit gaan daaroor om te bepaal hoe verteenwoordigend 'n metingskaal asook hoe verteenwoordigend bepaalde items van die metingskaal is (Strydom, 1999:217). Twee vrae word by inhoudsgeldigheid volgens De Vos en Fouché (1998:84) gevra, naamlik: "Is the

instrument really measuring the concept we assume it is? Does the instrument really measure the concept we assume it is?"

- **Gesigsgeldigheid:** Die navorser bepaal self bloot op die sigwaarde of die meetinstrument wat gebruik word, meet wat dit veronderstel is om te meet. Dit is 'n baie subjektiewe en oppervlakkige vorm van geldigheid en is dikwels die mins bruikbare (Strydom, 1999:216). Sonder siggeldigheid van die meetinstrument kan die navorser weerstand by respondente teenkom, wat 'n effek kan hê op die resultate wat verkry word (De Vos & Fouché, 1998:84).
- **Konstruktiewe geldigheid:** Volgens De Vos en Fouché (1998:85) asook Strydom (1999:217) is dit die moeilikste vorm van geldigheid wat verkry kan word. Konstruktiewe geldigheid is volgens De Vos en Fouché (1998:85) "... concerned with the meaning of the instrument, i.e. what it is measuring and how and why it operates the way it does. It involves not only validation of the instrument itself, but also of the theory underlying it". 'n Meetinstrument moet dus aan 'n teoretiese raamwerk gekoppel wees (Strydom, 1999:217).
- **Gelyktydige geldigheid:** Volgens Strydom (1999:217) kan die resultate van een meting met 'n ander meting vergelyk word. As die korrelasie tussen twee metings hoog is, kan daar aanvaar word dat die meetinstrument oor 'n hoë mate van gelyktydige geldigheid beskik.
- **Voorspelbare geldigheid:** Dit dui op die moontlikheid volgens Strydom (1999:217) om 'n voorspelling te waag met betrekking tot hoedanig 'n respondent in die toekoms sal vaar op 'n bepaalde metingskaal.

Om dus te bepaal of 'n meetinstrument geldig is, moet daar vasgestel word of dit meet wat dit veronderstel is om te meet. Hierdie instrument moet ook aan 'n teoretiese raamwerk gekoppel wees. Die resultate van een meting moet met dié van 'n ander vergelyk kan word.

8.4 AFFECTOMETER 2 (AFM) VAN KAMMANN EN FLETT (1983)

Tydens die beplanning van die VIGS-navorsingsprojek in die Fokusarea 9.1 van die Fakulteit Gesondheidswetenskappe aan die PU vir CHO, is daar in oorleg met die vakgroep Voeding en Psigologie besluit om Affectometer 2 (AFM) van Kammann en Flett (1983) as gestandaardiseerde meetinstrument te gebruik. Affectometer 2 (AFM) bied 'n weergawe van algemene of lewens-tevredenheid by persone. Volgens Oosthuizen (2001:240) word psigologiese welsyn gebaseer op die balans (PNB) van positiewe (PA) en negatiewe (NA) emosies van onlangse ervarings van individue. Dit verskaf 'n aanduiding van die gevoel van lewenskwaliteit wat op 'n affektiewe vlak ervaar word. Die aard van die individu se lewenstevredenheid beïnvloed sy lewenskwaliteit.

Omstandighede wat die betroubaarheid en geldigheid van die meting tydens hierdie navorsing kon beïnvloed, was eerstens dat sommige respondente tydens sommige van die intervensies as gevolg van sekondêre infeksies ongesteld was. Affectometer 2 (AFM) is vervolgens ook nie deur die navorser in alle gevalle self ingevul nie, maar deur veldwerkers of deur die navorser self, maar wat 'n tolk vir die doel benut het (Dorfman en Hersen, 2001:5).

8.4.1 DIE AARD VAN AFFECTOMETER 2 (AFM)

Affectometer 2 (AFM) wat as meetinstrument gebruik is, bestaan volgens Kammann en Flett (1983:260) en Oosthuizen (2001:241) uit 20 sinne (kyk Bylae 2). Respondente kan individueel of in groepverband die meetinstrument self invul, of dit kan deur 'n navorser of veldwerker afgeneem word. Daar moet op twintig stellings antwoorde op 'n vyfpunt-Likertskaal verstrek word (Cilliers, 1973:103). By elke item of stelling moet aangedui word hoe gereeld die persoon gedurende die voorafgaande weke die aangeduide gevoelens ervaar het. Die syfer een op die skaal dui op glad nie; twee dui op af en toe; drie dui op somtyds; 4 dui op dikwels en 5 op altyd (kyk Bylae 2).

Affectometer 2 (AFM) maak voorsiening vir die bepaling van 'n Positiewe

Affek (PA) en Negatiewe Affek (NA). Die totale gevoel van psigologiese welsyn (PNB) word uitgedruk deur die mate waarin die positiewe gevoelens meer as die negatiewe gevoelens is. Tien items bepaal die positiewe Affek en tien items die Negatiewe Affek. Die nasien behels dat die totaaltellings vir die subskale (PA + NA) bereken word, sowel as die telling vir die Positiewe/Negatiewe Affek (PA/NA=PNB). 'n Hoër telling op PA en PNB dui 'n groter mate van lewenstevredenheid en psigologiese welsyn aan (Kammann & Flett, 1983:260; Oosthuizen, 2001:241).

Affectometer 2 (AFM) kan volgens Kammann en Flett (1983:259) en Oosthuizen (2001:241) binne ongeveer 5 minute afgehandel word. Wanneer hierdie meetinstrument gebruik word in die meting van ongeskoolde respondente uit agtergeblewe gemeenskappe en veral ook ongeskoolde swart MIV/VIGS-pasiënte, het die navorser bevind dat dit ongeveer 20 tot 30 minute duur om die meetinstrument in te vul. By bykans elke item moet 'n verduideliking verskaf word van wat met die item bedoel word. In die gevalle waar daar van veldwerkers gebruik gemaak word wat 'n swart taal magtig is, gebeur dit soms dat die essensie van die item of vraag verlore gaan. Hierdie toedrag van sake beklemtoon die noodsaaklikheid van soortgelyke gestandaardiseerde skale wat gebruik kan word by ongeskoolde persone uit agtergeblewe gemeenskappe.

Tydens die navorsing is Affectometer 2 (AFM) op individuele vlak deur die navorser en in gevalle waar respondente slegs 'n swart taal magtig is, deur 'n veldwerker ingevul. Om geldigheid en betroubaarheid te waarborg, moes respondente op die 20 items aandui hoe gereeld hulle die verskillende gevoelens die afgelope maand of afgelope vier weke ervaar het.

8.4.2 BETROUBAARHEID EN GELDIGHEID VAN AFFECTOMETER 2 (AFM)

Hoë betroubaarheidsindekse word deur Kammann en Flett (1983:260-261) gerapporteer. In 'n ondersoek met volwassenes in Nieu Seeland het Affectometer 2 (AFM) 'n Cronbach Alfa-indeks van 0,95 vir PNB gegee (Kammann

& Flett, 1983:260). In 'n studie van Oosthuizen (2001:241) in die Groter Potchefstroom (Potchefstroom, Promosa, Mohadin, Ikageng en die omliggende plakkerskampe) word 'n Cronbach Alfa-indeks van 0,74 (PA) en 0,77 (NA) gerapporteer.

Die Alfa-indeks dien as 'n hulpmiddel om te bepaal hoe beduidend die verandering in die meting is. Die maatstaf om in ag te neem om 'n uitspraak oor beduidenheid te maak, is volgens Spatz (2001:198) om die gestandaardiseerde verskil (d-waarde) te verkry. Die d-waarde word volgens Steyn (1999:15) verkry deur die verskil tussen twee gemiddeldes of populasies, byvoorbeeld tussen die tweede meting (Nátoets - B) en die eerste meting (Basislyn - A) te deel deur die grootste standaardafwyking (Sa) van hierdie twee populasies. Die gestandaardiseerde verskil word dus soos volg bereken:

$$\text{d-waarde} = \frac{B - A}{S_a}$$

Hierdie d-waarde staan ook bekend as die effek-grootte.

Volgens Spatz (2001:199) dui 'n d-waarde van

- 0,20 op 'n geringe of klein effek,
- 0,50 op 'n gemiddelde effek, en
- 0,80 op 'n groot effek.

Uit die voorafgaande bespreking is dit dus duidelik dat Affectometer 2 (AFM) wat as metingskaal gebruik is, 'n betroubare en geldige metingskaal is.

8.5 DIE BENUTTING VAN AFFECTOMETER 2 (AFM) IN POTCHEFSTROOM EN FOCHVILLE

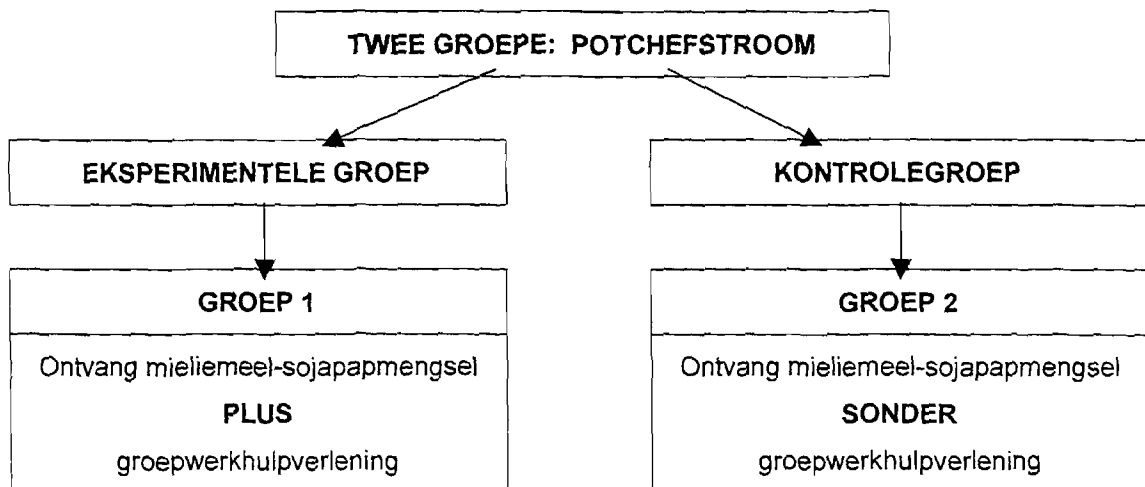
Affectometer 2 (AFM) is in Potchefstroom op twee groepe, naamlik 'n eksperimentele en kontrolegroep, toegepas. Groep 1 het groepwerkhulpverlening tesame met 'n mieliemeel-sojapapmengsel ontvang en het die eksperimentele groep gevorm. Groep 2 het slegs 'n mieliemeel-sojapapmengsel ontvang

en het die kontrolegroep gevorm. In Skematiese Voorstelling 7 sal 'n uiteensetting van die samestelling van die 2 groepe in Potchefstroom gegee word.

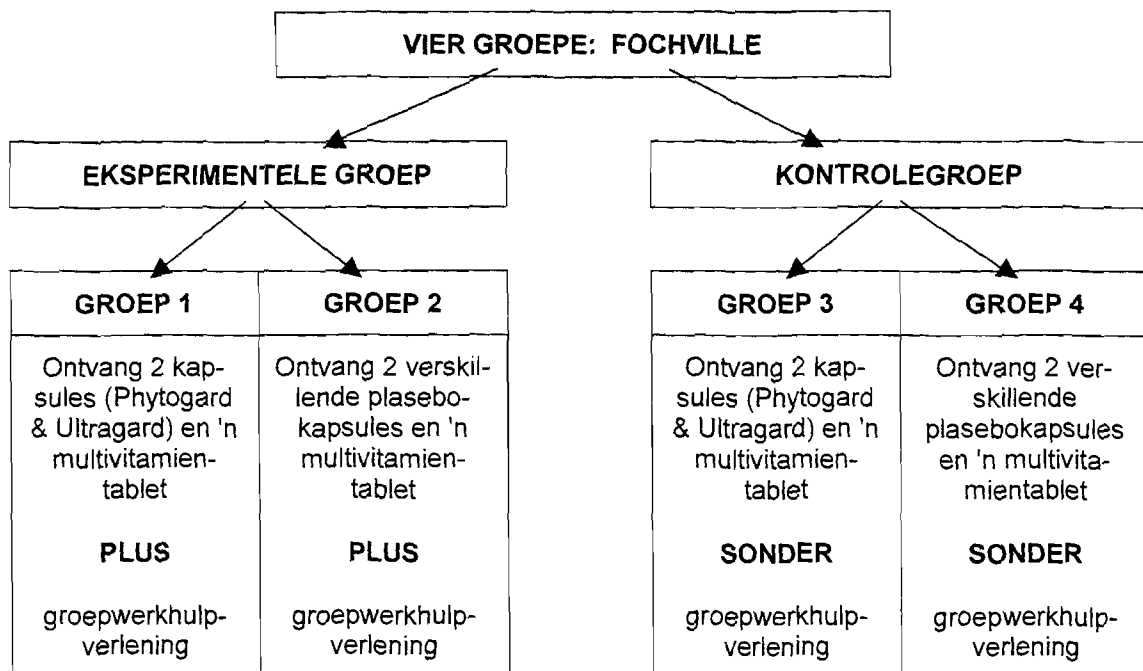
In Fochville is Affectometer 2 (AFM) op 4 groepe toegepas. Groep 1 was die eksperimentele groep wat groepwerkhulpverlening saam met twee Sportron kapsules, naamlik Phytogard en Ultragard, plus 'n baie lae dosis multivitaminientablet ontvang het. Groep 2 was ook 'n eksperimentele groep wat groepwerkhulpverlening saam met twee verskillende Sportron plasebokapsules plus 'n baie lae dosis multivitaminientablet ontvang het. Groep 3 was 'n kontrolegroep wat twee Sportron kapsules, naamlik Phytogard en Ultragard plus 'n baie lae dosis multivitaminientablet sonder groepwerkhulpverlening ontvang het. Groep 4 was ook 'n kontrolegroep wat twee verskillende Sportron plasebokapsules plus 'n baie lae dosis multivitaminientablet ontvang het sonder groepwerkhulpverlening.

In Skematiese Voorstelling 8 word 'n uiteensetting van die samestelling van die vier groepe in Fochville gegee.

Skematiese Voorstelling 7: Groepe betrek in Potchefstroom



Skematiese Voorstelling 8: Groepe betrek in Fochville



8.6 LEWENSTEVREDENHEID VAN MIV/VIGS-PASIËNTE IN POTCHEFSTROOM

Die ondersoekgroep in Potchefstroom het bestaan uit twee groepe, naamlik groep 1, die eksperimentele groep en groep 2, die kontrolegroep. Drie metings het plaasgevind, naamlik die eerste basislynmeting (A) gedurende April 2000 voordat enige hulpverlening plaasgevind het, die tweede nátoetsmeting (B) gedurende Julie 2000 ná die groepwerkhulpverlening beëindig is, en die derde nátoetsmeting gedurende Oktober 2000, drie maande ná die groepwerkhulpverlening beëindig is. Ten opsigte van respondente wat groepwerkhulpverlening plus 'n mieliemeel-sojapapmengsel in Potchefstroom ontvang het, was daar aan die einde van die vyfde groepbyeenkoms gedurende Mei 2000 'n middeltoets wat in afdeling 8.8.1 bespreek word. Ten opsigte van respondente in Fochville wat groepwerkhulpverlening plus Phytogard- en Ultragardkapsules asook twee verskillende plasebokapsules ontvang het, was daar ook aan die einde van die vyfde groepbyeenkoms gedurende Mei 2000 'n middeltoets wat in afdeling 8.8.2

bespreek word. Gedurende Julie 2001, dus 'n jaar later, het die navorser tydens een groepbyeenkoms weer kontak met groeplede in Potchefstroom en Fochville gehad. Tydens hierdie groepbyeenkoms is geen meting gedoen nie. Die navorser het van hierdie geleentheid gebruik gemaak om die lede aan te moedig om die insigte waartoe hulle gekom het, steeds in hulle lewensituasie toe te pas.

Die resultate van hierdie navorsing word vervolgens weergegee.

Verduideliking van simbole:

A = Meting 1: Basislyn April 2000

B = Meting 2: Nátoets Julie 2000

C = Meting 3: Nátoets Oktober 2000

Groep 1 = Onderzoekgroep wat mieliemeel-sojapapmengsel **plus** groepwerkhulpverlening ontvang het.

Groep 2 = Onderzoekgroep wat slegs mieliemeel-sojapapmengsel **sonder** groepwerkhulpverlening ontvang het.

Sa = Gemiddelde standaardafwyking.

d = Die gestandaardiseerde verskil.

In Tabel 23 word die beduidendheid van verskille in groep 1 tussen die eerste meting (Basislyn – A) voordat groepwerkhulpverlening plaasgevind het en die tweede meting (Nátoets – B) wat aan die einde van die groepwerkhulpverlening plaasgevind het, bespreek.

Tabel 23: Beduidendheid van verskille tussen eerste en tweede meting: Groep 1 (N = 9)

	A	B	Sa	d
PA	36,88	45,11	8,49	0,97
NA	21,88	17,55	9,80	0,44
PNB	15,00	27,55	18,17	0,69

Uit bogenoemde resultate het die Positiewe Affek van 36,88 tot 45,11 ver-

meerder met 'n d-waarde van 0,97, wat op 'n groot effek dui. Die Negatiewe Affek het van 21,88 tot 17,55 verminder met 'n d-waarde van 0,44, wat op 'n klein effek dui. Daar was dus 'n groot verbetering in die positiewe gevoelens van hierdie groeplede. Hierdie meting het plaasgevind aan die einde van die groepwerkhelpverlening, wat daarop dui dat die groepwerkhelpverlening plus die mieliemeel-sojapapmengsel 'n groot bydrae gelewer het tot die verbetering van die groeplede se lewenstevredenheid en dus ook in hul lewenskwaliteit.

In Tabel 24 word die beduidendheid van verskille in groep 1 tussen die eerste meting (Basislyn – A) voordat groepwerkhelpverlening plaasgevind het en die derde meting (Nátoets – C) wat drie maande nadat die groepwerkhelpverlening getermineer is, bespreek.

Tabel 24: Beduidendheid van verskille tussen die eerste en derde meting: Groep 1 (N = 9)

	A	C	Sa	d
PA	36,88	47,87	6,90	1,59
NA	21,88	15,62	6,86	0,91
PNB	15,00	32,25	12,92	1,34

Uit die voorafgaande ontleding het die Positiewe Affek van 36,88 tot 47,87 verhoog met 'n d-waarde van 1,59, wat op 'n groot effek dui. Die respondente se Negatiewe Affek het verminder vanaf 21,88 na 15,62 met 'n d-waarde van 0,91, wat op 'n groot effek dui. Die positiewe gevoelens van die groeplede het dus 'n groot verbetering getoon. Hierdie meting het plaasgevind drie maande nadat die groepwerkhelpverlening beëindig is, wat daarop dui dat groepwerkhelpverlening plus 'n mieliemeel-sojapapmengsel nie net hul lewenskwaliteit tydens hulpverlening verbeter het nie, maar dat dit steeds drie maande ná hulpverlening 'n groot verbetering getoon het.

In Tabel 25 word die beduidendheid van verskille in groep 2 tussen die eerste meting (Basislyn – A) voor die toediening van die mieliemeel-

sojapapmengsel en die tweede meting (Nátoets – B) drie maande ná die mieliemeel-sojapapmengsel toegedien is, bespreek.

Tabel 25: Beduidendheid van verskille tussen eerste en tweede meting: Groep 2 (N = 5)

	A	B	Sa	d
PA	40,40	39,40	9,61	0,10
NA	20,40	21,60	7,64	0,16
PNB	20,00	17,80	16,19	0,14

Uit bogenoemde resultate is dit duidelik dat die Positiewe Affek van 40,40 tot 39,40 verminder het met 'n d-waarde van 0,10, wat op 'n geringe effek dui. Die Negatiewe Affek het van 20,40 tot 21,60 vermeerder met 'n d-waarde van 0,16, wat ook op 'n geringe effek dui. Daar was dus 'n geringe verbetering ná drie maande in die lewenstevredenheid en lewenskwaliteit van hierdie respondente. Dit dui daarop dat die toedien van slegs 'n mieliemeel-sojapapmengsel 'n geringe verbetering in MIV/VIGS-pasiënte se lewenstevredenheid en -kwaliteit teweeg gebring het.

Wanneer hierdie resultate vergelyk word met die resultate van groep 1 in Tabel 23, is dit duidelik dat groepwerkhulpverlening drie maande ná intervensie 'n beduidende verskil gemaak het in die lewenstevredenheid en -kwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte wat groepwerkhulpverlening plus 'n mieliemeel-sojapapmengsel ontvang het, teenoor MIV/VIGS-pasiënte wat geen groepwerkhulpverlening ontvang het nie maar slegs 'n mieliemeel-sojapapmengsel.

Daar kan dus tot die gevolgtrekking gekom word dat die toediening van slegs 'n mieliemeel-sojapapmengsel bykans geen verbetering in die lewenstevredenheid van MIV/VIGS-pasiënte tot gevolg het nie. Mieliemeel-sojapapmengsel plus groepwerkhulpverlening het 'n beduidende verbetering in die lewenstevredenheid en -kwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte tot gevolg gehad binne drie maande nadat groepwerkhulpverlening begin is.

In Tabel 26 word die beduidendheid van verskille in groep 2 tussen die eerste meting (Basislyn – A) voordat die toediening van 'n mieliemeel-papmengsel plaasgevind het en die derde meting (Nátoets – C) wat ses maande ná die mieliemeel-sojapapmengsel toegedien is, bespreek.

Tabel 26: Beduidendheid van verskille tussen die eerste en derde meting: Groep 2 (N = 5)

	A	C	Sa	d
PA	40,40	40,00	6,00	0,07
NA	20,40	20,22	6,09	0,03
PNB	20,00	19,77	11,95	0,02

Die Positiewe Affek het van 40,40 tot 40,00 verminder met 'n d-waarde van 0,07, wat op 'n geringe effek dui. Die Negatiewe Affek het van 20,40 tot 20,22 verminder met 'n d-waarde van 0,03, wat ook op 'n geringe effek dui. Daar was dus 'n geringe verbetering in die lewenstevredenheid van respondente in groep 2 vanaf die eerste tot die derde meting.

In 'n vergelyking van die resultate in Tabel 24 en 26 kan daar tot die gevolgtrekking gekom word dat die mieliemeel-sojapapmengsel plus groepwerkhulpverlening volgens Tabel 24 'n beduidende effek gehad het op die verbetering van respondente se lewenstevredenheid en dus ook hul kwaliteit van lewe, selfs drie maande nadat groepwerkhulpverlening beëindig is. Die toedien van slegs 'n mieliemeel-sojapapmengsel het 'n geringe verbetering ná ses maande volgens Tabel 26 op respondente se lewenstevredenheid en dus ook hul lewenskwaliteit tot gevolg gehad.

Uit die navorsing in Potchefstroom het dit duidelik geblyk dat die toedien van slegs 'n mieliemeel-sojapapmengsel 'n geringe verbetering in die lewenstevredenheid en lewenskwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte tot gevolg gehad het. Die toediening van 'n mieliemeel-sojapapmengsel plus groepwerkhulpverlening het 'n beduidende verbetering in die lewenstevredenheid en lewens-

kwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte tot gevolg gehad. Hierdie verbetering het selfs drie maande nadat groepwerkhelpverlening getermineer is, voortgeduur.

Daar kan dus tot die gevolgtrekking gekom word dat die toediening van slegs 'n mieliemeel-sojapapmengsel sonder groepwerkhelpverlening net 'n geringe verbetering in die lewenstevredenheid en -kwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte gehad het. Die gevolgtrekking kan gemaak word dat groepwerkhelpverlening wel 'n verbetering in die lewenstevredenheid en lewenskwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte in Potchefstroom tot gevolg gehad het.

Gedurende Julie 2001 het die navorser tydens een groepbyeenkoms met agt van die nege groeplede kontak gehad. Tydens hierdie geleentheid was almal steeds gesond, en dit was opvallend hoe positief en lewenslustig hulle voorgekom het. Volgens hulle was hulle baie tevrede met hul lewens en het hulle nog 'n kwaliteitlewe gevoer. Hulle het aangedui dat hulle probleme wat opduik kan hanteer en het volgens hulle oor genoeg energie beskik. Hulle is aangemoedig om die insigte waartoe hulle gekom het, steeds in hulle daaglikse lewe toe te pas.

8.7 LEWENSTEVREDENHEID VAN MIV/VIGS-PASIËNTE IN FOCHVILLE

In die ondersoekgroep in Fochville was daar vier groepe, naamlik groep 1 wat groepwerkhelpverlening plus twee kapsules Phytogard en Ultragard en 'n lae dosis multivitamientablet ontvang het. Groep 2 het groepwerkhelpverlening plus twee verskillende plasebokapsules en 'n lae dosis multivitamientablet ontvang. Die term plasebo word deur die woordeboek Mosby's Medical Nursing and Allied Health (1998:1270) soos volg omskryf: "... an inactive substance, such as saline solution, distilled water or sugar ... Placebo are used in experimental drug studies to compare the effects of the inactive substance with those of the experimental drug". Groep 3 het slegs twee kapsules Phytogard en Ultragard en 'n lae dosis multivitamientablet **sonder** groepwerkhelpverlening ontvang, en groep 4 het slegs twee verskillende plasebokapsules en 'n lae dosis multivitamientablet **sonder** groepwerkhelpverlening ontvang.

groepwerkhulpverlening ontvang, en groep 4 het slegs twee verskillende plasebokapsules en 'n lae dosis multivitamientablet **sonder** groepwerkhulpverlening ontvang.

Groep 1 het uit vyf respondente bestaan.

Groep 2 het uit vier respondente bestaan.

Groep 3 het uit vyftien respondente bestaan.

Groep 4 het uit elf respondente bestaan.

Drie metings het plaasgevind: die eerste meting (A) was gedurende April 2000 voordat enige intervensie plaasgevind het. Die tweede meting (B) was gedurende Julie 2000 nadat die groepwerkhulpverlening afgesluit is en respondente reeds drie maande lank kapsules AC en BD ontvang het. Die derde meting (C) het gedurende Oktober 2000 plaasgevind, drie maande ná die groepwerkhulpverlening afgesluit is en respondente reeds ses maande lank kapsules AC en BD ontvang het.

Verduideliking van simbole:

A = Meting 1 : Basislyn April 2000

B = Meting 2 : Nátoets Julie 2000

C = Meting 3 : Nátoets Oktober 2000

Groep 1 = Onderzoekgroep wat twee kapsules Phytogard en Ultragard (vervolgens genoem kapsules AC) **plus** groepwerkhulpverlening ontvang het.

Groep 2 = Onderzoekgroep wat twee verskillende plasebokapsules (vervolgens genoem kapsules BD) **plus** groepwerkhulpverlening ontvang het.

Groep 3 = Onderzoekgroep wat twee verskillende kapsules Phytogard en Ultragard (vervolgens genoem kapsules AC) **sonder** groepwerkhulpverlening ontvang het.

Groep 4 = Onderzoekgroep wat twee verskillende plasebokapsules (vervolgens genoem kapsules BD) **sonder** groepwerkhulpverlening ontvang het.

In Tabel 27 word die beduidendheid van verskille in groep 1 wat kapsules AC ontvang het tussen die eerste meting (Basislyn – A) voordat groepwerkhelpverlening begin is en die tweede meting (Nátoets – B) wat aan die einde van die groepwerkhelpverlening plaasgevind het, bespreek.

Tabel 27: Beduidendheid van verskille tussen eerste en tweede meting: Groep 1 (N = 5)

	A	B	Sa	d
PA	36,00	45,20	5,02	1,83
NA	24,60	21,40	5,81	0,55
PNB	11,40	23,80	10,26	1,21

Die resultate verkry uit Tabel 27 dui op 'n Positiewe Affek wat van 36,00 tot 45,20 verbeter het met 'n d-waarde van 1,83, wat op 'n groot effek dui. Die Negatiewe Affek het van 24,60 tot 21,40 verminder met 'n d-waarde van 0,55, wat op 'n gemiddelde effek dui. Daar was 'n groot verbetering in die positiewe gevoelens van die groep, wat daarop dui dat die groepwerkhelpverlening plus kapsules AC 'n groot bydrae gelewer het tot die verbetering van die lewenstevredenheid en -kwaliteit van die groeplede.

In Tabel 28 word die beduidendheid van verskille in groep 1 wat kapsules AC plus groepwerkhelpverlening ontvang het tussen die eerste meting (Basislyn – A) voordat groepwerkhelpverlening begin is en die derde meting (Nátoets – C) drie maande nadat groepwerkhelpverlening getermineer is, bespreek.

**Tabel 28: Beduidendheid van verskille tussen eerste en derde meting:
Groep 1 (N = 4)**

	A	C	Sa	d
PA	36,00	50,00	3,39	4,13
NA	24,60	15,00	4,09	2,35
PNB	11,40	35,00	7,27	3,25

Die resultate verkry uit Tabel 28 dui op 'n Positiewe Affek wat van 36,00 tot 50,00 verbeter het met 'n d-waarde van 4,13, wat op 'n groot effek dui. Die Negatiewe Affek het van 24,60 tot 15,00 verminder met 'n d-waarde van 2,35, wat op 'n groot effek dui. Hierdie pasiënte het groepwerkhelpverlening plus kapsules AC ontvang, wat daarop dui dat die kombinasie van medikasie plus groepwerkhelpverlening 'n groot effek het in die verbetering van die MIV/VIGS-pasiënt se lewenstevredenheid en -kwaliteit. Selfs drie maande nadat groepwerkhelpverlening getermineer is, het hul lewenstevredenheid steeds verbeter. Hierdie tendens kon duidelik in die groeplede waargeneem word. Groeplede het aangedui dat hulle voel dat hulle lewens nou op die regte spoor is.

In Tabel 29 word die beduidendheid van verskille in groep 2 wat kapsules BD (plasebo) plus groepwerkhelpverlening tussen die eerste meting (Basislyn – A), voordat groepwerkhelpverlening begin is en die tweede meting (Nátoets – B) wat aan die einde van die groepwerkhelpverlening plaasgevind het, bespreek.

**Tabel 29: Beduidendheid van verskille tussen eerste en tweede meting:
Groep 2 (N = 4)**

	A	B	Sa	d
PA	34,25	45,25	3,30	3,33
NA	25,50	17,00	5,45	1,56
PNB	8,75	28,25	6,70	2,91

Die gegewens in Tabel 29 dui daarop dat die Positiewe Affek vanaf 34,25 tot 45,25 vermeerder het met 'n d-waarde van 3,33, wat op 'n groot effek dui. Die Negatiewe Affek het vanaf 25,50 tot 17,00 verminder met 'n d-waarde van 1,56, wat op 'n groot effek dui. Groepwerkhulpverlening plus kapsules BD (plasebo) het dus 'n groot verbetering op die lewenstevredenheid en -kwaliteit van die groeplede tot gevolg gehad.

In Tabel 30 word die beduidendheid van verskille in groep 2 wat kapsules BD (plasebo) plus groepwerkhulpverlening ontvang het, tussen die eerste meting (Basislyn – A) voordat groepwerkhulpverlening ontvang is en die derde meting (Nátoets – C) wat drie maande nadat groepwerkhulpverlening getermineer is, bespreek.

**Tabel 30: Beduidendheid van verskille tussen eerste en derde meting:
Groep 2 (N = 3)**

	A	C	Sa	d
PA	34,25	48,67	1,71	8,43
NA	25,50	18,33	5,45	1,32
PNB	8,75	30,33	6,70	3,22

Die gegewens in Tabel 30 dui daarop dat die Positiewe Affek van 34,25 tot 48,67 vermeerder het met 'n d-waarde van 8,43, wat op 'n groot effek dui. Die Negatiewe Affek het van 25,50 tot 18,33 verminder met 'n d-waarde van

1,32, wat op 'n groot effek dui. Die groeplede wat kapsules BD (plasebo) ontvang het, se lewenstevredenheid en -kwaliteit het deur middel van groepwerkhelpverlening selfs drie maande nadat groepwerkhelpverlening geterminier is, steeds 'n groot verbetering getoon.

Uit hierdie gegewens kan die afleiding gemaak word dat groepwerkhelpverlening plus die toediening van kapsules AC en BD respondente se lewenstevredenheid en -kwaliteit verbeter het.

In Tabel 31 word die beduidendheid van verskille in groep 3 wat kapsules AC sonder groepwerkhelpverlening ontvang het, tussen die eerste meting (Basislyn – A) voordat hulle kapsules AC ingeneem het en die tweede meting (Nátoets – B) drie maande nadat hulle kapsules AC ingeneem het, bespreek.

Tabel 31: Beduidendheid van verskille tussen eerste en tweede meting: Groep 3 (N = 15)

	A	B	Sa	d
PA	33,27	43,00	7,57	1,29
NA	27,27	17,00	6,33	1,62
PNB	6,00	26,00	13,00	1,54

Die resultate verkry uit Tabel 31 dui daarop dat die Positiewe Affek van 33,27 tot 43,00 vermeerder het met 'n d-waarde van 1,29, wat op 'n groot effek dui. Die Negatiewe Affek het van 27,27 tot 17,00 verminder met 'n d-waarde van 1,62, wat op 'n groot effek dui. Die respondente wat kapsules AC sonder groepwerkhelpverlening ontvang het, se lewenstevredenheid en -kwaliteit het dus 'n groot verbetering tussen meting 1 en meting 2 getoon.

'n Vergelyking tussen die eerste en tweede meting van groep 1 (Tabel 27) wat kapsules AC en groepwerkhelpverlening ontvang het, en dié van groep 3 (Tabel 31) wat slegs kapsules AC ontvang het, dui op 'n groot verskil in die Positiewe Affek tussen groep 1 en groep 3. Die gestandaardiseerde verskil

van die Positiewe Affek in groep 1 (Tabel 27) is 1,83, terwyl die gestandaardiseerde verskil in groep 3 (Tabel 31) 1,29 is. Hieruit kan die afleiding gemaak word dat groepwerkhulpverlening in die ondersoekgroep in Fochville wat kapsules AC ontvang het, 'n beduidende verskil ten opsigte van hul positiewe gevoelens en lewenstevredenheid gemaak het.

In Tabel 32 word die beduidendheid van verskille in groep 3 wat kapsules AC sonder groepwerkhulpverlening ontvang het tussen die eerste meting (Basislyn – A) voordat hulle kapsules AC ingeneem het en die derde meting (Nátoets – C), ses maande nadat hul kapsules AC ingeneem het, bespreek.

Tabel 32: Beduidendheid van verskille tussen eerste en derde meting: Groep 3 (N = 15)

	A	C	Sa	d
PA	33,27	44,08	7,57	1,43
NA	27,27	18,39	6,33	1,40
PNB	6,00	25,69	13,00	1,52

Die resultate verkry in Tabel 32 dui op 'n Positiewe Affek wat vanaf 33,27 tot 44,08 vermeerder het met 'n d-waarde van 1,43, wat op 'n groot effek dui. Die Negatiewe Affek het vanaf 27,27 tot 18,39 verminder met 'n d-waarde van 1,40, wat op 'n groot effek dui. Die lewenstevredenheid en –kwaliteit van groep 3 was dus ná ses maande steeds nog hoog.

Wanneer die gegewens in Tabel 31 met die gegewens in Tabel 32 vergelyk word, het die lewenstevredenheid en –kwaliteit van groep 3 sedert die tweede meting selfs verbeter.

'n Vergelyking tussen die eerste en derde meting van groep 1 (Tabel 28) wat kapsules AC en groepwerkhulpverlening ontvang het en dié van groep 3 (Tabel 32) wat slegs kapsules AC ontvang het, dui op 'n baie groot verskil in die Positiewe Affek tussen groep 1 en groep 3. Die gestandaardiseerde

verskil van die Positiewe Affek in groep 1 (Tabel 28) is 4,13, terwyl die gestandaardiseerde verskil in groep 3 (Tabel 32) 1,43 is. Hieruit kan die afleiding gemaak word dat groepwerkhulpverlening in die ondersoekgroep in Fochville wat kapsules AC ontvang het, selfs drie maande nadat groepwerkhulpverlening gestaak is, 'n beduidende verskil ten opsigte van hul positiewe gevoelens en lewenstevredenheid gemaak het.

In Tabel 33 word die beduidendheid van verskille in groep 4 wat kapsules BD (plasebo) sonder groepwerkhulpverlening ontvang het, tussen die eerste meting (Basislyn – A) voordat hulle kapsules BD ingeneem het en die tweede meting (Nátoets – C), drie maande nadat hulle kapsules BD (plasebo) ingeneem het, bespreek.

Tabel 33: Beduidenheid van verskille tussen eerste en tweede meting: Groep 4 (N = 11)

	A	B	Sa	d
PA	35,64	40,18	6,79	0,67
NA	24,73	19,55	6,29	0,82
PNB	10,91	20,64	12,30	0,79

Die resultate van Tabel 33 dui daarop dat die Positiewe Affek van 35,64 tot 40,18 vermeerder het met 'n d-waarde van 0,67, wat op 'n redelike effek dui. Die Negatiewe Affek het van 24,73 tot 19,55 verminder met 'n d-waarde van 0,82, wat op 'n groot effek dui. Die lewenstevredenheid van groep 4 wat kapsules BD (plasebo) sonder groepwerkhulpverlening ontvang het, het 'n redelike verbetering vanaf die eerste tot die tweede meting, dit wil sê ná drie maande, getoon.

In 'n vergelyking tussen resultate van groep 2 wat kapsules BD plus groepwerkhulpverlening ontvang het (Tabel 29) en groep 4 (Tabel 33) wat slegs kapsules BD ontvang het, was die gestandaardiseerde verskil van die Positiewe Affek in Tabel 29, 3,33 en in Tabel 33, 0,67. Daar was dus 'n beduidende verskil in die positiewe gevoelens en lewenstevredenheid van

die respondente wat volgens Tabel 29 kapsules BD (plasebo) plus groepwerkhulpverlening ontvang het en respondente volgens Tabel 33 wat slegs kapsules BD (plasebo) sonder groepwerkhulpverlening ontvang het.

Daar kan dus tot die gevolgtrekking gekom word dat MIV/VIGS-pasiënte wat kapsules BD (plasebo) plus groepwerkhulpverlening ontvang het, se lewens-tevredenheid en –kwaliteit na drie maande 'n groter verbetering getoon het as MIV/VIGS-pasiënte wat slegs kapsules BD (plasebo) ontvang het.

In 'n vergelyking tussen gegewens van Tabel 33 (eerste en tweede meting van groep 4) Tabel 25 (eerste en tweede meting van groep 2) in Potchef-stroom waar respondente slegs 'n mieliemeel-sojapapmengsel ontvang het, was die verbetering van lewenskwaliteit ná die tweede meting baie hoër by die respondente wat in Fochville slegs kapsules BD (plasebo) ontvang het. Die afleiding kan gemaak word dat die toediening van 'n Sportron Supplement, al was dit slegs 'n plasebo, 'n beduidende verskil in die lewens-tevredenheid van MIV/VIGS-pasiënte gemaak het.

In Tabel 34 word die beduidendheid van verskille in groep 4 wat kapsules BD (plasebo) sonder groepwerkhulpverlening ontvang het, tussen die eerste meting (Basislyn – A) voordat hulle kapsules BD ingeneem het en die derde meting (Nátoets – C), ses maande nadat hulle kapsules BD ingeneem het, bespreek.

Tabel 34: Beduidendheid van verskille tussen eerste en derde meting: Groep 4 (N = 11)

	A	C	Sa	d
PA	35,64	43,00	6,79	1,08
NA	24,73	18,56	6,29	0,98
PNB	10,91	24,44	12,30	1,10

Die resultate verkry in Tabel 34 dui daarop dat die Positiewe Affek vanaf 35,64 tot 43,00 vermeerder het met 'n d-waarde van 1,08, wat op 'n groot

effek dui. Die Negatiewe Affek het vanaf 24,73 tot 18,56 verminder met 'n d-waarde van 0,98, wat op 'n groot effek dui. Daar was dus 'n groot verbetering in die positiewe gevoelens en lewenstevredenheid en –kwaliteit van respondente wat kapsules BD (plasebo) sonder groepwerkhulpverlening ontvang het.

In 'n vergelyking tussen die eerste en derde meting van groep 2 se resultate in Tabel 30 wat kapsules BD plus groepwerkhulpverlening ontvang het en die resultate in Tabel 34, waar respondente slegs kapsules BD ontvang het, was die gestandaardiseerde verskil beduidend. Volgens Tabel 30 was die gestandaardiseerde verskil 8,43 en in Tabel 34, 1,08. Daar was dus 'n beduidende verskil in die positiewe gevoelens en lewenstevredenheid en –kwaliteit tussen die respondente wat kapsules BD (plasebo) plus groepwerkhulpverlening ontvang het, teenoor die respondente wat slegs kapsules BD (plasebo) sonder groepwerkhulpverlening ontvang het. Die afleiding kan gemaak word dat groepwerkhulpverlening wel bygedra het tot die verbetering van MIV/VIGS-pasiënte se lewenstevredenheid, selfs drie maande nadat groepwerkhulpverlening beëindig is.

Deur die resultate in Tabelle 27 en 31 met mekaar te vergelyk, kan daar tot die gevolgtrekking gekom word dat groepwerkhulpverlening by MIV/VIGS-pasiënte wat kapsules AC en groepwerkhulpverlening ontvang het, 'n beduidender verbetering ten opsigte van hul lewenstevredenheid en –kwaliteit tot gevolg gehad het as by die MIV/VIGS-pasiënte wat net kapsules AC ontvang het sonder groepwerkhulpverlening. Selfs drie maande nadat die groepwerkhulpverlening getermineer is, was die lewenstevredenheid en –kwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte wat kapsules AC plus groepwerkhulpverlening in Fochville ontvang het, beduidend beter as MIV/VIGS-pasiënte wat slegs kapsules AC sonder groepwerkhulpverlening ontvang het. Vergelyk in hierdie verband Tabelle 28 en 32 met mekaar.

Deur die resultate in Tabelle 29 en 33 met mekaar te vergelyk, kan daar tot die gevolgtrekking gekom word dat MIV/VIGS-pasiënte wat kapsules BD (plasebo) en groepwerkhulpverlening ontvang het, 'n beduidender verbetering

ten opsigte van hul lewenstevredenheid en –kwaliteit ná drie maande getoon het as die MIV/VIGS-pasiënte wat slegs kapsules BD (plasebo) ontvang het. Selfs drie maande nadat groepwerkhulpverlening gestaak is, het die lewenstevredenheid en –kwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte wat die kapsules BD plus groepwerkhulpverlening ontvang het, steeds in Fochville 'n groter verbetering getoon. Vergelyk in hierdie verband Tabela 30 en 34 met mekaar.

Ses groeplede is 'n jaar later, gedurende Julie 2001 tydens een groepwerk-sessie in Fochville ontmoet. Inligting wat gedurende 2000 aan die groeplede deurgegee is, is weer aan hulle uitgelig, terwyl hulle is aangemoedig om hierdie inligting en hulpverlening wat tydens die groepwerkhulpverlening verskaf is, steeds in hul daaglikse lewe toe te pas. Al ses die respondente wat teenwoordig was, se lewenstevredenheid en –kwaliteit was steeds baie goed. Een van die groeplede wat 'n betrekking in Johannesburg bekom het, het steeds in hierdie stadium gereelde telefoniese kontak met die navorser. Volgens hom ervaar hy geen sekondêre infeksies nie en is sy lewenstevredenheid en –kwaliteit steeds baie goed.

8.8 EVALUERING VAN LEWENSTEVREDENHEID VAN INDIVIDUELE GROEPLEDE IN POTCHEFSTROOM EN FOCHVILLE

In beide die groepe te Potchefstroom en Fochville was daar buiten die drie metings wat plaasgevind het gedurende die Basislyn in April 2000, Nátoets in Julie 2000 en Nátoets in Oktober 2000, ook 'n Middeltoetsmeting in Mei 2000. Hierdie Middeltoets het plaasgevind na die vyfde groepbyeenkoms. Affectometer 2 (AFM) is net deur MIV/VIGS-pasiënte wat deel van die groepwerkhulpverlening was tydens hierdie meting, ingevul. Groeplede in beide Potchefstroom en Fochville het dus vier keer Affectometer 2 (AFM) ingevul. Die vier metings was die basislyn in April 2000 voordat die eerste byeenkoms plaasgevind het, die Middeltoets in Mei 2000 ná die vyfde byeenkoms, die Nátoets in Julie 2000 nadat die laaste groepbyeenkoms plaasgevind het en die Nátoets in Oktober 2000, drie maande nadat die laaste groepbyeenkoms plaasgevind het. Om die groei wat by individue plaasgevind het

weer te gee, word die lede se vordering vervolgens afsonderlik bespreek.

8.8.1 GROEOPLEDE IN POTCHEFSTROOM

Tabel 35: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 1 - Potchefstroom

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	31	46	48	50
NA	31	34	14	14
PNB	0	12	34	36

Groeplid 1 se Positiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting vanaf 31 tot 46 vermeerder en gedurende die eerste en derde meting vanaf 31 tot 48. Die Positiewe Affek het tussen die derde en vierde meting tot 50 vermeerder. Die Negatiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting vanaf 31 tot 34 vermeerder. Gedurende die eerste en derde meting het dit vanaf 31 tot 14 verminder. Die Negatiewe Affek was tussen die derde en vierde meting steeds op 14.

Uit die voorafgaande kan afgelei word dat hierdie groeplid se positiewe gevoelens en lewenstevredenheid, en ook die lewenskwaliteit van hierdie groeplid 'n merkbare verbetering vanaf die eerste tot derde meting getoon het. Groepwerkhelpverlening en 'n mieliemeel-sojapapmengsel het dus die lewenstevredenheid van hierdie groeplid verbeter en dit het selfs drie maande nadat groepwerkhelpverlening getermineer is, voortgeduur.

Gedurende Julie 2001, 'n jaar later, het hierdie groeplid 'n betrekking as huishulp bekleed. Sy was gesond en dit was duidelik dat haar lewenskwaliteit goed was.

Tabel 36: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 2 - Potchefstroom

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	43	46	47	49
NA	14	30	18	14
PNB	29	16	29	35

Groeplid 2 se Positiewe Affek het tydens die eerste meting van 43 tot 46 vermeerder en tussen die eerste en derde meting van 43 tot 47. Die Positiewe Affek het tussen die derde en vierde meting van 47 tot 49 vermeerder. Die Negatiewe Affek het vanaf 14 tot 30 vermeerder tussen die eerste en tweede meting en vanaf 14 tot 18 tussen die eerste en derde meting. Tussen die derde en vierde meting het dit van 18 tot 14 verminder. Die styging in die Positiewe Affek en die daling in die Negatiewe Affek tussen die eerste en derde metings dui daarop dat hierdie groeplid se lewens-tevredenheid wel ná groepwerkhuipverlening 'n verbetering getoon het. Hierdie groeplid se lewens-tevredenheid is positief beïnvloed deur die beskikbaarheid van tydelike werkseleenthede. Hy is die broodwinner van die gesin, en dit was vir hom noodsaaklik om werk te kry om sy gesin te versorg. Gedurende die vierde meting het hierdie groeplid wel ook 'n tydelike betrekking bekom wat tot 'n verdere styging in die Positiewe Affek en 'n daling in die Negatiewe Affek gelei het.

Hierdie groeplid se interaksie met die groep was baie positief. Hy was veral baie gelukkig oor die verbetering van sy vrou (groeplid 1) se lewens-tevredenheid en -kwaliteit.

Die groeplid het gedurende Julie 2001, 'n jaar later, 'n betrekking bekleed. Hy was baie tevrede met sy omstandighede. Dit was duidelik dat hy en sy vrou (groeplid 1) se omstandighede positief is en dat hulle 'n kwaliteitlewe voer.

Tabel 37: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 3 - Potchefstroom

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	37	48	47	50
NA	19	22	18	14
PNB	18	26	29	36

Groeplid 3 se Positiewe Affek het tydens die eerste en tweede meting vanaf 37 tot 48 vermeerder en tussen die eerste en derde meting vanaf 37 tot 47. Tussen die derde en vierde meting het dit van 47 tot 50 vermeerder. Die Negatiewe Affek het vanaf die eerste tot tweede meting van 19 na 22 vermeerder. Vanaf die eerste tot die derde meting het die Negatiewe Affek van 19 tot 18 verminder en tussen die derde en vierde meting het dit van 18 tot 14 verminder.

Die vermeerdering in die Positiewe Affek en daling in die Negatiewe Affek dui daarop dat groepwerkhulpverlening en 'n mieliemeel-sojapapmengsel wel 'n positiewe effek op die lewenstevredenheid van die groeplid gehad het, selfs drie maande ná die beëindiging van die groepwerkhulpverlening.

Tydens Julie 2001, 'n jaar later, was hierdie groeplid se lewenstevredenheid steeds baie goed.

Tabel 38: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 4 - Potchefstroom

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	44	50	50	50
NA	19	26	16	14
PNB	25	24	34	36

Groep 4 se Positiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 44 tot 50 vermeerder. Hierdie telling het dieselfde tydens meting drie en vier gebly. Die Negatiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 19 tot 26 vermeerder en tussen meting drie en vier het dit van 16 tot 14 verminder. Hierdie groep se lewenstevredenheid het vanaf die eerste tot die derde meting verbeter, wat daarop dui dat groepwerkhuipverlening en 'n mieliemeel-sojapapmengsel wel tot 'n verbetering in die lewenstevredenheid van hierdie groep gelei het. Hierdie verbetering het tydens die vierde meting voortgeduur, wat daarop dui dat groepwerkhuipverlening en 'n mieliemeel-sojapapmengsel wel 'n verbetering ten opsigte van die groep se lewenstevredenheid en -kwaliteit gehad het selfs drie maande ná die terminering van groepwerkhuipverlening. Hierdie situasie was gedurende Julie 2001, 'n jaar later, steeds dieselfde.

Tabel 39: Lewenstevredenheidtellings van groep 5 - Potchefstroom

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	37	16	21	50
NA	38	36	2	14
PNB	48	13	35	36

Groep 5 se Positiewe Affek tussen die eerste en tweede meting het van 37 tot 16 verminder en tussen die eerste en derde meting van 37 tot 21. Tussen die derde en vierde meting het dit van 21 tot 50 vermeerder. Die Negatiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 38 tot 36 verminder en tussen die eerste en derde meting van 38 tot 2 verminder. Tussen die derde en vierde meting het dit van 2 tot 14 verminder. Die vermindering van die Positiewe Affek tussen die eerste en derde meting dui daarop dat groepwerkhuipverlening en 'n mieliemeel-sojapapmengsel nie 'n bydrae gelewer het om die lewenstevredenheid van hierdie groep te verbeter nie. Dit het wel tussen die derde en vierde meting verbeter. Die wisseling in die groep se

tellings van lewenstevredenheid kan hoofsaaklik toegeskryf word aan huislike probleme wat die groeplid ervaar het, veral met haar saamleefmaat. Tussen die derde en vierde meting was daar 'n groot verbetering, omdat haar omstandighede tuis weer verbeter het.

Gedurende Julie 2001, 'n jaar later, het hierdie groeplid die navorser meegedeel dat haar omstandighede baie verbeter het. Sy het 'n ander saamleefmaat, en dit is duidelik dat sy in daardie stadium beter versorging geniet het. Volgens dit wat waargeneem kan word, was haar lewenstevredenheid beter aangesien sy vrolik en blymoedig was.

Tabel 40: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 6 - Potchefstroom

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	46	42	47	50
NA	22	28	14	14
PNB	24	14	33	36

Groeplid 6 se Positiewe Affek tussen die eerste en tweede meting het van 46 tot 42 verminder. Tussen die eerste en derde meting het dit van 46 tot 47 vermeerder en tydens die derde en vierde meting het dit van 47 tot 50 toegeneem. Die Negatiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 22 tot 28 vermeerder en tussen die eerste en derde meting van 22 tot 14 verminder. Dit het dieselfde tydens die derde en vierde meting gebly. Die verbetering van die Positiewe Affek en vermindering van die Negatiewe Affek tussen die eerste en derde meting is 'n aanduiding dat groepwerkhelpverlening plus 'n mieliemeel-sojapapmengsel wel die lewenstevredenheid en – kwaliteit van hierdie groeplid verbeter het. Die verbetering van die Positiewe Affek tussen die derde en vierde metings dui daarop dat selfs drie maande nadat groepwerkhelpverlening beëindig is, die lewenstevredenheid en – kwaliteit van hierdie lid steeds verbeter het. Hierdie situasie was steeds gedurende Julie 2001, 'n jaar later, dieselfde.

Tabel 41: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 7 - Potchefstroom

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	34	44	44	34
NA	22	32	16	27
PNB	12	12	28	7

Groeplid 7 se Positiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 34 tot 44 vermeerder. Dit het dieselfde tydens die derde meting gebly, en tydens die derde en vierde meting het dit van 44 tot 34 verminder. Die Negatiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 22 tot 32 vermeerder. Tussen die eerste en derde meting het dit van 22 tot 16 verminder en tydens die derde en vierde meting van 16 tot 27 vermeerder. Die verbetering in die Positiewe Affek en vermindering in die Negatiewe Affek tussen die eerste en derde meting is 'n aanduiding dat die groeplid se lewenstevredenheid deur middel van groepwerkhulpverlening en 'n mieliemeel-sojapapmengsel verbeter het. Die verswakking in die tellings tussen die derde en vierde meting het op 'n agteruitgang in lewenstevredenheid en -kwaliteit gedui.

Hierdie groeplid was tydens die vierde meting baie siek as gevolg van sekondêre infeksies in haar mond en keel. Die navorser het haar aangehoedig om die nodige medikasie te gebruik, gereeld knoffel te eet en toe te sien dat sy 'n gebalanseerde dieet volg. Hierdie groeplid se moeder was bewus daarvan dat sy MIV-positief is. Die moeder het die navorser kom spreek oor die groeplid se gesondheid. Riglyne is aan haar gegee in verband met hoe die groeplid versorg moet word.

Gedurende Julie 2001, 'n jaar later, tydens 'n opvolg byeenkoms met die groeplede, was hierdie groeplid fisies baie gesond. Sy het weer baie energie gehad, het gewig opgetel en weer gelag. Sy het aangedui dat die toekoms weer vir haar positief lyk. Haar lewenstevredenheid en -kwaliteit was uitstekend.

Tabel 42: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 8 - Potchefstroom

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	36	45	49	50
NA	19	18	14	14
PNB	17	27	35	36

Groeplid 8 se Positiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 36 tot 45 vermeerder en vanaf die eerste tot die derde meting van 36 tot 49. Tussen die derde en vierde meting het dit van 49 tot 50 vermeerder. Die Negatiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 19 na 18 verminder en tussen die eerste en derde meting van 19 tot 14. Hierdie syfer het tydens die derde en vierde meting dieselfde gebly. Uit die vermeerdering van die Positiewe Affek en die vermindering van die Negatiewe Affek tussen die eerste en derde metings is dit duidelik dat groepwerkhelpverlening plus 'n mieliemeel-sojapapmengsel beslis 'n verbetering in hierdie groeplid se lewenstevredenheid en –kwaliteit tot gevolg gehad het. Tussen die derde en vierde meting het die Positiewe Affek van 49 tot 50 vermeerde, wat 'n aanduiding is dat die groeplid se lewenstevredenheid en –kwaliteit steeds 'n geringe verbetering getoon het, selfs drie maande nadat groepwerkhelpverlening gestaak is. Hierdie situasie was 'n jaar later nog dieselfde gedurende Julie 2001.

Tabel 43: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 9 - Potchefstroom

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	24	28	23	-
NA	35	20	43	-
PNB	-11	18	-20	-

Hierdie groeplid se Positiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 24 tot 28 vermeerder. Dit het tussen die tweede en derde meting van 28 tot 23 verminder. Geen meting kon in Oktober geneem word nie, aangesien hierdie groeplid ná die derde meting oorlede is. Die Negatiewe Affek tussen die eerste en tweede meting het van 35 tot 20 verminder en tussen die tweede en derde meting van 20 tot 43 vermeerder. Tussen die tweede en derde meting het die Positiewe Affek van 28 tot 23 verminder en die Negatiewe Affek het van 20 tot 43 vermeerder. Dit was tydens hierdie meting duidelik dat hierdie groeplid baie siek was. Hierdie groeplid se omstandighede tuis was baie swak. Sy en haar kinders het geen inkomste gehad nie en per geleentheid is sy deur haar moeder van voedsel en klere voorsien. Niemand tuis het geweet dat hierdie groeplid MIV-positief was nie. Sy het die mieliemeel-sojapapmengsel meestal met haar kinders gedeel.

Die navorser kon daarin slaag om die groeplid te oorreed om haar omstandighede met 'n maatskaplike werker te bespreek. Die navorser kon as gevolg van die feit dat niemand geweet het dat sy MIV-positief is, geen toegang tot haar woonplek kry nie en kon dus geen ondersteuning tuis bied nie. Van die groeplede het haar wel besoek. Die groeplede het die navorser meegedeel dat hierdie groeplid se kinders met positiewe gevolge in pleegsorg by 'n familielid geplaas is ná haar afsterwe.

Twee groeplede van die groep in Potchefstroom, naamlik groeplid 5 en 6, se Positiewe Affek was laer ná die tweede meting. Die tweede meting het plaasgevind nadat die simptome van MIV/VIGS bespreek is en voordat aandag geskenk is aan die verbetering van die groeplede se selfbeeld. Die groeplede het tydens hierdie bespreking oor die simptome van MIV/VIGS besef dat simptome wat hulle ervaar, kenmerkend van sekere fases van MIV/VIGS is en ook dat sommige van hulle familielede, wat ook hul kinders insluit, van hierdie simptome ervaar. Hulle het ook besef dat van hul kinders, familie en vriende wat oorlede is, moontlik aan MIV/VIGS-verwante siektes oorlede is. Hierdie insigte waartoe hulle gekom het, het 'n besliste invloed gehad op hulle lewenstevredenheid en –kwaliteit in soverre hul Positiewe Affek gedaal het en positiewe gevoelens dus verminder het.

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat twee van die groeplede, naamlik groeplid 5 en 9 se Positiewe Affek tydens die derde meting laer was as tydens die eerste meting. Daar kan tot die gevolgtrekking gekom word dat groepwerkhulpverlening plus 'n mieliemeel-sojapapmengsel nie hierdie groeplede se lewenstevredenheid en –kwaliteit verbeter het nie. Groeplid 5 se fisiese gesondheid het ná die groepwerkhulpverlening beëindig is, verbeter. Die Positiewe Affek het toe ook verbeter.

8.8.2 GROEPLEDE IN FOCHVILLE

Tabel 44: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 1 (ontvang kapsules AC) - Fochville

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	35	30	50	50
NA	25	11	22	14
PNB	10	19	28	36

Hierdie groeplid se Positiewe Affek tussen die eerste en tweede meting het van 35 tot 30 verminder. Tussen die eerste en derde meting het dit van 30 tot 50 vermeerder en het dieselfde tydens die vierde meting gebly. Die Negatiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting vanaf 25 tot 11 verminder, tussen die eerste en derde meting van 25 tot 22 verminder en tussen die derde en vierde meting van 22 tot 14 verminder. Daar was dus van die eerste tot die derde meting 'n vermeerdering in die Positiewe Affek en 'n vermindering in die Negatiewe Affek. Hierdie groei dui daarop dat daar 'n verbetering in die lewenstevredenheid van die groeplid plaasgevind het tydens groepwerkhulpverlening en dat hierdie tendens voortgeduur het selfs drie maande nadat groepwerkhulpverlening beëindig is.

Gedurende Julie 2001, 'n jaar later, tydens 'n groepbyeenkoms met die groeplede, was hierdie groeplid steeds baie positief oor die lewe en het 'n stelling gemaak dat sy so gesond is dat sy selfs twyfel of sy wel MIV-positief is. Sy het in daardie stadium steeds 'n voltydse betrekking beklee.

Tabel 45: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 2 (ontvang kapsules AC) - Fochville

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	40	38	42	50
NA	18	28	26	14
PNB	22	10	16	36

Groeplid 2 se Positiewe Affek het tydens die eerste en tweede meting van 40 tot 38 verminder en tussen die eerste en derde meting van 40 tot 42 vermeerder. Tussen die derde en vierde meting het dit van 42 tot 50 vermeerder. Die Negatiewe Affek het tydens die eerste en tweede meting van 18 tot 28 vermeerder, tussen die eerste en derde meting van 18 tot 26 vermeerder, en tydens die derde en vierde meting het dit van 26 tot 14 verminder. Daar was dus vanaf die eerste tot die derde meting 'n vermeerdering in die Positiewe Affek en die Negatiewe Affek, wat daarop dui dat groepwerkhelpverlening en kapsules AC wel die positiewe gevoelens van hierdie groeplid verbeter het. Drie maande nadat groepwerkhelpverlening getermineer is, was daar 'n groter verbetering in die Positiewe Affek en 'n vermindering in die Negatiewe Affek.

Hierdie groeplid het 'n baie sterk en positiewe selfbeeld. Tydens die groepwerkhelpverlening het hierdie groeplid die eerste keer bewus geraak van wat MIV/VIGS behels. Hierdie groeplid wat nog jonk en ongetroud is, het tydens groepwerkhelpverlening die erns van sy siektetoestand besef. Dit was vir hom moeilik om die erns van sy siektetoestand te verwerk. Hy het met die ondersteuning van die groep dit wel verwerk, en daarom was daar groei in lewenstevredenheid tydens die vierde meting. Die navorser het op 'n gereelde basis telefoniese kontak met hierdie groeplid. Hy het 'n betrekking in Johannesburg aanvaar en uit gesprekke met hom is dit duidelik dat hy tans nog steeds gesond is en 'n kwaliteitlewe lei.

Tabel 46: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 3 (ontvang kapsules AC) - Fochville

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	34	45	38	Afwesig
NA	28	35	28	Afwesig
PNB	6	10	10	Afwesig

Hierdie groeplid se Positiewe Affek het van 34 tot 45 vermeerder tussen die eerste en tweede meting en van 34 tot 38 tussen die eerste en derde meting. Die groeplid was nie teenwoordig tydens die vierde meting nie. Die redes is nie bekend nie. Die Negatiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 28 tot 35 vermeerder en tussen die eerste en derde meting dieselfde gebly, naamlik 28. Daar was 'n verbetering in die Positiewe Affek tussen die eerste en derde meting, wat daarop dui dat groepwerkhelpverlening en kapsules AC wel 'n verbetering in die positiewe gevoelens en lewens-tevredenheid van hierdie lid tot gevolg ervaar het. Hierdie groeplid is baie stil en het nie maklik gekommunikeer nie. Sy het baie huislike probleme gehad en moes somtyds by ander persone gaan inwoon. Die invloed wat haar probleme op haar funksionering uitgeoefen het, kan waargeneem word in die Positiewe Affek wat tussen die tweede en derde meting van 45 tot 38 verminder het.

Gedurende Julie 2001, dus 'n jaar later, het die groeplede die navorser meegedeel dat hierdie groeplid gedurende 2000 na Johannesburg verhuis het. Een van die groeplede (groeplid 5) behou kontak met hierdie lid. Volgens groeplid 5 gaan dit goed met hierdie lid en haar omstandighede het skynbaar heelwat verbeter.

Tabel 47: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 4 (ontvang kapsules AC) - Fochville

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	32	35	48	50
NA	28	34	16	15
PNB	4	1	32	35

Groeplid 4 se Positiewe Affek het van 32 tot 35 tussen die eerste en tweede meting vermeerder. Tussen die eerste en derde meting het dit van 32 tot 48 vermeerder en tussen die derde en vierde meting vanaf 48 tot 50. Die Negatiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 28 tot 34 vermeerder en tussen die eerste en derde meting van 28 tot 16 verminder. Daar was 'n aansienlike vermeerdering in die Positiewe Affek en 'n vermindering in die Negatiewe Affek vanaf die eerste tot derde meting wat daarop dui dat groepwerkhuelpverlening en kapsules AC hierdie groeplid se lewenstevredenheid en lewenskwaliteit verbeter het. Hierdie tendens het selfs ná die beëindiging van groepwerkhuelpverlening verbeter, wat daarop dui dat selfs drie maande ná die staking van groepwerkhuelpverlening die lewenstevredenheid van hierdie groeplid steeds verbeter het.

Gedurende Julie 2001, dus 'n jaar later, was hierdie groeplid se lewenstevredenheid nog steeds baie goed. Sy werk nog steeds as huishulp.

Tabel 48: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 5 (ontvang kapsules AC) - Fochville

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	39	47	48	50
NA	24	11	15	17
PNB	15	36	33	33

Hierdie groeplid se Positiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 39 tot 47 vermeerder en tussen die eerste en derde meting van 39 tot 48. Tussen die derde en vierde meting het dit van 48 tot 50 vermeerder. Die Negatiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 24 tot 11 verminder en van 24 tot 15 tussen die eerste en derde meting. Tussen die derde en vierde meting het dit van 15 tot 17 vermeerder. Die vermeerdering in die Positiewe Affek en die vermindering in die Negatiewe Affek tussen die eerste en derde meting dui daarop dat groepwerkhulpverlening en kapsules AC hierdie groeplid se lewenstevredenheid verbeter het. Hierdie verbetering het tydens die vierde meting steeds voortgeduur.

Tydens Julie 2001, dus 'n jaar later, het hierdie groeplid steeds 'n kwaliteit-
lewe gevoer aangesien haar gesondheid asook haar lewenstevredenheid goed was.

Tabel 49: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 6 (ontvang kapsules BD) - Fochville

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	34	30	45	Afwesig
NA	20	20	15	Afwesig
PNB	14	10	30	Afwesig

Groeplid 6 se Positiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 34 tot 30 verminder. Tussen die eerste en derde meting het dit van 34 tot 45 vermeerder. Hierdie groeplid was tydens die vierde meting afwesig. Die redes was onbekend. Die Negatiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting dieselfde gebly, naamlik 20, en tussen die eerste en derde meting van 20 tot 15 verminder. Die verbetering in die Positiewe Affek en die vermindering in die Negatiewe Affek tussen die eerste en derde meting dui daarop dat groepwerkhulpverlening en kapsules BD (plasebo) 'n verbetering in hierdie groeplid se lewenstevredenheid tot gevolg gehad het.

Gedurende Julie 2001, dus 'n jaar later, was hierdie groeplid afwesig. Die ander groeplede het die navorser meegedeel dat sy nie meer in Fochville woon nie. Volgens groeplid 1 gaan dit skynbaar goed met hierdie groeplid.

Tabel 50: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 7 (ontvang kapsules BD) - Fochville

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	36	41	49	48
NA	24	24	13	22
PNB	12	17	36	26

Die Positiewe Affek tussen die eerste en tweede meting van groeplid 7 het van 36 tot 41 vermeerder en tussen die eerste en derde meting van 36 tot 49. Tussen die derde en vierde meting het dit van 49 tot 48 verminder. Die Negatiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting dieselfde, naamlik 24, gebly. Tussen die eerste en derde meting het dit van 24 tot 13 verminder en tussen die derde en vierde meting van 13 tot 22 vermeerder.

Daar was dus 'n vermeerdering in die Positiewe Affek en 'n vermindering in die Negatiewe Affek van hierdie groeplid tussen die eerste en derde meting, wat daarop dui dat groepwerkhulpverlening en kapsules BD wel 'n verbetering

in die lewenstevredenheid van hierdie lid tot gevolg gehad het. Gedurende die drie maande ná groepwerkhulpverlening getermineer is, was hierdie groeplid se lewenstevredenheid steeds goed. Hierdie groeplid was nie in Julie 2001, dus 'n jaar later, teenwoordig by die groepbyeenkoms nie. Volgens die groeplede was haar kind ernstig siek.

Groeplid 7 het tydens die eerste groepbyeenkoms 'n negatiewe houding ingeneem. Sy was wantrouig teenoor die groep. Vanaf die derde groepbyeenkoms het haar houding en gesindheid verander deurdat sy spontaan oor haar probleme begin praat het. Sy het veral na die groepbyeenkoms wat oor selfbeeld gehandel het, 'n groot verbetering ten opsigte van haar gesindheid getoon.

Tabel 51: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 8 (ontvang kapsules BD) - Fochville

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	35	32	46	49
NA	25	33	19	15
PNB	10	-1	27	34

Groeplid 8 se Positiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 35 tot 32 verminder, tussen die eerste en derde meting het dit van 35 tot 46 vermeerder en tussen die derde en vierde meting van 46 tot 49 vermeerder. Die Negatiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 25 tot 33 vermeerder, tussen die eerste en derde meting van 25 tot 19 verminder en tussen die derde en vierde meting van 19 tot 15 verminder. Die verbetering in die Positiewe Affek en vermindering in die Negatiewe Affek tussen die eerste en derde meting dui daarop dat groepwerkhulpverlening en kapsules BD (plasebo) beslis 'n verbetering in die lewenstevredenheid van hierdie groeplid tot gevolg gehad het. Selfs drie maande ná groepwerkhulpverlening getermineer is, het hierdie groeplid se lewenstevredenheid steeds verbeter.

Hierdie groeplid was nie by die groepbyeenkoms gedurende Julie 2001, dus 'n jaar later, teenwoordig nie. Volgens die groeplede werk hierdie groeplid en ervaar hy steeds goeie gesondheid.

Tabel 52: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 9 (ontvang kapsules BD) - Fochville

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets	VIERDE METING OKTOBER 2000 Nátoets
PA	32	33	41	49
NA	33	28	21	18
PNB	-1	5	20	31

Groeplid 9 se Positiewe Affek tussen die eerste en tweede meting het van 32 tot 33 vermeerder. Tussen die eerste en derde meting het dit van 32 tot 41 vermeerder en tussen die derde en vierde meting van 41 tot 49. Die Negatiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 33 tot 28 verminder, tussen die eerste en derde meting van 33 tot 21 en tussen die derde en vierde meting van 21 tot 18. Die verbetering in die Positiewe Affek en vermindering in die Negatiewe Affek tussen die eerste en derde meting dui daarop dat groepwerkhulpverlening en kapsules BD (plasebo) die lewens-tevredenheid van hierdie groeplid verbeter het. Tussen die derde en vierde meting het die Positiewe Affek van 41 tot 49 vermeerder en die Negatiewe Affek van 21 tot 18 verminder wat daarop dui dat die groeplid se lewens-tevredenheid selfs drie maande ná groepwerkhulpverlening getermineer is, steeds verbeter het.

Hierdie groeplid is 'n skoolkind wat dit as traumaties belewe het dat sy MIV-positief is. Sy het die groepwerkhulpverlening baie positief ervaar en gedurende Julie 2001 was dit duidelik dat sy steeds 'n kwaliteitlewe ly. Sy het die navorser meegedeel dat sy voel haar lewe is op die regte spoor en sy voel nie meer soos 'n mislukking nie.

Vyf groeplede, naamlik groeplede 1, 2, 5, 6 en 8, se Positiewe Affek was tydens die tweede meting laer as tydens die eerste meting. Hierdie meting het plaasgevind nadat die simptome van MIV/VIGS bespreek is. Dieselfde rede as by die groep in Potchefstroom geld ook by hierdie groep, naamlik dat groeplede nou vir die eerste keer besef dat van hulle familie, vriende en selfs kinders moontlik MIV-positief is. Hierdie nuwe insigte waartoe hulle gekom het, het waarskynlik 'n invloed op hulle positiewe gevoelens en lewenstevredenheid uitgeoefen.

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat al die groeplede wat kapsules AC en BD (plasebo) ontvang het, se lewenstevredenheid tussen die eerste en derde meting verbeter het. Daar kan tot die gevolgtrekking gekom word dat die toediening van die Sportron Supplement, hoewel slegs 'n plasebo, wel 'n bydrae moes lewer tot die verbetering van MIV/VIGS-pasiënte se lewenstevredenheid en lewenskwaliteit. Daar kan ook aanvaar word dat groepwerk-hulpverlening en 'n Sportron Supplement selfs drie maande nadat dit gestaak is, steeds 'n positiewe effek op hierdie groeplede se lewenstevredenheid en lewenskwaliteit het.

In hierdie groep was daar ook twee lede, naamlik groeplede 10 en 11, wat slegs groepwerk-hulpverlening ontvang het omdat hulle hul tydens die eerste meting nie aangemeld het vir hulpverlening nie. Omdat die ondersoekgroep hulle nie van hulpverlening wou uitsluit nie, is daar besluit om hulle wel by groepwerk-hulpverlening in te sluit. Vervolgens word hierdie twee groeplede se lewenstevredenheid bespreek.

Tabel 53: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 10 (ontvang slegs groepwerkhulpverlening) - Fochville

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets
PA	20	34	46
NA	46	30	16
PNB	-26	4	30

Groeplid 10 se Positiewe Affek het tussen meting een en meting twee van 20 tot 34 vermeerder en tussen die eerste en derde meting van 20 tot 46. Die Negatiewe Affek het tussen meting een en twee van 46 tot 30 verminder en tussen meting een en drie van 46 tot 16 verminder. Daar was dus 'n beduidende groei in die Positiewe Affek en dus die lewenstevredenheid by hierdie groeplid teenwoordig. Hierdie groeplid het die meeste groei van al die groeplede in die groep getoon. Omdat hierdie groeplid, asook groeplid 11, nie in die navorsingsgroep ingesluit was nie, was daar slegs drie metings.

Tydens Julie 2001, dus 'n jaar later, was dit duidelik dat hierdie groeplid se lewenstevredenheid en lewenskwaliteit nog baie goed is. Sy het oor genoeg energie beskik en was baie vrolik.

Tabel 54: Lewenstevredenheidtellings van groeplid 11 (ontvang slegs groepwerkhulpverlening) - Fochville

	EERSTE METING APRIL 2000 Basislyn	TWEEDE METING MEI 2000 Middeltoets	DERDE METING JULIE 2000 Nátoets
PA	22	42	43
NA	46	36	28
PNB	-26	6	15

Groeplid 11 se Positiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van

22 tot 42 vermeerder en tussen die eerste en derde meting van 22 tot 43. Die Negatiewe Affek het tussen die eerste en tweede meting van 46 tot 36 verminder, en tussen die eerste en derde meting van 46 tot 28. Die vermeerdering in die Positiewe Affek en vermindering in die Negatiewe Affek dui daarop dat hierdie groeplid se lewenstevredenheid en –kwaliteit met slegs groepwerkhuulpverlening baie verbeter het.

Gedurende Julie 2001, dus 'n jaar later, was hierdie groeplid se kind van twee jaar baie siek. Uit waarneming wat die navorser gemaak het, het dit voorgekom of die kind moontlik MIV-positief is. Groeplid 11 was in daardie stadium nog gesond. Sy was egter baie bekommerd oor haar kind, hoewel die navorser en die groeplede haar ondersteun het. Sy is aangemoedig om die kennis wat sy opgedoen het, steeds toe te pas en die kliniek gereeld te besoek.

Die groei wat by groeplid 10 en 11, asook by die ander lede tussen die eerste en derde meting plaasgevind het dien as 'n bewys dat groepwerkhuulpverlening beslis 'n bydrae gelewer het in die verbetering van MIV/VIGS-pasiënte se lewenstevredenheid en uiteindelik lewenskwaliteit in Fochville.

Teen die voorafgaande bevindings is dit duidelik dat die navorsing wat onderneem is, wetenskaplike bewyse gelewer het dat groepwerkhuulpverlening wel die lewenstevredenheid en -kwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte kan verbeter. Hierdie navorsing staaf derhalwe Corey en Corey (1997:373) se vermoede dat MIV/VIGS-pasiënte se lewenskwaliteit deur middel van huulpverlening in groepverband kan verbeter.

8.9 SAMEVATTING

In hierdie navorsing is die lewenstevredenheid en –kwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte deur middel van Affectometer 2 (AFM) van Kammann en Flett (1983) bepaal. Deur middel van die resultate wat hiervolgens verkry is, was dit duidelik dat MIV/VIGS-pasiënte in Potchefstroom wat groepwerkhuulpverlening en 'n mieliemeel-sojapapmengsel as huulpverlening ontvang het, se lewenstevredenheid en –kwaliteit oor 'n tydperk van drie maande, vanaf April

tot Julie 2000, beduidend meer verbeter het as MIV/VIGS- pasiënte wat slegs 'n mieliemeel-sojapapmengsel ontvang het. Die verbetering in lewenstevredenheid en –kwaliteit het selfs drie maande nadat groepwerkhulpverlening beëindig is en hulle slegs 'n mieliemeel-sojapapmengsel ontvang het, steeds verbeter. MIV/VIGS-pasiënte wat deurgaans slegs die mieliemeel-sojapapmengsel ontvang het, se lewenstevredenheid en –kwaliteit het slegs 'n geringe verbetering getoon. Daar kan uit hierdie navorsing tot die gevolgtrekking gekom word dat groepwerkhulpverlening plus die toedien van 'n mieliemeel-sojapapmengsel 'n groter positiewe effek op MIV/VIGS-pasiënte se lewenstevredenheid en –kwaliteit het as slegs die toedien van 'n mieliemeel-sojapapmengsel.

In Fochville was MIV/VIGS-pasiënte wat 'n Sportron Supplement AC en BD (plasebo) plus groepwerkhulpverlening ontvang, se verbetering van lewenstevredenheid en –kwaliteit beduidend hoër as dié van MIV/VIGS-pasiënte wat 'n Sportron Supplement AC en BD (plasebo) sonder groepwerkhulpverlening ontvang het.

Uit hierdie navorsing word die afleiding gemaak dat groepwerk-hulpverlening beslis bygedra het om die lewenstevredenheid en –kwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte te verbeter.

HOOFSTUK 9

SAMEVATTENDE BEVINDINGS, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

9.1 BEVINDINGS EN GEVOLGTREKKINGS

Die belangrikste bevindings uit die voorafgaande hoofstukke word vervolgens aan die hand van die navorsingsdoelwitte bespreek. Enkele gevolgtrekkings word daarna gemaak.

9.1.1 MIV/VIGS AS VRAAGSTUK IN SUID-AFRIKA

MIV/VIGS het nie alleen wêreldwyd nie, maar veral in die Sub-Saharastreek in Afrika pandemiese afmetings aangeneem. Kenners beskou MIV-infeksies as een van die ernstigste gesondheidsvraagstukke hier te lande wat mense uit alle lae van die samelewing raak. As gevolg van die feit dat MIV/VIGS 'n nie-aanmeldbare siekte in Suid-Afrika is, word die verspreiding van hierdie siektetoestand verhoog deurdat persone nie hulle MIV-status aan andere hoef te openbaar nie.

Die grootste persentasie infekterings kom voor by persone tussen die ouderdom 15 en 45 jaar. In hierdie navorsing was byna alle respondente jonger as 45 jaar, en sowat 'n kwart was vroue. Dit staaf die bevinding dat vroue vroeër as mans geïnfekteer en dus die meeste deur MIV/VIGS geraak word. Die infektering van babas tydens die geboorteproses het tot gevolg dat baie babas MIV-positief is, wat tot die vroeë afsterwe van hierdie kinders lei. As gevolg van die groot aantal vroue wat MIV-positief is, is die problematiek van VIGS-weeskinders 'n al groter wordende probleem in Suid-Afrika.

Uit hierdie navorsing blyk dit dat daar verskeie oorsake vir die toename in MIV-infeksies in Suid-Afrika is. Van die belangrikste oorsake vir die verspreiding van die MIV-virus is anale en vaginale geslagsomgang. In die

ondersoekgroep was byna 'n driekwart van die respondente ongetroud, wat die kanse vergroot dat MIV/VIGS na meer as een seksmaat oorgedra kan word. Die verspreiding vanaf die moeder na die baba kom ook in 'n groot mate voor.

Armoede speel 'n verneme rol in die verspreiding van MIV/VIGS. Armoedetoestande wat bydra tot die verspreiding van MIV/VIGS, is onder andere werkloosheid, swak toegang tot die onderwys, misdaad soos geweld, migrasie en prostitusie. Hierdie bevinding word deur die navorsing gestaaf deurdat die grootste meerderheid respondente werkloos was en meer as die helfte van die respondente minder as R621,92 per maand verdien.

Die gevolge van MIV/VIGS is omvangryk. Hierdie siektetoestand hou gevolge in vir die fisiese, psigiese, emosionele en maatskaplike funksionering van die individu. Pasiënte ervaar verskeie simptome soos koors, gewigsverlies, asemhalingsprobleme en algehele swakheid. Hierdie probleme beïnvloed die persoon se algemene funksionering, soos om 'n volle dag se arbeid te verrig. Dit beïnvloed ook die individu se maatskaplike funksionering. Individue ervaar nie alleen probleme om binne gesinsverband aanvaar te word en in te skakel nie, maar ook om in die gemeenskap en die werksituasie aanvaar te word.

Die gesin is tans een van die strukture van die samelewing wat waarskynlik die meeste deur MIV/VIGS geraak word. Probleme wat in die gesin ervaar word, is onder andere verlies aan inkomste as gevolg van gesinslede se siektetoestand, die gebruik van kontant vir mediese uitgawes, hoë finansiële uitgawes wat met begrafnisse gepaard gaan en die onttrekking van kinders aan skole om met die versorging van gesinslede behulpsaam te wees en met die aanvul van inkomste. 'n Verdere probleem is die uitbreiding van gesinsgetalle as gevolg van die versorging van weeskinders uit ander gesinne.

Benewens die disintegreer van die gesin ervaar ander maatskaplike sisteme in die gemeenskap ook aansienlike druk. Dit sluit onder andere klinieke, hospitale, mediese en werkloosheidsversekeringskemas, opvoedkundige instellings, nywerhede en kerke in. Die ekonomiese uitwerking van MIV/VIGS

in Suid-Afrika is tans en sal steeds in die toekoms aansienlik wees. Dit word verwag dat MIV/VIGS gaan negatiewe gevolge uitoefen op onder andere die ekonomiese groei van die land, verlaagde produktiwiteit, gebrekkige mannekrag en die finansiële versorging van weeskinders.

Op grond van die voorafgaande bevindings oor MIV/VIGS as vraagstuk in Suid-Afrika, word die volgende gevolgtrekkings gemaak:

- ⇒ Die feit dat MIV/VIGS 'n nie-aanmeldbare siekte in Suid-Afrika is, verhoog die kans op die verspreiding van die MIV-virus aansienlik.
- ⇒ Die infektering van veral persone tussen die ouderdom 15 en 45 jaar sal tot gevolg hê dat daar in die toekoms 'n tekort gaan wees aan 'n jong werkende arbeidsmag.
- ⇒ VIGS-weeskinders se getalle sal toeneem as gevolg van infektering en sterftes van persone in die ouderdomsgroep jonger as 45 jaar.
- ⇒ Armoedetoestande speel 'n deurslaggewende rol in die verspreiding van MIV/VIGS deurdat dit omstandighede skep wat destabiliserend op strukture in die gemeenskap inwerk. Dit oefen dus 'n invloed uit op die verspreiding van die virus.
- ⇒ MIV/VIGS hou omvangryke gevolge in vir die individu, die gesin en die gemeenskap wat met onder andere ingrypende ekonomiese implikasies gepaard gaan.

Uit die bogenoemde is dit duidelik dat die doelwit wat in hierdie ondersoek gestel is, naamlik om die aard en omvang van MIV/VIGS aan te dui, bereik is.

9.1.2 BEHOEFTE VAN DIE MIV/VIGS-PASIËNT

Slegs sowat een derde van die deelnemers aan hierdie navorsing het aangedui dat hulle wel weet wat MIV-positief behels. Uit kwalitatiewe antwoorde wat hulle verstrek het oor wat hulle hieronder verstaan, het dit duidelik geblyk dat hulle kennis baie beperk is. Die respondente het

aangedui dat hulle 'n behoefte ervaar aan meer kennis aangaande die oorsake en die verspreiding van die siekte, asook die simptome daarvan. Die oorgrootte meerderheid van die respondente het 'n behoefte ervaar om meer te wete te kom oor die tipe voedsel wat hulle moet eet. Ander behoeftes wat deur die respondente geïdentifiseer is, is kennis oor medikasie en ander mediese versorging. In die bepaling van die respondente se behoefte aan meer kennis oor die seksuele aspekte van die siektetoestand het meer as die helfte aangedui dat hulle aanvullende inligting benodig. Daarteenoor het die meerderheid van die groep die behoefte uitgespreek om meer kennis in te win oor die voorsorgmaatreëls wat hulle moet tref as hulle geslagsomgang het.

Uit hierdie ondersoek het dit geblyk dat MIV/VIGS-pasiënte verskeie behoeftes ervaar wat hulle emosionele funksionering betref. Die gevoel van hartseer was die emosie wat die meeste respondente ervaar het nadat hulle verneem het dat hulle MIV-positief is. Hierdie emosie is gevolg deur gevoelens van vrees, ongeloof en verwardheid. Woede is slegs deur enkele van die respondente ervaar. Die respondente het voorts die behoefte uitgespreek dat die ondersoeker hulle tydens groepwerkhulpverlening behulpsaam moet wees om gevoelens van angs, hartseer, depressie en woede te hanteer.

Hierdie ondersoek is tot 'n mate gekortwiek deur die respondente se vrees dat hulle MIV-status aan ander persone bekend gemaak sal word. Hierdie vrees word grootliks veroorsaak deurdat hulle tot 'n groot mate deur die gemeenskap verwerp en gestigmatiseer word. Slegs sowat een derde van die respondente het die behoefte uitgespreek om hul kollegas van hul siektetoestand te vertel. Sowat twee derdes het 'n behoefte ervaar om hul familieledede oor hul siektetoestand in te lig. Hierteenoor het minder as die helfte die behoefte uitgespreek om hul eggenoot of eggenotes en vriende in te lig.

Die ondersteuning wat MIV/VIGS-pasiënte van professionele persone soos die maatskaplike werker, sielkundige en predikant ontvang, is gering.

Volgens die respondente is dit hoofsaaklik geneeshere en verpleegpersoneel wat die nodige ondersteuning aan pasiënte bied.

Op grond van die voorafgaande bevindings oor die behoeftes van die MIV/VIGS-pasiënt word die volgende gevolgtrekkings gemaak:

- ⇒ MIV/VIGS-pasiënte uit agtergeblewe gemeenskappe se kennis oor die siektetoestand is baie gering, sodat hulle die behoefte ervaar om meer kennis oor hul siektetoestand te verkry.
- ⇒ MIV/VIGS-pasiënte ervaar heelwat behoeftes op emosionele vlak, soos angs, depressie en woede.
- ⇒ Pasiënte se vrees dat andere van hul siektetoestand bewus mag word en dat hulle daardeur aan verwerping en stigmatisering blootgestel sal word, belemmer in 'n groot mate hulpverlening aan hierdie pasiënte.
- ⇒ MIV/VIGS-pasiënte geniet hoofsaaklik hulp en ondersteuning van geneeshere en verpleegkundiges. Hulpverlening deur maatskaplike werkers, sielkundiges en predikante aan MIV/VIGS-pasiënte is tans baie beperk.

Uit bogenoemde is dit duidelik dat die doelwit, naamlik om die behoeftes van die persoon wat as MIV-positief of met VIGS gediagnoseer is te bepaal, bereik is.

9.1.3 DIE TAAK VAN MAATSKAPLIKE WERK TEN OPSIGTE VAN HULP- VERLENING AAN MIV/VIGS-PASIËNTE

MIV/VIGS-pasiënte kan deur middel van die geïntegreerde benadering en die probleemoplossende proses gehelp word om hulle maatskaplike funksionering te bevorder. Op hierdie wyse lewer maatskaplike werk nie alleen 'n bydrae om hulp aan individue soos die MIV/VIGS-pasiënte te lewer nie maar ook om hulle wanfunksionering te verbeter.

Hulpverlening aan die individu, groep en gemeenskap geskied volgens

bepaalde maatskaplikewerk-beginsels. Die beginsels wat veral van belang is tydens hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt, is aanvaarding, vertroulikheid, individualisering, empatie en selfbeslissing.

Uit hierdie ondersoek het dit duidelik geblyk dat maatskaplike werkers vanweë hulle opleiding ideaal toegerus is om die behoeftes en probleme van individue soos MIV/VIGS-pasiënte te hanteer. Uit hierdie navorsing is bevind dat buiten gevalle- en gemeenskapswerk, groepwerk as metode by uitstek geskik is om hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte te bied. Vaardighede van die maatskaplike werker wat nuttig in hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte deur middel van groepwerk aangewend kan word, is die vermoë om sinvolle verhoudings op te bou, te kommunikeer, te ondersoek en te assesser. Kontraktering speel ook in groepwerk met MIV/VIGS-pasiënte 'n belangrike rol omdat die groeplede hulle hierdeur tot ooreenkomste wat gestel word verbind.

Op grond van die voorafgaande bevindings word die volgende gevolgtrekkings gemaak:

- ⇒ Maatskaplike werk kan deur middel van die geïntegreerde benadering en die probleemoplossende proses hulpverlening aan individue soos die MIV/VIGS-pasiënt lewer wat tot die doeltreffende maatskaplike funksionering van hierdie pasiënte kan lei.
- ⇒ Vanweë die besondere behoeftes van MIV/VIGS-pasiënte is die beginsels van aanvaarding, vertroulikheid, individualisering, empatie en selfbeslissing ideaal geskik om tydens hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt toe te pas.
- ⇒ In hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte veral deur middel van groepwerk speel kontraktering 'n vername rol. Kontraktering is van besondere waarde vir MIV/VIGS-pasiënte, aangesien dit die belangrikheid van vertroulikheid binne die groep beklemtoon.

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat die doelwit om die taak van

maatskaplike werk ten opsigte van hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte te ondersoek wel bereik is.

9.1.4 GROEPWERK MET MIV/VIGS-PASIËNTE

Tydens die ondersoek het die grootste meerderheid van die respondente aangedui dat hulle aan 'n groepwerkhulpverleningsprogram wil deelneem. In Pochefstroom was daar uiteindelik nege MIV/VIGS-pasiënte wat bereid was om deel van groepwerkhulpverleningsprogram te vorm teenoor elf pasiënte in Fochville. Dat slegs twintig pasiënte bereid was om deel te neem aan die program, kan toegeskryf word aan die sterk invloed wat geheimhouding ten opsigte van MIV/VIGS speel.

Hulpverlening geskied deur middel van verskillende fases van die groepwerk-proses waarvan die voorbereidings- of beplanningsfases die eerste stap is. Tydens hierdie fase moet die maatskaplike werker verskeie take uitvoer, soos onder andere 'n deeglike behoeftebepaling, die formulering van doelstellings, bepaling van die soort groep, samestelling van 'n program, selektering en werwing van groeplede, die beplanning van die funksionele aspekte, die voorbereiding van die maatskaplike werker en die groeplede, en die opstel van 'n kontrak.

Op grond van die voorafgaande word onderstaande gevolgtrekkings gemaak:

- ⇒ Indien groepwerk wetenskaplik en op 'n professionele wyse toegepas word, kan hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte as 'n ideale metode beskou word wat tot die doeltreffende maatskaplike funksionering van MIV/VIGS-pasiënte lei.
- ⇒ MIV/VIGS-pasiënte ervaar wel 'n behoefte aan groepwerkhulpverlening, maar hul deelname word beperk deurdat MIV/VIGS tans as 'n nie-aanmeldbare siekte in Suid-Afrika geag word.
- ⇒ Groepwerk as metode se doel om individue in groepverband te lei tot doeltreffende maatskaplike funksionering, is beslis haalbaar met

MIV/VIGS-pasiënte.

- ⇒ Indien groepwerkhulpverlening sinvol aan MIV/VIGS-pasiënte gelewer wil word, moet die beplanningsfase van die groepwerkproses deeglike aandag van die maatskaplike werker geniet.
- ⇒ 'n Deeglike behoeftebepaling moet onderneem word rakende die behoeftes van MIV/VIGS-pasiënte alvorens hulpverlening kan begin, aangesien die hulpverleningsprogram in die behoeftes van hierdie pasiënte moet voorsien.
- ⇒ Deeglike voorbereiding van die maatskaplike werker is noodsaaklik tydens groepwerkhulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte. Hierdie voorbereiding geskied ten opsigte van die maatskaplike werker se emosionele beleving van die siekte, kennis van die onderwerpe wat bespreek word, voorbereiding ten opsigte van die funksionele aspekte, kennis van elke individu se omstandighede en die leefwêreld van hierdie pasiënte asook voorbereiding vir elke groepbyeenkoms.
- ⇒ Die opstel van 'n werkooreenkoms of 'n kontrak waarin veral ooreengekom word om vertroulikheid te handhaaf, is noodsaaklik indien hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte in groepverband gelewer wil word. Groeplede word hierdeur grootliks gerus gestel.

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat die doelwit, naamlik om die taak van groepwerk te ondersoek, wel bereik is.

9.1.5 'N GROEPWERKHULPVERLENINGSPROGRAM MET MIV/VIGS-PASIËNTE

Groepwerkhulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte kan tydens dertien groepbyeenkomste verleen word. Tydens hierdie groepbyeenkomste is nie alleen hulle kennis ten opsigte van MIV/VIGS verbreed nie, maar hulle het ook vaardighede aangeleer oor die wyses waarop hulle met hierdie siekte-toestand maatskaplik doeltreffend kan funksioneer. Die groep dien ook

as 'n steunstelsel vir die groeplede, deurdat hulle in die groep nie alleen bewus word van mekaar se probleme nie maar ook aan mekaar die nodige ondersteuning bied.

Omdat dit geblyk het dat die kennis van die groeplede ten opsigte van MIV/VIGS uiters beperk is, moes kennis deur middel van visuele hulpmiddels oorgedra word om te verseker dat MIV/VIGS-pasiënte uit agtergeblewe gemeenskappe wel die nodige insig bekom.

MIV/VIGS-pasiënte se kennis oor die rol wat seksuele omgang speel in die verspreiding van VIGS, is tot 'n groot mate voldoende. Hulle kennis oor die rol wat alkohol en dwelms speel ten opsigte van die verspreiding van die virus, was egter beperk asook oor die wyses waarop die virus van die moeder na die kind oorgedra word.

Die groeplede se kennis oor die fases en simptome van MIV/VIGS is uiters beperk. Tydens die oordra van hierdie kennis moes groeplede die geleentheid gebied word om te ontlaai. Dit was nodig omdat hulle dikwels vir die eerste keer gekonfronteer word met kennis oor die erns van hierdie siektetoestand en die fase waarin hulle of ander persone wat aan hulle bekend is, verkeer.

MIV/VIGS-pasiënte se kennis oor wat 'n gebalanseerde dieet inhou asook die waarde van oefeninge, is beperk. Hierdie pasiënte besef nie die rol wat 'n gebalanseerde dieet en liggaamsoefeninge speel in die verlenging van hul lewe en om hul lewenskwaliteit te verhoog nie.

MIV/VIGS-pasiënte het as gevolg van verwerping en stigmatisering dikwels 'n swak selfbeeld. Vir pasiënte uit agtergeblewe gemeenskappe is die term "selfbeeld" dikwels 'n onbekende begrip. Hulle beskik nie oor die insig van die waarde van die noodsaaklikheid van 'n positiewe selfbeeld, nie slegs vir hulle as persoon nie, maar ook as MIV/VIGS-pasiënt. Baie klem moet op hierdie pasiënte se positiewe eienskappe gelê word, aangesien dit hulle help om beter in hulle gemeenskappe te funksioneer.

MIV/VIGS-pasiënte uit agtergeblewe gemeenskappe besef nie altyd die noodsaaklikheid van besluitneming in die beplanning vir die toekoms nie. Hierdie pasiënte neem nie altyd die nodige besluite ten opsigte van veral die versorging van hulle kinders as hulle te sterwe kom nie. MIV/VIGS-pasiënte, veral in swart gemeenskappe, kom moeilik tot die besluit om andere oor hul siektetoestand in te lig.

Die familie van die MIV/VIGS-pasiënt speel 'n vername rol in die versorging en ondersteuning van die pasiënt. Dit is veral die familie wat ná die afsterwe van die pasiënt die versorging van die pasiënt se kinders moet behartig. Dit hou weer gevolge op finansiële gebied in. In hierdie navorsing is bevind dat MIV/VIGS-pasiënte selfs nie die mense die naaste aan hulle, soos hulle eggenoot, eggenote, familie of vriende, oor hul siektetoestand inlig nie. Geheimhouding veral in die swart gemeenskap is 'n wesenlike probleem.

MIV/VIGS-pasiënte uit agtergeblewe gemeenskappe ervaar baie spanning. Faktore wat aanleiding daartoe gee, is onder andere probleme oor finansies, behuising, verhoudings, veral ten opsigte van huweliks- of saamleefmaats, voldoende voeding as gevolg van finansiële probleme, siektetoestande wat by hul kinders, familie en hulself voorkom, asook die toenames van sterftes by familie en vriende. Hierdie omstandighede wat verband hou met armoede, skep vir MIV/VIGS-pasiënte probleme, wat veroorsaak dat hulle fisiese en psigiese versorging nie na wense is nie. As gevolg van die armoedesituasie waarin hierdie persone verkeer, het hulle nie toegang tot voldoende gebalanseerde voeding en mediese sorg nie. Hierdie toedrag van sake belemmer hulpverlening aan sulke persone.

Uit hierdie navorsing het dit duidelik geblyk dat godsdiens en geloof 'n vername rol in die funksionering van die groeplede speel. Die feit dat hulle 'n ongeneeslike siektetoestand onder lede het, lei daartoe dat hulle 'n behoefte ervaar aan verdieping wat hulle geloofslewe betref.

Uit die evaluering van die effek wat die groepwerkhelpverleningsprogram vir hulle ingehou het, was dit duidelik dat hierdie program onteenseglik meegewerk het tot die verbetering van hulle lewenstevredenheid en –

kwaliteit. Hoewel al die onderwerpe wat bespreek is, baie hoog deur die lede aangeslaan is, was dit die onderwerpe oor die hantering van spanning en die rol wat godsdiens en geloof in hul lewe speel, wat veral vir hulle van waarde was.

Op grond van die bevindings uit hierdie navorsing oor behoeftes van MIV/VIGS-pasiënte blyk dit duidelik dat groepwerk as 'n metode van maatskaplike werk 'n noodsaaklike funksie ten opsigte van die volgende kan vervul:

- ⇒ Die verkryging van kennis en insig aangaande die aard van MIV/VIGS, die dieet van die pasiënt, noodsaaklike oefeninge asook die pasiënt se selfbeeld en die neem van besluite deur die pasiënt.
- ⇒ Die motivering van groeplede om hulle naasbestaendes soos gesins- en familielede in te lig oor hulle MIV/VIGS-status. Begrip word by die laasgenoemde bevorder veral met die oog op die versorging van kinders van MIV/VIGS-pasiënte.
- ⇒ Die vername rol wat godsdiens en geloof in die pasiënt se lewe speel.
- ⇒ Die onderwerpe wat bespreek is tydens groepwerkhulpverlening, was baie effektief in die verbetering van die MIV/VIGS-pasiënte se lewenskwaliteit, aangesien dit deur die groeplede hoog aangeslaan is.

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat die doelwit, naamlik om die vereistes vir die samestelling van 'n groepledehulpverleningsprogram te ondersoek, wel bereik is.

9.1.6 DIE EVALUERING VAN MIV/VIGS-PASIËNTE SE LEWENSTEVREDENHEID EN -KWALITEIT

Die benutting van Affectometer 2 (AFM) as meetinstrument bied 'n weer-gawe van die lewensvrede en ook die -kwaliteit van persone. Die metingskaal kan binne 5 minute afgehandel word, maar in die geval van

respondente uit agtergeblewe gemeenskappe en ook ongeskoolde persone neem dit ongeveer twintig minute om hierdie metingskaal te implementeer. Vir ongeskoolde persone moet daar dikwels by die invul van elke item heelwat verduidelik word wat daarmee bedoel word. In gevalle waar van tolke of veldwerkers gebruik gemaak word, gaan die essensie van wat met die item bedoel word, soms verlore. Die gebruik van hierdie metingskaal, alhoewel betroubaar en geldig, is dus nie altyd die geskikste om lewenskwaliteit te bepaal by persone uit agtergeblewe gemeenskappe wat nie kan lees of skryf nie.

In hierdie navorsing is bevind dat groepwerkhulpverlening plus die toediening van 'n mieliemeel-sojapapmengsel ná drie maande 'n beduidende verskil in die lewenstevredenheid en –kwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte in Potchefstroom gehad het. Hierdie situasie het selfs drie maande nadat groepwerkhulpverlening beëindig is en pasiënte slegs die mieliemeel-sojapapmengsel ontvang het, voortgeduur.

MIV/VIGS-pasiënte in Potchefstroom wat slegs 'n mieliemeel-sojapapmengsel sonder groepwerkhulpverlening ontvang het, se lewenstevredenheid het ná drie maande slegs 'n geringe verbetering getoon. Ses maande ná die toediening van slegs 'n mieliemeel-sojapapmengsel was die lewenstevredenheid van hierdie groep pasiënte nog minder.

Die toediening van twee Sportronkapsules (Phytogard en Ultragard) plus groepwerkhulpverlening het binne drie maande 'n groter verbetering in die lewenstevredenheid en –kwaliteit van MIV/VIGS-pasiënte in Fochville gehad as pasiënte uit dieselfde gemeenskap wat slegs twee Sportronkapsules (Phytogard en Ultragard) sonder groepwerkhulpverlening gedurende hierdie tydperk ontvang het. Drie maande nadat groepwerkhulpverlening gestaak is en die pasiënte slegs die twee Sportronkapsules (Phytogard en Ultragard) ontvang het, was die lewenstevredenheid van die pasiënte wat groepwerkhulpverlening ontvang het, steeds baie hoër as dié van pasiënte wat slegs twee Sportronkapsules (Phytogard en Ultragard) ontvang het.

MIV/VIGS-pasiënte in Fochville wat twee verskillende Sportronkapsules

(plasebo) plus groepwerkhulpverlening ontvang het, se lewenstevredenheid en –kwaliteit het binne drie maande 'n groter verbetering getoon as pasiënte wat slegs twee verskillende Sportronkapsules (plasebo) ontvang het. Selfs drie maande nadat groepwerkhulpverlening beëindig is, was die verskil in lewenstevredenheid en –kwaliteit van pasiënte wat groepwerkhulpverlening plus twee verskillende Sportronkapsules (plasebo) ontvang het, beduidend hoër as dié van pasiënte wat slegs twee verskillende Sportronkapsules (plasebo) ontvang het.

Die positiewe gevoelens en lewenstevredenheid van sewe van die nege groeplede in Potchefstroom het gedurende groepwerkhulpverlening verbeter. Twee groeplede se positiewe gevoelens en lewenstevredenheid het gedurende groepwerkhulpverlening verswak. Hierdie toedrag van sake kan hoofsaaklik toegeskryf word aan sekondêre infeksies wat by hierdie lede ingetree het. Een van hierdie twee lede is oorlede voordat die volgende meting plaasgevind het. Selfs drie maande nadat groepwerkhulpverlening beëindig is, was die groeplede in Potchefstroom se lewenstevredenheid en –kwaliteit steeds goed.

Die positiewe gevoelens en lewenstevredenheid van al die groeplede in Fochville wat groepwerkhulpverlening ontvang het, het tydens hulpverlening verbeter. Hierdie verbetering het selfs drie maande nadat groepwerkhulpverlening getermineer is, steeds by sewe van die groeplede voortgeduur. Twee van die groeplede was tydens die laaste meting afwesig. Twee van die groeplede se meting kon nie by die laaste meting geneem word nie, aangesien hulle nie deel van die navorsingsprojek was nie.

Uit die voorafgaande word die volgende gevolgtrekkings gemaak:

- ⇒ Alhoewel Affectometer 2 (AFM) betroubaar en geldig is om die of lewenstevredenheid en –kwaliteit van persone te meet, vind ongeskoolde persone uit agtergeblewe gemeenskappe dit dikwels moeilik om te verstaan wat met elke item bedoel word, en heelwat verduideliking moet plaasvind. Genoegsame tyd moet ingeruim word om elke item te verduidelik.

- ⇒ Die benutting van 'n tolk of 'n veldwerker het tot gevolg dat die essensie van wat met 'n item bedoel word, dikwels verlore gaan.
- ⇒ Groepwerkhulpverlening dra beslis by tot die verbetering van MIV/VIGS-pasiënte se lewensvrede en -kwaliteit.

9.2 AANBEVELINGS

Op grond van die voorafgaande bevindings en gevolgtrekkings word die volgende aanbevelings gemaak:

- ⇒ Die wyse waarop kennis deur die verskillende instansies aan persone in die gemeenskap aangaande MIV/VIGS oorgedra word, moet op 'n meer aggressiewe wyse geskied as wat tans die geval is. Die oordra van hierdie kennis moet deur middel van alle beskikbare media gebruik maak. Dit sluit onder andere die radio, televisie, pers en teater in.
- ⇒ Wanneer kennis oorgedra word, moet daar nie hoofsaaklik op die rol wat seks in die verspreiding van MIV/VIGS speel, gefokus word nie. Daar behoort veral ook op morele waardes en norme van die samelewing gefokus te word asook die rol wat alkohol- en dwelmmisbruik speel in die verspreiding van MIV/VIGS. Individue moet tot die besef gebring word dat MIV/VIGS 'n siektetoestand is wat deur gebrekkige waardes en norme veroorsaak word.
- ⇒ Maatskaplike werkers behoort baie meer tot hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënt toe te tree as wat tans die geval is. Die maatskaplike werker beskik oor die nodige kundigheid en vaardigheid om deur middel van al die primêre metodes hierdie pasiënte tot doeltreffende maatskaplike funksionering te lei. Groepwerk as metode is veral geskik om hierdie pasiënte te ondersteun. In samewerking met die geneeskundige span by hospitale en klinieke kan hulp verleen word met pre- en nátoetsberaad. Emosionele toestande van onder andere angs en depressie kan hanteer word, wat sal lei tot die verbetering van die maatskaplike funksionering van die pasiënt asook die gesin en

familie van die pasiënt.

- ⇒ Maatskaplike werkers moet in samewerking met geneeskundige spanne by klinieke en hospitale MIV/VIGS-pasiënte identifiseer wat deur middel van groepwerk gelei kan word tot 'n lewe van goeie gehalte. In die samestelling van hierdie groepe moet lede geselekteer word wat MIV-positief is maar nog nie VIGS het nie.
- ⇒ 'n Groepwerkhulpverleningsprogram moet gebaseer word op die behoeftes wat die MIV/VIGS-pasiënte ervaar. Die behoeftebepaling kan geskied deur middel van 'n onderhoudskedule. Hierdie skedule moet verkieslik deur die maatskaplike werker self ingevul word, omdat dit verseker dat laasgenoemde wel die inligting bekom wat nodig is om die behoeftes te bepaal.
- ⇒ Op grond van die behoeftes wat geïdentifiseer is, moet die maatskaplike werker die beplanning van 'n groepwerkhulpverleningsprogram onderneem. Maatskaplike werkers moet in die beplanning van die hulpverleningsprogram ten opsigte van pasiënte uit agtergeblewe gemeenskappe veral aandag skenk aan die plek waar hierdie groepbyeenkomste gaan plaasvind. Die MIV/VIGS-pasiënt is daarop gesteld dat andere nie moet weet dat hy of sy MIV-positief is nie. Om hierdie rede moet die plek waar die groepbyeenkomste plaasvind, die nodige privaatheid aan pasiënte bied.
- ⇒ Maatskaplike werkers moet 'n kontrak opstel tydens groepwerkhulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte. In die kontraksluiting moet veral aandag geskenk word aan die beginsel van vertroulikheid. Die MIV/VIGS-groeplid wil verseker wees dat ander lede in die groep asook die maatskaplike werker nie aan andere sal vertel dat hy of sy MIV-positief is nie. Die maatskaplike werker moet deurgaans daarop let dat hierdie beginsel in die groep gehandhaaf word.
- ⇒ In die beplanning van 'n groepwerkhulpverleningsprogram vir MIV/VIGS-pasiënte uit agtergeblewe gemeenskappe is program-

aktiwiteite wat bespreek moet word, onder andere die volgende:

- **Kennis oor die aard van MIV/VIGS.** MIV/VIGS-pasiënte uit agtergeblewe gemeenskappe se kennis oor die aard van MIV/VIGS asook die wyse waardeur die virus versprei word, is dikwels baie beperk. Maatskaplike werkers mag nie bloot aanvaar dat pasiënte se kennis voldoende is nie, maar deur middel van 'n behoeftebepaling moet bepaal word oor watter kennis hierdie persone beskik.
- **Kennis oor die simptome van die siektetoestand.** Omdat hierdie pasiënte nie altyd toegang tot bronne het waardeur hulle kennis verbreed kan word nie, is hulle kennis aangaande die simptome van MIV/VIGS dikwels beperk. Tydens die oordra van kennis moet maatskaplike werkers aan die groeplede die geleentheid bied om te ontlaai, omdat hierdie kennis dikwels emosies van hartseer, vrees en skok by hulle tot gevolg het. Hulle beseft nie altyd dat hulle of hul families reeds hierdie simptome ervaar nie. Baie ondersteuning moet aan hulle gebied word ten einde hulle te help om hierdie emosies te verwerk.
- **Die rol wat voeding en liggaamsoefeninge speel in die verbetering van die lewenskwaliteit.** MIV/VIGS-pasiënte uit agtergeblewe gemeenskappe is finansieel nie in staat om medikasie wat geskik is vir die behandeling van MIV/VIGS aan te koop nie. Om hierdie rede moet die nodige inligting oor 'n gebalanseerde dieet binne die finansiële vermoëns van groeplede verskaf word. Dit geld ook vir die noodsaaklikheid van liggaamsoefeninge. Pasiënte moet deur middel van demonstrasies gehelp word om op die korrekte wyse hierdie liggaamsoefeninge uit te voer.
- **Selfbeeldprobleme.** MIV/VIGS-pasiënte ervaar as gevolg van

verwerping en stigmatisering dikwels selfbeeldprobleme. Indien MIV/VIGS-pasiënte se selfbeeld verbeter, is hul kanse op 'n beter lewenskwaliteit ook aansienlik beter.

- **Die rol wat familie en vriende in die MIV/VIGS-pasiënt se lewe speel.** Maatskaplike werkers moet MIV/VIGS-pasiënte deur middel van groepwerk toerus met vaardighede om hul MIV/VIGS-status aan andere mee te deel, veral hul familie en vriende. Hierdie pasiënte moet tot insig gelei word oor die noodsaaklikheid dat hul familie en vriende van hul MIV-status moet weet, omdat dit hierdie persone is wat hulle moet versorg en ondersteun as hulle in die finale fase van VIGS verkeer.
- **Die hantering van spanning.** MIV/VIGS-pasiënte uit agtergeblewe gemeenskappe ervaar baie spanning weens die gevolge wat MIV/VIGS op hul maatskaplike funksionering uitoefen. Praktiese riglyne moet aan die pasiënte verskaf word oor die wyse waarop spanning hanteer moet word. In hierdie verband kan ook met sukses van die hulp van sielkundiges gebruik gemaak word.
- **Die rol wat godsdienste en geloof speel.** Indien MIV/VIGS-pasiënte binne groepverband 'n behoefte ervaar om wel oor hierdie onderwerp te praat, moet die maatskaplike werker dit nie ignoreer nie, maar dit in die program insluit. MIV/VIGS-pasiënte besef dat hulle siektetoestand ongeneeslik is. Hierdie besef bring 'n verdieping mee in hul geloofslawe.

⇒ Tydens die implementering van 'n groepwerkhulpverleningsprogram vir MIV/VIGS-pasiënte uit agtergeblewe gemeenskappe moet daar veral van plakkate as hulpmiddels gebruik gemaak word. In sommige van hierdie gemeenskappe kom voldoende fasiliteite en apparaat om moderne visuele hulpmiddels te gebruik, dikwels nie voor nie.

⇒ Evalueringsvraelyste moet saamgestel word volgens die individuele

vermoëns van groeplede. Individue uit agtergeblewe gemeenskappe moet, indien hulle self die vraelys moet invul, daarmee gehelp word. Die terme wat in die vraelys gebruik word, moet aan hierdie persone bekend wees.

- ⇒ Slegs 'n driepuntmetingskaal behoort gebruik te word by ongeletterde persone uit agtergeblewe gemeenskappe. Indien die pasiënte tussen meer as drie stellings 'n keuse moet maak, skep die invul van die metingskaal vir hulle probleme.
- ⇒ Universiteite en ander instellings soos welsynsorganisasies behoort verdere navorsing soos die volgende te onderneem:
 - Aangesien MIV/VIGS dikwels met armoede gepaard gaan, moet die uitwerking van armoede op die verspreiding van MIV/VIGS omvattend ondersoek word. So 'n ondersoek behoort veral die vernaamste oorsaaklike faktore van MIV/VIGS uit te lig, sodat programme ter voorkoming van MIV/VIGS hierop kan fokus.
 - Die waarde van 'n groepwerkhulpverleningsprogram vir die familie van MIV/VIGS-pasiënte moet ondersoek word. Die gesin en familie speel 'n noodsaaklike rol in die versorging van die MIV/VIGS-pasiënt tuis asook ten opsigte van die versorging van die kinders van hierdie pasiënte wat wees agtergelaat word.
 - Die houding, gesindheid en betrokkenheid van maatskaplike werkers by hulpverlening aan die MIV/VIGS-pasiënte moet deur middel van navorsing ondersoek word. In sulke ondersoeke moet gefokus word op probleme wat in die praktyk ervaar word ten opsigte van hulpverlening aan hierdie pasiënte, aangesien maatskaplike werkers in hierdie navorsing nie 'n beduidende rol gespeel het ten opsigte van hulpverlening aan MIV/VIGS-pasiënte nie. MIV/VIGS-pasiënte het in hierdie navorsing aangedui dat hulle 'n behoefte aan hulpverlening deur die maatskaplike werker ervaar.

- Metingskale moet ontwikkel word deur maatskaplike werkers en ander navorsers wat met sukses op die ongeskoolde individu in agtergeblewe omstandighede in Suid-Afrika benut kan word.

⇒ Om die verspreiding van MIV/VIGS in Suid-Afrika te verhoed en dit op 'n wetenskaplike wyse te behandel, sal die Staat daadwerklike pogings moet aanwend om alle aktiwiteite in die land wat hierop betrekking het op 'n doeltreffende wyse te koördineer. Dit kan onder andere op die volgende wyse geskied:

- Duidelike en omvangryke beleid oor MIV/VIGS.
 - * MIV/VIGS moet as 'n aanmeldbare siekte in Suid-Afrika verklaar word.
 - * Die bekamping van armoede.
 - * Voldoende behuising.
 - * Toegang tot doeltreffende mediese versorging.
 - * Toelaes vir die versorging van MIV/VIGS-weeskinders.
- Maatskaplike werkers in diens van die Staat moet betrokke raak by 'n groepwerkhulpverleningsprogram soos in die navorsing voorgestel.
- Die Staat moet self navorsing doen oor die verband tussen armoede en VIGS, of navorsingsprojekte aan universiteite en ander instellings soos welsynsorganisasies aanmoedig en finansier.

BIBLIOGRAFIE

- AIRHIHENBUWA, C.O., MAKINWA, B. & OBREGON, R. 2000. Toward a new communications framework for HIV/AIDS. *Journal of health communication*, 5:S101-S111.
- ANDERSON, J. 1997. *Social work with groups: a process model*. New York : Longman.
- ANDERSON, J. 2000. *A guide to the clinical care of women with HIV*. Washington : U.S. Governmental Printing Office.
- ANDREWS, H.B. 1995. *Group design and leadership: strategies for creating successful common-theme groups*. London : Allyn and Bacon.
- ANON. 2000. Dorings en Rose. *Kampusnuus: personeelblad van die PU vir CHO*, (15):4, Sept. 15.
- ANON. 2000. Vigsopvoeding gestrem. *Beeld*:8, Okt. 25.
- ANON. 2001. MIV/Vigs, armoede hand aan hand - PU. *Provinsiale Beeld*:15, Jun. 16.
- ARANDA-NARANJO, B. & DAVIS, R. 2000. Psychosocial and cultural considerations. (*In Anderson, J., ed. 2000. A guide to the clinical care of women with HIV. Washington : US Governmental Printing Office. p. 269-282.*)
- ARON, J.M. 1994. Optimization of nutritional support in HIV disease. (*In Watson, R.R., ed. Nutrition and AIDS. London : CRC Press. p. 215-233.*)
- BABBIE, E. 1992. *The practice of social research*. Belmont : Wadsworth.
- BABBIE, E. 2001. *The practice of social research*. London : Wadsworth/ Thomson Learning.
- BAILEY, K.D. 1994. *Methods of social research*. New York : The Free Press.

- BALETA, A. 1998. Concern voiced over "dry sex" practices in South Africa. *Aids scan*, 10(4):14, Dec.
- BARKER, R.L. 1997. *The social work dictionary*. Washington : NASW Press.
- BARNETT, T. & BLAIKIE, P. 1992. *AIDS in Africa: it's present and future impact*. London : Belhaven Press.
- BECKER, R.A. 1991. *Don't talk, don't trust, don't feel family: our family secrets*. Deerfield Beach : Health Communications.
- BERNSTEIN, A.J. & VAN ROOYEN, C.A.J. 1994. Socialcultural factors and their importance in working with people with AIDS in South Africa. *Social work/Maatskaplike werk*, 30(4):375-382, Oct.
- BLOOM, M. & FISCHER, J. 1982. *Evaluating practice: guidelines for the accountable professional*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.
- BOHRNSTEDT, G.W. & KNOKE, D. 1988. *Statistics for social data analysis*. Itasca : Peacock Publishers.
- BURNS, R. 1988. *Coping with stress*. Johannesburg : Maskew Miller Longman.
- BUTLER, S. & WINTRAM, C. 1993. *Feminist group work*. London : Sage Publications.
- CILLIERS, E. 1988. *Ons gesin in die kol*. Pretoria-Wes : Gutenberg Boek-drukkers.
- CILLIERS, S.P. 1973. *Maatskaplike navorsing*. Stellenbosch : Kosmo-uitgewer.
- CLATTS, M.C. 1994. Anthropology and AIDS prevention: the dangers of attempts at social control highlighted. *Aids scan*, 6(4):12-13, Dec.
- COLLINS, K.J. 1990. Social work research. (*In* McKendrick, B., ed. Intro-

duction to social work in South Africa. Pretoria : HAUM. p. 250-286.)

COMPTON, B.R. & GALAWAY, B. 1994. Social work processes. Pacific Grove : Brooks/Cole.

COMPTON, B.R. & GALAWAY, B. 1999. Social work processes. Pacific Grove : Brooks/Cole.

COREY, M.S. & COREY, G. 1997. Groups: process and practice. London : Brooks/Cole.

COURNOYER, B. 1996. The social work skills workbook. London : Brooks/Cole.

CRAIG, A.P., GRIESEL, H. & WITZ, L.D. 1994. Conceptual dictionary. Durban : Juta.

DANE, F.C. 1990. Research methods. Pacific Grove : Brooks Cole.

DE BRUYN, P.J. 1990. VIGS en menslike gedrag: 'n teologies-etiese beoordeling. *Koers*, 55(3):357-375, Sept.

DE LANGE, L. 2000. Nog VIGS-skokke wag op SA. *Beeld*:11, Sept. 6.

DE VOS, A.S. & FOUCHÉ, C.B. 1998. General introduction to research design, data collection methods and data analysis. (In De Vos, A.S., red. Research at grass roots: a primer for the caring professions. Pretoria : Van Schaik. p. 76-94.)

DE VOS, A.S., SCHURINK, E.M. & STRYDOM, H. 1998. The nature of research in the caring professions. (In De Vos, A.S., ed. Research at grass roots: a primer for the caring professions. Pretoria : Van Schaik. p. 11-22.)

DEPARTMENT OF HEALTH kyk SOUTH AFRICA.

DEPARTMENT OF WELFARE kyk SOUTH AFRICA.

DETROYER, M.J. 2000. Think of exercise as medicine. *Numed*, 3(1):37-38.

- DORFMAN, W.I. & HERSEN, M. 2001. Understanding psychological assessment. London : Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- DU BOIS, B. & MILEY, K.K. 1999. Social work: an empowering profession. London : Allyn and Bacon.
- DU PREEZ, L. 1999. Baie Mense in Noordwes het HIV/VIGS. *Provinsiale Beeld*:4, Mei. 16.
- DU PREEZ, L. 2000. Statistieke oor jeugseks skok. *Provinsiale Beeld*:14, Aug. 11.
- DU PREEZ, L. 2001. Noordwes pak armoede. *Provinsiale Beeld*:15, Aug. 27.
- DU PREEZ, M.S.E. 1986. Maatskaplike groepwerk: teorie en praktyk. Johannesburg : Keartland Press.
- DU PREEZ, M.S.E. & ALPASLAN, A.H. 1992. Die gebruik van funksionele hulpmiddels in maatskaplike werk. *Maatskaplike werk/Social work*, 28(1):19-27, Mar.
- DUPREE, J.D. 1992. AIDS-prevention in Sub-Saharan-Africa. (*In Institute of World Concerns. AIDS and your responses: papers read at the International Conference of the IWC held at Midrand on 11-14 November 1992. Midrand. p. 33-42.*)
- ECKLEY, S.C.A. 1979. Die beplanning van maatskaplike groepwerk. Potchefstroom : Pro Rege.
- EDELL, M. 1998. Replacing Community: establishes linkages for women living with HIV/AIDS - a group work approach. *Social work with groups*, 21(3):49-62.
- EDELSTON, K. 1988. AIDS: countdown to doomsday. Johannesburg : Media House Publishers.
- ELOFF, D.J. 1976. Mensbeskouing in maatskaplike werk. (*In Pieterse,*

J.E., *red.* Maatskaplike werk – 'n algemene inleiding. Pretoria : Academica. p. 68-88.)

ENGELBRECHT, J.F.P. 1989. Die gemeenskapsontwikkelingsmodel en die toepasbaarheid daarvan in geletterde en ongeletterde gemeenskappe. *Maatskaplike werk/Social work*, 25(1):28-43, Mar.

ENWONWU, C.O. & WARREN, R.C. 1994. Nutrition and AIDS in Africa. (*In* Watson, R.R., *ed.* Nutrition and Aids. London : CRC Press. p. 17-32.)

ESU-WILLIAMS, E. 2000. Gender and HIV/AIDS in Africa – our hope lies in the future. *Journal of health communication*, 5:S123-S126.

EVIAN, C. 2000. Primary AIDS Care: a practical guide for primary health care personnel in the clinical and supportive care of people with HIV/AIDS. Johannesburg : Jacana Education.

EZZY, D. & DE VISSER, R. 1999. Poverty, disease progression and employment among young people living with HIV/AIDS in Australia. *Aids care*, 11(4):405-415.

FIELDS-GARDNER, M.S., THOMSON, C.A. & RHODES, S.S. 1997. A clinical guide to nutrition in HIV and AIDS. Chicago : The American Dietetic Association.

FOUCHÉ, C.B. & DE VOS, A.S. 1995. Hulpverlening aan persone met MIV-infeksie. *Maatskaplike werk/Social work*, 31(4):293-304, Okt.

FOURIE, J. 1996. 'n Maatskaplikewerk-ondersoek na rouSMARTbegeleiding van ouers na afsterwe van 'n kind. Potchefstroom : PU vir CHO. (Verhandeling - MA.) 292 p.

GARVIN, C.D. 1997. Contemporary group work. London : Allyn and Bacon.

GAZDA, G.M. 1989. Counselling: a developmental approach. London : Allyn and Bacon.

GAZDA, G.M., GINTER, E.J. & HORNE, A.M. 2001. Group

counselling and group psychotherapy: theory and application. London : Allyn and Bacon.

GENTRY, M.E. 1984. Developments in activity analysis: recreation and group work revisited. *Social work with groups*, 7(1):35-44, Spring.

GERMAIN, C.B. 1984. Social work practice in health care: an ecological perspective. New York : The Free Press.

GETZEL, G.S. & MAHONY, K.F. 1993. Confronting human finitude: group work with people with AIDS. *Social work with groups*, 16(1):27-41.

GILBERT, M.C. 2000. Spirituality in social work groups: practioners speak out. *Social work with groups*, 22(4):67-84.

GORDON, G. & KLAUD, T. 1991. Talking AIDS: a guide for community work. London : Macmillan.

GREENE, D.C., DONALD McVINNEY, L. & ADAMS, S. 1993. Strengths in transition: professionally facilitated HIV support groups and the development of client symptomatology. *Social work with groups*, 16(3):41-54.

GRINNELL, R.M. 1981. Social work research and evaluation. Itasca : Peacock Publishers.

GRINNELL, R.M. 1993. Social work research and evaluation. Itasca : Peacock Publishers.

GRINNELL, R.M. & WILLIAMS, M. 1990. Research in social work : a primer. Itasca : Peacock Publishers.

HAT (Odendal, F.F., red.) 1992. Verklarende handwoordeboek van die Afrikaanse taal. Johannesburg : Perskor.

HAYES, M.A., McCONNELL, S.C., NARDOZZI, J.A. & MULLICAN, R.J. 1998. Family and friends of people with HIV/AIDS support group. *Social work with groups*, 21(1/2):35-47.

- HEAP, K. 1985. The practice of social work with groups: a systematic approach. London : Allen & Unwin.
- HENDERSON, C.W. 2000. President Mbeki to scale down involvement in South Africa's AIDS policies. *Aids weekly*:17, Nov. (Abstract in Academic Search Premier databasis. Verwysingsno. 3757442.)
- HEPWORTH, D.H. & LARSEN, J.A. 1986. Direct social work practice: theory and skills. Chicago : Dorsey Press.
- HEPWORTH, D.H. & LARSEN, J.A. 1993. Direct social work practice: theory and skills. Chicago : Dorsey Press.
- HOFFMANN, K.S. & SALLEE, A.L. 1994. Social work practice: bridges to change. London : Allyn and Bacon.
- HOPSON, B. & SCALLY, M. 1984. Lifeskills teaching programmes. No. 1. Leeds : Leeds University Printing Services.
- HUYSAMEN, C.K. 1993. Metodologie in die sosiale en gedragswetenskappe. Pretoria : Sigma Pers.
- JOHNSON, L.C. 1983. Social work practice: a generalist approach. London : Allyn and Bacon.
- JUDD, C.M., SMITH, E.R. & KIDDER, L.H. 1991. Research methods in social relations. London : Holt, Rinehart and Winston.
- KAMMANN, R. & FLETT, R. 1983. Affectometer 2: a scale to measure current level of general happiness. *Australian journal of psychology*, 35(2):259-265.
- KASIRAM, M.I. 1999. Healing families when nations crumble. *Social work/Maatskaplike werk*, 35(1):22-28, Mar.
- KEECH, R. 1989. Education for living. Johannesburg : Divaris Stein Publishers.

KERKHOVEN, R. & HARNMEIJER, J.W. 1998. Orphan care as a long-term HIV prevention strategy. *SAFAIDS news*, 6(1):14.

KIITI, N., LONG, M., GATUA, E., SORLEY, D. & DORTZBACH, D. 1996. AIDS in your community. learning about AIDS in Africa - a guide for community trainers. Nairobi : MAP International.

KOBAYASHI, J. 2000. Psychiatric issues. (In ANDERSON, J., ed. A guide to the clinical care of women with HIV. Maryland : ATIS. p. 283-306.)

KOTZE, D.A. & SWANEPOEL, H.J. 1983. Guidelines for practical community development. Pretoria : Promedia Publications Dibukeng.

KOTZÉ, G.J. 2001. Inleiding tot gevorderde maatskaplikewerk-praktyk. Potchefstroom : PU vir CHO. (MWKM 833 Studiegids.)

KOTZE, G.J., ROUX, A.A. & WESSELS, C.C. 2000. HIV/AIDS and the community: a pilot study on knowledge and attitudes for development of social work support programmes. Potchefstroom : PU vir CHO. (Ongepubliseer.)

KOTZE, G.J., ROUX, A.A. & WESSELS, C.C. 2001. Die sosio-ekonomiese posisie van MIV/Vigs-pasiënte in die Noordwes Provinsie. *Maatskaplike werk/Social work*, 37(1):72-83, Mar.

KURTZ, L.F. 1997. Self-help and support groups: a handbook for practitioners. London : Sage Publications.

LACHMANN, S.J. 2000. A knowledge base of heterosexual HIV/AIDS as a global problem in the 21st century. Houghton : J.B. Israelsohn, Pharmaceutical Society of South Africa.

LAIRD, S. 2001. Aids and gender: The African reality. *Social work/Maatskaplike werk*, 37(3):260-267, Aug.

LE ROUX, A. 2000. Helfte van sterftes in land in 2006 weens epidemie. *Rapport:15*. Jul. 2.

- LOMBARD, A. 1991. Gemeenskapswerk in verhouding tot gemeenskaps- en maatskaplike aksie, gemeenskapsorganisasie, maatskaplike beplanning en gemeenskapsontwikkeling. (In Lombard, A., Weyers, M.L. & Schoeman, J.H., reds. Gemeenskapswerk en gemeenskapsontwikkeling: perspektiewe op mensontwikkeling. Pretoria : Haum-Tersiêr. p. 59-129.)
- LOUW, D. 1991. Ethics and aids in the development of a prevention strategy. (In Van Niekerk, A., ed. Aids in context. A South African perspective. Cape Town : Lux Verbi. p. 91-104.)
- LOVELL, M.L., REID, K. & RICHEY, C.A. 1992. Social support training for abusive mothers. *Social work with groups*, 15(2):95-107.
- LUDY, P.D. 1993. Practical Research: planning and design. New York : Macmillan Publishing Company.
- LUM, D. 1992. Social work practice and people of color: a process-stage approach. Pacific Grove : Brooks/Cole.
- MAP. 2000. The AIDS pandemic at the start of the 21st century. (In MAP Provisional Report. The status and trends of HIV/AIDS epidemics in the world. Durban: XIII International AIDS Conference, 5-7 July.)
- MARCENKO, M.O. & SAMOST, L. 1999. Living with HIV/AIDS: the voices of HIV-positive mothers. *Social work/Maatskaplike werk*, 44(1):36-45, Jan.
- MARLOW, C. 1993. Research methods for generalist social work. Pacific Grove : Brooks/Cole.
- MAZIBUKO, F.N.M. 1996. Policy analysis as a strategy of welfare policy development: The White Paper process. *Social work/Maatskaplike werk*, 32(3):234-241, Aug.
- McKENDRICK, B.W. 1990. Introduction to social work in South Africa. Pretoria : HAUM.
- MEER, R. 1994. Aids and food safety. (In Watson, R.R., ed. Nutrition and

AIDS. London : CRC Press. p. 189-199.)

MEIER, A. 1997. Inventing new models of social support groups: a feasibility study of an online stress management support group for social workers. *Social work with groups*, 20(4):35-53.

MEISENHELDER, J.B. & LA CHARITE, C.L. 1989. Comfort in caring: nursing the persons with HIV infection. London : Scott, Foresman and Company.

MELKOTE, S.R., MUPPIDI, S.R. & GOSWAMI, D. 2000. Social and economic factors in an integrated behavioral and societal approach to communications in HIV/AIDS. *Journal of health*, 5:S17-S27.

MIKKELSEN, H. 1995. Copenhagen hosts conference on AIDS and social work. *Global aids news*, 3(4):5.

MILLER, D., WEBER, J. & GREEN, J. 1986. The management of AIDS patients. London : Macmillan Press.

MONETTE, R., SULLIVAN, T.J. & DE JONG, C.R. 1990. Applied social research: tool for the human services. Orlando : Holt, Rinehart & Winston.

MOSBY'S MEDICAL, NURSING AND ALLIED HEALTH DICTIONARY. 1998. New York : Mosby.

MOTLANA, N. 1992. The community impact of AIDS. (*In* Institute of World Concerns. AIDS and your responses: papers read at the International Conference of the IWC held at Midrand on 11-14 November 1992. Midrand. p. 75-82.)

MOYLE, G. 1997. A guide to the medical treatment of HIV related diseases. Sussex : Avert.

MURRAY, C.D. & SIXSMITH, J. 1998. E-mail: a qualitative research medium for interviewing. *Social research methodology: theory and practice*, 1(2):103-121, Apr. - Jun.

MUTANGADURA G. & JACKSON, H. 1998. HIV/AIDS and the young:

Three studies in Southern Africa. *SAFAIDS news*, 6(4):2-8, Dec.

NATIONAL CENTRE FOR HIV, STD and TB Prevention. 2001. Youth technical strategy. [Web:] http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/strategies/2_5_youth_strategy.htm [Date of access: 17 Aug. 2001]

NAUDÉ, A.E. 1999. Die ontwerp en evaluering van 'n maatskaplike groepwerkprogram ter verbetering van die maatskaplike funksionering van die vrou in 'n myngemeenskap. Potchefstroom : PU vir CHO. (Proefskrif - Ph.D.) 275.

NEUMAN, W.L. 1997. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. London : Allyn and Bacon.

NORTHEN, H. 1998. Ethical dilemmas in social work with groups. *Social work with groups*, 21(1/2):5-17.

NUWE WOORDEBOEK VIR MAATSKAPLIKE WERK. 1995. Kaapstad : CTP Book Printers.

OLIVIER, A. 2001. VIGS – ellende tref Potch en Klerksdorp swaar. *Beeld*:23 Okt. 7.

OLSON, R.A., HUSZTI, H. & PARSONS, J.T. 1997. Treating paediatric and adolescent HIV. (In Connor, M.F., ed. Treating the psychological consequences of HIV. San Francisco : Jossey-Bass. p. 73-116.)

OOSTHUIZEN, C.M. 2001. Geweldsmisdade teen vroue: insidensie, coping en psigologiese welsyn. (Proefskrif – PhD – PU vir CHO.)

PENTZ, A.E. 1995. Die toepassing van maatskaplike groepwerk ter verbetering van die maatskaplike funksionering van die vrou in sub-ekonomiese omstandighede. Potchefstroom. (MA-Verhandeling (MW) – PU vir CHO.)

PERROW, C. & GUILLEN, M.F. 1990. The AIDS disaster. New York : Yale University Press.

- PIENAAR, A. 2001. 9% van jeug weet nie van VIGS – studie. *Beeld*:2, Apr. 7.
- PLANT, M.A. 1990. AIDS, drugs and prostitution. London : Routhledge.
- POMEROY, E.C., KIAM, R. & ABEL, E.M. 1999. The effectiveness of a psychoeducational group for HIV-infected/affected incarcerated women. *Research on social work practice*, 9(2):171-185, Mar.
- POMEROY, E.C., KIAM, R. & GREEN, D.L. 2000. Reducing depression, anxiety, and trauma of male inmates: an HIV/AIDS psychoeducational group intervention. *Social work research*, 24(3):156-167, Sept.
- POPENOE, D., CUNNINGHAM, P. & BOULT, P. 1998. Sociology. Cape Town : Prentice-Hall.
- POTGIETER, M.C. 1998. The social work process: development to empower people. Cape Town : Prentice Hall.
- RAIT, D.S., ROSS, J.M. & RAO, S.M. 1997. Treating couples and families with HIV : A systemic approach. (In Yalam, I.D., ed. 1997. Treating the psychological consequences of HIV. San Francisco : Jossey-Bass Publishers. p. 225-263.)
- RAMJEE, G., GOUWS, E., ANDREWS, A., MYER, L. & WEBER, A.E. 2001. The acceptability of a vaginal microbicide among South African men. *International family planning perspectives*, 27(4):164-170, Dec.
- RANKIN, P. 1992. Resource development as a priority in rural areas: the role of the social worker. *Social work/Maatskaplike werk*, 28(3):36-43, Aug.
- REID, K.E. 1991. Social work practice with groups: a clinical perspective. Pacific Grove : Brooks/Cole.
- ROOTH, E. 1995. Lifeskills: a resource book for facilitators. Swaziland : Macmillan.
- ROOTH, E. 1997. Introduction to lifeskills. Hands-on approaches to

lifeskills education. Goodwood : National Book Printers.

ROTHMAN, J. & THOMAS, E.J. 1994. Intervention research: design and development for human service. New York : Haworth.

ROUX, A.A. 1997. Maatskaplike groepwerk. Potchefstroom : PU vir CHO. (Diktaat D168/97.)

ROUX, A.A., VENTER, C.S. & WESSELS, C.C. 2001. A group work programme for HIV/AIDS patients. *The social work practitioner Researcher/ Die maatskaplike werk navorsers-praktisyn*, 13(2):33-47, Aug.

ROYSE, D. 1992. Research methods in social work. Chicago : Nelson-Hall Publishers.

RUBIN, A. & BABBIE, E. 1997. Research methods for social work. Pacific Grove : Brooks/Cole.

RUSSEL, M.N. 1990. Clinical social work: research and practice. London : Sage Publications.

SCHAFER, W. 1996. Stress management for wellness. London : Harcourt Brace College Publishers.

SCHUTTE, P.C. 1990. VIGS en die Suid-Afrikaanse ekonomiese en bestuurswêreld : enkele perspektiewe. *Koers*, 55(3):377-393, Sept.

SEIBERT, J.M. & OLSON, R.A. 1989. Children, adolescents and AIDS. London : University of Nebraska Press.

SEWPAUL, V. 1992. Primary care: the challenge to social work educators. *Social work/Maatskaplike werk*, 28(3):20-28, Aug.

SHELL, R.C.H. & ZEITLIN, R. 2000. The chances of acquiring HIV/AIDS during the school-going years in the Eastern Cape, 1990-2000. *The Social work practitioner-researcher/Die maatskaplike werk navorsers-praktisyn*, 12(3):139-154, Dec.

- SHULMANN, L. 1984. The skills of helping individuals and groups. Itasca : Peacock.
- SILVERMAN, D. 1997. Discourses of counselling. HIV counselling as social interaction. London : Sage.
- SINGLETON, R., STRAITS, B.C., STRAITS, M.M. & McALLISTER, R.J. 1988. Approaches to social research. New York : Oxford University Press.
- SKIDMORE, R.A., THACKERAY, M.G. & FARLEY, O.W. 1994. Introduction to social work. Englewood Cliffs : Prentice Hall.
- SMIT, G.J. 1993. Navorsing: riglyne vir beplanning en dokumentasie. Pretoria : Sigma.
- SMIT, P.C. 1986. Opnamemetodes en -praktyk. Pretoria : RGN.
- SMIT, P.C. 1987. Vergelyking van posvraelyste, onderhoudskedules en groepvraelyste. (*In* PU vir CHO. Buro vir Navorsing. Navorsingsmetodologie. Potchefstroom. p. 9-11.)
- SNYMAN, A. & VISSER, M. 1996. The role of nutritional intervention in the treatment of human immunodeficiency virus infection in adults. *Aids scan*, 8(4):4-7, Dec.
- SNYMAN, S.A. 1984. Die vraelys. (*In* Universiteit van Pretoria. Departement Maatskaplike Werk. Opleidingskursus in maatskaplikewerk-navorsing. Pretoria. p. 83-87.)
- SOUTH AFRICA. Department of Health. 1999. 1998 National HIV seroprevalence survey in South African Antenatal Clinics. *Aids scan*, 11(2):5-9, Jun.
- SOUTH AFRICA. Department of Health. 2000. HIV/AIDS & STD. Strategic plan for South Africa 2000-2005. Cape Town : CTP Book Printers.
- SOUTH AFRICA. Department of Welfare. 1997. White paper for social welfare. (1108 of 1997.) Government Gazette: 18166, Aug. 8. 104 p.

- SPATZ, C. 2001. Basic statistics. London : Wadsworth.
- STEYN, H.S. 1999. Praktiese beduidenheid: die gebruik van effekgroottes. Wetenskaplike Bydraes, Reeks B: Natuurwetenskappe nr. 117. Potchefstroom : Publikasiebeheer Komitee, PU vir CHO.
- STRONG, B., DE VAULT, C. & SAYAD, B.W. 1998. The marriage and family experience. Intimate relationships in a changing society. London : Wadsworth Publishing Company.
- STRYDOM, C. 1990. Die gebruikmaking van maatskaplike groepwerk in die uitbouing van die adolessente dogter se selfbeeld. Potchefstroom. (MA-verhandeling (MW) - PU vir CHO.)
- STRYDOM, H. 1994. Maatskaplikewerk-navorsing. Potchefstroom : PU vir CHO. (Diktaat D172/94.)
- STRYDOM, H. 1998. Single-system designs. (In De Vos, A.S., ed. Research at grass roots: a primer for the caring professions. Pretoria : Van Schaik. p. 138-151.)
- STRYDOM, H. 1998. Writing the research report. (In De Vos, A.S., ed. Research at grass roots: a primer for the caring professions. Pretoria : Van Schaik. p. 419-430.)
- STRYDOM, H. 1999. Maatskaplikewerk-navorsing. Potchefstroom : PU vir CHO.
- STRYDOM, H. 2000. The knowledge base of high school pupils in the Northwest province on HIV/AIDS. *The social work practitioner-researcher/Die maatskaplike werk navorsing-praktisyn*, 12(3):195-207, Dec.
- STRYDOM, H. & EHLERS, D.M.M. 1988. Die doel en gebruik van statistiese tegnieke in kwalitatiewe maatskaplikewerk-navorsing. *Maatskaplike werk/Social work*, 24(2):72-81, Jun.
- STRYKER, J. 1997. Legal and ethical issues in the treatment of HIV. (In O'Conner, M.F., ed. Treating the psychological consequences of HIV. San Francisco : Jossey-Bass. p. 309-328.)
- THERON, D. 2001. VIGS veroorsaak armoede. *Die Kerkbode. Deernis*:viii,

Mar. 2.

THIART, B.F. 1977. Fiksheid vir almal. Goodwood : Nasionale Boekdrukkery.

TOSELAND, R.W. & RIVAS, R.F. 1998. An introduction to groupwork practice. London : Allyn and Bacon.

TRIPODI, T. 1983. Evaluative research for social workers. New Jersey : Prentice-Hall.

UNAIDS. 1999. World Aids Day numbers. *Aids scan*, 11(1) Mar.

UNAIDS. 2000. National AIDS programmes: a guide to monitoring and evaluation. Chapil Hill : Measure Evaluation.

VAGHEFI, S.B. & CASTELLON-VOGEL, E.A. 1994. Nutrition and AIDS: an introductory chapter. (*In* Watson, R.R., ed. Nutrition and AIDS. London : CRC Press. p. 1-16.)

VALDISERRI, R.O. 1989. Preventing AIDS: the design of effective programs. New Brunswick : N.J. Rutgers University Press.

VAN DEN BERG, R.H. & VILJOEN, M.J. 1989. Oordraagbare siektes: 'n verpleegkundige perspektief. Pretoria : HAUM.

VAN DER SCHYFF, C.J. 1990. Die behandeling van VIGS-geneesmiddels en vaksiene- wat hou die toekoms in. *Koers*, 55(3):317-328.

VAN DER VLIET, V. 1996. The politics of AIDS. London : Bowerdean Publishing.

VAN DER WALT, M. 1990. Die immunologie van HIV. *Koers*, 55(3):297-315, Sept.

VAN NIEKERK, A. 1991. AIDS in context: facts and values. (*In* Van Niekerk, A., ed. *Aids in context. A South African perspective.* Kaapstad : Lux Verbi. p. 7-21.)

- VAN ROOYEN, C.A.J. 1998. AIDS: what about social work? *Social work/ Maatskaplike werk*, 34(4):vii-viii.
- VAN STADEN, S. 1988. My groei en ontwikkeling as mens. 'n Praktiese riglyn vir ontwikkelingsprogramme. Pretoria-Wes : Gutenberg Boekdrukkers.
- VAN WYK, A. 2001. Knoffel ingespan in stryd teen VIGS. *Beeld*:10, Mei. 27.
- VILJOEN, A.T. 1990. VIGS in Afrika, met spesiale verwysing na Suid-Afrika. *Koers*, 55(3):329-343, Sept.
- VINEY, L.L. & ALLWOOD, K. 1991. Reconstructive group therapy with HIV-affected people. *Counselling Psychology Quarterly*, 4(2/3):247-256.
- VISAGIE, C.J. 1999. The complete story of HIV and AIDS: a practical guide for the ordinary sexually active person. Pretoria : Van Schaik.
- WATSON, R.R. 1994. Nutrition and AIDS. London : CRC Press.
- WEYERS, M.L. 1990. Die maatskaplike implikasies en impak van VIGS: 'n verkenning. *Koers*, 55(3):345-356, Sept.
- WHITAKER, D.S. 1989. Using groups to help people. London : Tavistock/ Routledge.
- WHITESIDE, A. & SUNTER, C. 2000. AIDS: the challenge for South Africa. Kaapstad : Human & Rousseau.
- WILLIAMS, B. & CAMPBELL, C. 1996. Gold mines address MIV-prevention programmes in a new community context. *Aids scan*, 8(4):13, Dec.
- WOOD, G.G. & DIETRICH, J.E. 1990. The AIDS epidemic: balancing, compassion and justice. Portland Oregon : Multnomah.

SKEDULE: EVALUERING VAN 'N GROEPWERKHULPVERLENINGSPROGRAM MET MIV-POSITIEF/VIGS-PASIËNTE

**EVALUERING VAN 'N
GROEPWERKBEHANDELINGSPROGRAM MET
MIV-POSITIEF/VIGS-PASIËNTE**

**EVALUATION OF A GROUP WORK PROGRAMME WITH
HIV-POSITIVE/AIDS PATIENTS**

**PATLOTLHOTLHWA YA POROKERAMO YA
TSHOLOSETLHAPHA LE BALWETSI BA HIV/AIDS**

**AFDELING A: IDENTIFISERENDE GEGEWENS
SECTION A: IDENTIFYING INFORMATION
KGAOLO YA A: KITSISO YA MOARABI**

- 1 Waar woon u? / Where do you live? / O dula kae?
 1 Stad/City/Toropo e tona jaaka Gauteng
 2 Dorp/Town/Toropo
 3 Plaas/Farm/Polase
 4 Plot/Plot/Poloto
 5 Plakkerskamp/Squatter camp/Mokhukung
 6 Ander (spesifiseer)/Other (specify)/
 E ngwe (Tlhalosa)
- 2 U geslag? / Your gender? / Monna kgotsa mosadi?
 1 Manlik/Male/Monna 2 Vroulik/Female/Mosadi
- 3 U ouderdom met vorige verjaarsdag?/Your age at previous birthday?/Dingwaga tsa gago ka letsatsi la bofelo la matsalo?
- 4 Is u getroud?/ Are you married?/ A o nyetswe?
 1 Ja/Yes/Ee 2 Nee/No/Nnyaa
- 5 Woon u saam met?/ Do you live with?/ O dula le mang?
 1 U eggenoot/e / Your husband/wife / Mogatsa
 2 U vriend/vriendin / Your friend / Tsala
- 6 Het u kinders?/ Do you have children?/ A o na le bana?
 1 Ja/Yes/Ee 2 Nee/No/Nnyaa



7 Hoeveel kinders het u?/ How many children do you have?/ O na le bana ba bakae?

8 Hoeveel kinders bly by u in die huis?/ How many children live at home with you?/ Ke bana ba bakae ba ba dulang le wena mo ntlong?

9 Hoeveel ander mense bly by u in die huis?/ How many other people live at home with you?/ Go na le batho ba bakae ba bangwe ba ba dulang le wena mo ntlong?

10 Behoort u aan 'n kerk?/ Do you belong to a church?/ A o tsena kereke?

Ja/Yes/Ee

Nee/No/Nnyaa

11 Werk u tans?/ Are you presently working?/ A o a dira gone jaanong?

Ja/Yes/Ee

Nee/No/Nnyaa

12 Indien ja by vraag 11, watter soort werk doen u?/ If "yes" to question 11, what kind of work do you do?/ Fa o araba Ee mo go 11, o dira tiro efe?

Professioneel (bv. onderwyser/verpleegkundige) / Professional (e.g. teacher/nurse)/ Tiro ya boithutelo (jk. morutabana/moalafi)

Administratief (bv. klerk/tikster)/Administrative (e.g. clerk/typist)/ Tiro ya tsamaiso (jk. kelereke/motlanyi)

Tegnies (bv. elektrisiën/motorwerktuigkundige)/ Technical (e.g. electrician/motor mechanic)/ Thekeniki (jk. moitsemotlakase/moitsedikoloi)

Huishulp/tuinhulp/skoonmaker/plaaswerker/ Domestic worker/garden help/cleaner/farm worker)/ Modiri wa mo ntlong/Modiri wa mo tshingwaneng/ mophephafatsi/Modiri wa mo polaseng)

Veiligheidsdiens (bv. polisiemag/weermaglid/verkeersbeampte/sekuriteitsbeampte/ Security service (e.g. policeman/defence force/traffic officer/ security official)/ Pabalesego (Lepodisi/Lesole/Sepitikopo/Modiri wa pabalesego)

Huurmotor-/vragmotorbestuurder/ Taxi/lorry driver/ Mokgweetsi wa thekesi/Mokgweetsi wa lori

Bode/ Messenger/ Morongwa

Mynwerker/ Mineworker/ Modiri wa mo meepong

In eie diens/ Self-employed/ O a itirela

Winkelassistent/ Shop assistant/ Mothusi mo lebenkeleng



AFDELING B: BEHOEFTE EN EMOSIONELE BELEWING VAN PASIËNT
SECTION B: NEEDS AND EMOTIONAL EXPERIENCE OF PATIENT
KGAOLO YA B: DITLHOKEGO LE MAIKUTLO A MOLWETSI

13 Hoe lank gelede het u gehoor dat u MIV-positief/VIGS getoets is?/ How long ago did you hear that you were tested HIV-positive/AIDS?/ O utlwile leng gore o na HIV/AIDS?

- 1 4 jaar en langer gelede/ 4 years and longer ago/ Dingwaga tse 4 le go feta
 2 3 jaar gelede/ 3 years ago/ Dingwaga tse 3
 3 2 jaar gelede/ 2 years ago/ Digwaga tse 2
 4 1 jaar gelede/ 1 year ago/ Ngwaga e 1
 5 Minder as 1 jaar gelede/ Less than a year ago/ Tlase ga ngwaga e ngwe

14 Watter een van die volgende toestande ervaar u tans? (U mag meer as een merk) Which of the following conditions do you experience at the moment? (You may mark more than one.) O ikutlwa jang gone jaanong? (O ka tshwaya go feta e ngwe.)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| Ja/Yes/Ee | Neen/No/Nnyaa | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Word baie maer/ Are you getting very thin/ A o a ota gone jaanong? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hoes baie/ Cough a lot/ A o gotlola thata? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Het diarree/ Do you have diarrhoea/ A o tshwarwa ke letshololo thata? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Het sere in my mond/ Do you have sores in the mouth/ A o na le dintho mo molomong? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Het koors/ Do you have a fever/ A o tshwerwe ke letshoroma? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ervaar nagsweet/ Do you experience night sweats/ A o fufula bosigo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Het met infeksies te kampe/ Do you have to deal with infections/ A o tshwarwa ke tshelo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kry dikwels longontsteking/ Do you often get pneumonia/ A o tshwarwa ke tshelo ya makgwafo gantsi? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uitslag op geslagsdele/ Do you have rash on your genitals/ More mo mapeleng? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ander (spesifiseer)/ Other (specify)/ Tse dingwe (Tlhalosa) |

15 Wie het u meegedeel dat u MIV-positief/VIGS het? (Merk net een.)/ Who told you that you were HIV-positive/had AIDS? (Mark only one.)/ Ke mang a go boleletseng gore o na le HIV/AIDS? (Tshwaya e ngwe fela.)

- 1 'n Dokter/ A doctor/ Ngaka
 2 'n Verpleegkundige/ A nurse/ Moalafi
 3 'n Maatskaplike werker/ A social worker/ Modirediloago
 4 'n Sielkundige/ A psychologist/ Mosaekholoji
 5 'n Tradisionele geneser/ A traditional healer/ Ngaka ya setso
 6 'n Predikant/ A minister/ Moruti
 7 Ander (spesifiseer)/ Other (specify)/ Yo mongwe (Tlhalosa)

Survey : 2



Serial : 1



Page : 3



Grafika: Grafiese Dienste, PU vlr CHO Tel (018) 299-1863/1896

- 16 Hoe het u gevoel toe hulle vir u gesê het u is MIV-positief of dat u VIGS het? (Merk soveel as wat u wil van die onderstaande gevoelens wat op u van toepas- sing is.)/ How did you feel when they told you were HIV-positive or that you had AIDS? (Mark as many as you like of the undermentioned feelings that apply to you.)/ O ne o ikutlwa jang fa ba go bolelela gore o na le HIV kgotsa AIDS? (Tshwaya tsotlhe tse o di dumelelang.)

Ja/Yes/Ee
Nee/No/Nnyaa

- Kon dit nie glo nie/ Could not believe it/ Ke ne ke sa dumele
- Was verward/deurmekaar/kon nie mooi dink nie/ Was confused/mixed up/could not think clearly/ Ke ne ke tlhakana tlhogo ke sa kgone go nagana sentle
- Het gedink dit is nie die waarheid nie/ Thought that it was not true/ Ke ne ke nagana gore ga se nnete
- Was kwaad/ Was angry/ Ke ne ke tenegile
- Was bang/ Was afraid/ Ke ne ke tshogile
- Het skuldig gevoel/ Felt guilty/ Ke ne ke ikutlwa ke le molato
- Was hartseer/ Was sad/ Pelo e ne e le botlhoko
- Was verlig om te weet wat u makeer/ Was relieved to know what the matter was/ Ke ne ke le botoka ka gore ke itse gore molato ke eng
- Ander gevoelens (spesifiseer)/ Other feelings (specify)/ Maikutlo a mangwe (Tlhalosa)

- 17 Het iemand u gehelp om u gevoelens te hanteer direk nadat u gehoor het?/ Did somebody help you to deal with your feelings just after you had heard the news?/ A mongwe o go thusitse ka maikutlo a gago e rile fa o utlwa gore o na le HIV/AIDS?

1 Ja/Yes/Ee 2 Nee/No/Nnyaa

- 18 Indien ja by vraag 17, wie het u direk nadat u gehoor het, gehelp? (Meer as een kan gemerk word.)/ If "yes" to question 17, who helped you just after you had heard the news? (More than one can be marked.)/ Fa o arabile ee mo potsong ya 17, ke mang a go thusitseng e rile fa o utlwa. (O ka tshwaya go feta e ngwe.)

Ja/Yes/Ee
Nee/No/Nnyaa

- 'n Dokter/ A doctor/ Ngaka
- 'n Verpleegkundige/ A nurse/ Moalafi
- 'n Maatskaplike werker/ A social worker/ Modirediloago
- 'n Sielkundige/ A psychologist/ Mosaekholoji
- 'n Tradisionele geneser/ A traditional healer/ Ngaka ya setso
- 'n Predikant/ A minister/ Moruti
- Ander (spesifiseer) Other specify/ Yo mongwe (Tlhalosa)

Survey : 2



Serial : 1



Page : 4



Grafika: Grafiese Dienste, PU vir CHO Tel (018) 299-1863/1896

19 As niemand u gehelp het nie, sou u wou hê dat iemand u moes help?/ If nobody helped you, would you have liked someone to help you?/ Fa e le gore mongwe ga a go thusa, a o ka batla go thusiwa ke mongwe?

¹ Ja/Yes/Ee ² No/Nee/Nnyaa

20 Indien ja by vraag 19, wie sou u wou hê moes u help? (U kan meer as een merk/ If "yes" to question 19, who would you have liked to help you? (You may mark more than one.)/ Fa o arabile ee mo potsong ya 19, o ka batla go thusiwa ke mang (O ka tshwaya go feta e ngwe.)

- | <small>Ja/Yes/Ee</small> | <small>Nee/No/Nnyaa</small> | |
|--------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 'n Dokter/ A doctor/ Ngaka |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 'n Verpleegkundige/ A nurse/ Moalafi |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 'n Maatskaplike werker/ A social worker/ Modirediloago |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 'n Sielkundige/ A psychologist/ Mosaekholoji |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 'n Tradisionele geneser/ A traditional healer/ Ngaka ya setso |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 'n Predikant/ A minister/ Moruti |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Familie/ Family/Balosika |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vriende/ Friends/ Tsala |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ander (spesifiseer) Other specify)/ Yo mongwe (Tlhalosa) |

21 Weet u wat beteken dit om MIV-positief te wees?/ Do you know what it means to be HIV-positive?/ A o a itse gore ke eng go na le HIV?

¹ Ja/Yes/Ee ² Onseker/Unsure/Ga ke itse ³ Nee/No/Nnyaa

22 Wat beteken dit om MIV-positief te wees, volgens u mening?/ In your opinion, what does it mean to be HIV-positive?/ Go na le HIV go ya ka dikakanyo tsa me ke gore:

23 Wil u hê dat mense u moet help nou dat u MIV-positief/VIGS getoets is?/ Would you like people to help you now that you have been tested HIV-positive/AIDS?/ A o batla gore batho ba go thuse jaanong ka o na le HIV/AIDS?

¹ Ja/Yes/Ee ² Onseker/Unsure/Ga ke itse ³ Nee/No/Nnyaa

Survey : 2



Serial : 1



Page : 5



- 24 Met watter van die volgende vrae moet 'n berader u help om meer van te weet? (U mag soveel merk as wat u wil.)/ With which questions do a care giver have to help you to know more about? (You may mark as many as you like.)/ O ka batla dikarabo tsa dipotso dife tse di latelang fa mongwe a ka go thusa? (O ka tshwaya tse dintsi.)

- Ja/Yes/Ea Nee/No/Nhaya
- Wat was die oorsaak dat ek MIV-positief is?/ What was the reason that I am HIV-positive?/Ke eng se dirileng gore ke nne le HIV?
- Hoe moet my dieet wees?/ How should my diet look like?/ Ke tshwanetse go ja eng jaanong?
- Moet ek 'n oefenprogram volg?/ Should I follow an exercise programme?/ A ke tshwanetse go ikatisa jaanong?
- Moet ek gereeld dokter toe gaan?/ Should I visit the doctor regularly?/ A ke tshwanetse go ja kwa ngakeng gangwe le gape gantsi jaanong?
- Moet ek medisyne gebruik?/Should I use medicine?/ A ke tshwanetse go nwa melemo jaanong?
- Moet ek hospitaal of kliniek toe gaan as ek siek is?/ Should I go to hospital or the clinic if I am ill?/ A ke tshwanetse go ya kwa bookelong kgotsa kwa kliniking fa ke lwala?
- Hoe kan ek keer dat ek nie sieker word nie?/ How can I prevent becoming more seriously ill?/ Nka thiba jang gore ke se lwale go feta?
- Kan ek mense aansteek?/ Can I infect people?/ A nka tshela le bathoba bangwe ka bolwetsi bo?
- Op watter wyse kan ek mense aansteek?/ How can I infect people?/ Nka tshela batho ba bangwe jang?
- Moet ek my man of vrou vertel dat ek MIV/VIGS het?/ Should I tell my husband/ wife that I am HIV-positive/have AIDS?/ A ke tshwanetse go bolelela monna kgotsa mosadi wa ka gore ke na le HIV/AIDS?
- Moet ek my familie vertel dat ek MIV/VIGS het?/ Should I tell my family that I am HIV-positive/have AIDS?/ A ke tshwanetse go bolelela balosika ba ka gore ke na le HIV/AIDS?
- Moet ek my kinders vertel dat ek MIV/VIGS het?/ Should I tell my children that I am HIV-positive/have AIDS?/ A ke tshwanetse go bolelela bana ba ka gore ke na le HIV/AIDS?
- Moet ek my vriende vertel dat ek MIV/VIGS het?/ Should I tell my friends that I am HIV-positive/have AIDS?/ A ke tshwanetse go bolelela ditsala ba ka gore ke na le HIV/AIDS?
- Moet ek die mense by die werk vertel dat ek MIV/VIGS het?/ Should I tell people at work that I am HIV-positive/have AIDS?/ A ke tshwanetse go bolelela badiramogo ba ka gore ke na le HIV/AIDS?
- Mag ek weer seksuele omgang hê?/ May I have sexual intercourse again?/ A nka robala le bangwe gape?
- Watter voorsorg moet ek tref as ek seksuele omgang het?/ What precautions should I take if I have sexual intercourse?/ Ke dire eng fa ke batla go robala le mongwe?
- Gaan ek sieker word?/ Will I become more seriously ill?/ A ke ya go lwala go feta jaanong?
- Kan ek van MIV/VIGS doodgaan?/ Could I die of HIV/AIDS?/ A nka tlhokafadiswa ke HIV/AIDS?
- Hoe moet ek my hartseer hanteer?/ How should I deal with my grief?/ Ke dire jang ka pelo ya me e e bothoko?

vervolg/continue/letela

Survey : 2



Serial : 1



Page : 6



Grafika: Grafiese Dienste, PU vir CHO Tel (018) 299-1863/1896

Ja/Yes/Ee
Nee/No/Nnyaa

- Hoe moet ek die woede wat ek ervaar, hanteer?/ How should I handle the anger that I feel?/ Ke dire jang ka kgalefo e ke e utlwang?
- Hoe moet ek die angs wat ek ervaar, hanteer?/ How should I handle the distress that I experience?/ Ke dire jang ka ke betwa ke pelo jaanong?
- Hoe moet ek die depressie wat ek ervaar, hanteer?/ How should I handle the depression that I experience?/ Ke dire jang ka kgatelelo e ke e utlwang?
- Ander (spesifiseer)/ Other (specify)/ Tse dingwe (Tlhalosa)

25 Is daar mense by die huis met wie u kan praat oor u siekte en wat kan help met die vrae wat u het?/ Are there people at home to whom you could talk about your illness and that could help you with questions that you have?/ A go na le batho mo lapeng ba o ka buang le bone ka ga bolwetsi ba ba ka thusang ka dipotso tsa gago?

- 1 Ja/Yes/Ee 2 Onseker/Unsure/Ga ke itse 3 Nee/No/Nnyaa

26 Indien ja, watter mense by die huis wil u hê moet u help? (U kan meer as een merk.)/ If "yes", which people at home would you like to help you? (You may mark more than one.)/ Fa o re ee mo go 25, o btle gore batho bafe ba go thuse kwa lapeng? (O ka tshwaya go feta e ngwe.)

Ja/Yes/Ee
Nee/No/Nnyaa

- My vrou/man/ My wife/husband/ Mogatsa
- My kinders/ My children/ Bana ba me
- My broer/suster/ My brother/sister/ Kgaitadi/monnawe
- My ma/pa/ My mother/father/ Rre/mmie
- My oom/tante/ My uncle/aunt/ Malome, mangwane/rrakgadi
- My vriende/ My friends/ Ditsala tsa me
- Ander (spesifiseer)/ Other (specify)/ Ba bangwe (Tlhalosa)

27 Wil u hê dat ander persone as u gesin/familie u moet help?/ Would you like people other than your family/ next of kin to help you?/ A o batla bangwe kwa ntle ga lelapa/bolosika ba go thuse?

- 1 Ja/Yes/Ee 2 Onseker/Unsure/Ga ke itse 3 Nee/No/Nnyaa



- 28 Indien ja by vraag 27, watter ander persoon(e) as u gesin moet u help? (U kan meer as een merk.)/ If "yes" to question 27, which person(s) other than your family should help you? (You may mark more than one.)/ Fa o arabile ee mo potsong ya 27, o batla gore o thusiwe ke motho/batho ofe/bafe kwa ntle ga balelapa ba gagwe (O ka tshwaya go feta e ngwe fela).

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <i>Ja/Yes/Ee</i> | <i>Nee/No/Nnyaa</i> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 'n Dokter/ A doctor/ Ngaka |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 'n Verpleegkundige/ A nurse/ Moalafi |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 'n Maatskaplike werker/ A social worker/ Modirediloago |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 'n Sielkundige/ A psychologist/ Mosaekholoji |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 'n Tradisionele geneser/ A tradisional healer/ Ngaka ya setso |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 'n Predikant/ A minister/ Moruti |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ander (spesifiseer)/ Other (specify)/ Ba bangwe (Tlhalosa) |

- 29 Waarmee moet hulle u help?/ With what should they help you?/ Ba tshwanetse go thusa ka eng?

- 30 Sal u bereid wees om saam met ander MIV-positiewe/VIGS-persone in 'n groep te wees sodat julle gehelp kan word om 'n kwaliteit lewe te lei?/ Would you be prepared to be in a group with other HIV-positive/AIDS persons so that you could be helped to live a quality life?/ A o ka dumelela go kopana le batho ba bangwe ba ba nang le HIV/AIDS gore le thusiwe go phela bophelo bo bo siameng?

- 1 Ja/Yes/Ee 2 Onseker/Unsure/Ga ke itse 3 Nee/No/Nnyaa

Baie dankie vir u bereidwilligheid om die vraelys te voltooi. U samewerking word hoog waardeer./ Thank you very much for your willingness to complete the questionnaire. Your co-operation is highly appreciated./ Re lebogela tirisano mmogo ya gago go ka tlatsa potsolotso e. Tirisano ya gago e amogelwa ka diatla tse pedi.

MEV/MS/MOH AA ROUX
NAVORSER
RESEARCHER
MODIRAPATLISISO

Survey : 2



Serial : 1



Page : 8



Grafika: Grafiese Dienste, PU vir CHO Tel (018) 299-1863/1896

AFFECTOMETER 2 (AFM)

NAAM: _____ Slegs vir kantoorgebruik
 Kaartnommer _____

(1-3)

AFFEKTOMETER (AFM)
 (Kammann & Flett, 1983)

AANWYSINGS

Hierdie inventaris bestaan uit 20 sinsitems. Lees elke sin en besluit hoe dikwels die gevoel oor die laaste paar weke teenwoordig was volgens die onderstaande gegradeerde respons skaal:

Glad nie (nie een keer die afgeloop 4 weke nie)	Af en toe (2 keer die afgeloop 4 weke)	Somtyds (4 keer die afgeloop 4 weke)	Dikwels (3 keer per week die afgeloop 4 weke)	Altyd (elke dag die afgeloop 4 weke)
1	2	3	4	5

Jy moet jou antwoord langs elke stelling merk soos dit op jou van toepassing is. Beantwoord asseblief elke stelling.

1	My lewe is op die regte spoor.	1	2	3	4	5	(4)
2.	Ek wens ek kon 'n deel van my lewe verander.	1	2	3	4	5	(5)
3.	My toekoms lyk goed.	1	2	3	4	5	(6)
4.	Ek voel asof die beste jare van my lewe verby is.	1	2	3	4	5	(7)
5.	Ek hou van myself.	1	2	3	4	5	(8)
6.	Ek voel daar moet iets met my verkeerd wees.	1	2	3	4	5	(9)
7.	Ek kan enige probleme wat opduik, hanteer.	1	2	3	4	5	(10)
8.	Ek voel soos 'n mislukking.	1	2	3	4	5	(11)
9.	Ek voel geliefd en of ek vertrou word.	1	2	3	4	5	(12)
10.	Dit lyk of ek alleen gelaat word wanneer ek dit nie wil hê nie.	1	2	3	4	5	(13)
11.	Ek voel na aan mense rondom my.	1	2	3	4	5	(14)
12.	Ek het belangstelling in ander mense verloor en gee nie vir hulle om nie.	1	2	3	4	5	(15)
13.	Ek voel ek kan doen wat ek ook al wil doen.	1	2	3	4	5	(16)
14.	Dit voel of my lewe in 'n roetine vasgeval het.	1	2	3	4	5	(17)
15.	Ek het meer as genoeg energie.	1	2	3	4	5	(18)
16.	Dit kan my nie skeel om iets te doen nie.	1	2	3	4	5	(19)
17.	Ek glimlag en lag baie.	1	2	3	4	5	(20)
18.	Niks voel meer soos pret nie.	1	2	3	4	5	(21)
19.	Ek dink helder en kreatief.	1	2	3	4	5	(22)
20.	My gedagtes draai in nuttelose sirkels.	1	2	3	4	5	(23)

NAME:

For office use only
Card Number

--	--	--

(1-3)

AFFECTOMETER (AFM)
(Kammann & Flett, 1983)

Instructions

This inventory consists of 20 sentence items. Read each sentence and decide how often the feeling was present over the past few weeks, according to the following graded response scale:

Not at all (not once the past 4 weeks)	Occasionally (2 times the past 4 weeks)	Some of the time (4 times the past 4 weeks)	Often (3 times a week the past 4 weeks)	All the time (every day the past 4 weeks)
1	2	3	4	5

You are to mark your answer next to each statement as it applies to you. Please answer every statement.

1.	My life is on the right track.	1	2	3	4	5	(4)
2.	I wish I could change some part of my life.						(5)
3.	My future looks good.	1	2	3	4	5	(6)
4.	I feel as though the best years of my life are over.	1	2	3	4	5	(7)
5.	I like myself.	1	2	3	4	5	(8)
6.	I feel there must be something wrong with me.	1	2	3	4	5	(9)
7.	I can handle any problems that come up.	1	2	3	4	5	(10)
8.	I feel like a failure.	1	2	3	4	5	(11)
9.	I feel loved and trusted.	1	2	3	4	5	(12)
10.	I seem to be left alone when I don't want to be.	1	2	3	4	5	(13)
11.	I feel close to people around me.	1	2	3	4	5	(14)
12.	I have lost interest in other people and don't care about them.	1	2	3	4	5	(15)
13.	I feel I can do whatever I want to.	1	2	3	4	5	(16)
14.	My life seems stuck in a routine.	1	2	3	4	5	(17)
15.	I have energy to spare.	1	2	3	4	5	(18)
16.	I can't be bothered doing anything.	1	2	3	4	5	(19)
17.	I smile and laugh a lot.	1	2	3	4	5	(20)
18.	Nothing seems very much fun any more.	1	2	3	4	5	(21)
19.	I think clearly and creatively.	1	2	3	4	5	(22)
20.	My thoughts go around in useless circles.	1	2	3	4	5	(23)

For office use only

Card Number

LE ENA:

--	--	--

(1-3)

AFFECTOMETER (AFM)
(Kammann & Flett, 1983)

DITAELO

Leananethuto le le na le dipolelo-ntlhana di le 20. Buisa polelo nngwe le nngwe mme o be o swetse gore o nnele le maikutlo a, gakaie mo dibekeng tse di fetileng o leba sekale se se latelang:

Le goka (E seng gangwe modibekeng tse nne tse di fetileng)	Fa gongwe (Gabedi mo dibekeng tse nne tse di fetileng)	Motlhamongwe (Ganne mo dibekeng tse nne tse di fetileng)	Go le gantsi (Gararo ka beke)	Nako tsothe (Letsatsi le letsatsi mo dibekeng tse nne tse di fetileng)			
1	2	3	4	5			
Tshwaya karabo e e go tehwanetseng mo semikeng se se bapileng le polelo. O arabe dipolelo tsothe tsweetswee.							
1.	Botshelo ba me bo mo tseleng e e siameng.	1	2	3	4	5	(4)
2.	Ke eletsa gore ke ne ke ka fetola bontlha bongwe jwa botshelo jwa me.	1	2	3	4	5	(5)
3.	Bokamoso jwa me bo lebega sentle.	1	2	3	4	5	(6)
4.	Ke ikutlwa ekete dingwaga tsa me tse di siameng di fetile.	1	2	3	4	5	(7)
5.	Ke a ithata.	1	2	3	4	5	(8)
6.	Ke ikutlwa e kete go na le sengwe se se sa siamang.	1	2	3	4	5	(9)
7.	Ke kgona go tshwaratshwara mathata a a ka tlang go nna.	1	2	3	4	5	(10)
8.	Ke ikutlwa e kete ke tlhotswe.	1	2	3	4	5	(11)
9.	Ke ikutiwa gore ke a ratiwa e bile ke a tshepiwa.	1	2	3	4	5	(12)
10.	Ke ikutiwa ke a hularetswe mme ke sa batle.	1	2	3	4	5	(13)
11.	Ke ikutiwa ke le gaufi le batho ba ba ntikologileng.	1	2	3	4	5	(14)
12.	Ga ke sa tlhole ke kgathwa ke batho ba bangwe e bile ga ke ba kgathalle.	1	2	3	4	5	(15)
13.	Ke ikutiwa go dira se ke se batlang.	1	2	3	4	5	(16)
14.	Botshelo jwa me e kete bo ngaparitswe mo tapiseong.	1	2	3	4	5	(17)
15.	Ke na le maikatlapelo.	1	2	3	4	5	(18)
16.	Ga ke kgathalele go dira sengwe.	1	2	3	4	5	(19)
17.	Ke a nyenya e bile ke a tshega.	1	2	3	4	5	(20)
18.	Ga go sa tlhole go nale le sepe se se itumedisang.	1	2	3	4	5	(21)
19.	Ke nagana ka mokgwa o o itshekileng le ka popo.	1	2	3	4	5	(22)
20.	Mogopolo wa me o dikologa fela o se na mosola.	1	2	3	4	5	(23)

VRAELYS: EVALUERING VAN DIE GROEPWERKHULPVERLENINGSPROGRAM

QUESTIONNAIRE NR			
------------------	--	--	--



Potchefstroomse Universiteit
vir Christelike Hoër Onderwys

SCHOOL FOR PSYCHOSOCIAL BEHAVIOURAL SCIENCES

Social Work Division

**QUESTIONNAIRE TO BE COMPLETED BY GROUP MEMBERS TO EVALUATE THE
GROUP WORK INTERVENTION PROGRAMME IN RESPECT OF HIV POSITIVE/AIDS
PATIENTS**

The purpose of the questionnaire is to evaluate the effectiveness of the group work programme for HIV/AIDS. The questionnaire is completed anonymously. You can thus feel free to express your true feelings regarding the programme. Answer the questions as accurately as possible. Place a cross at each question according to the scale below.

4	3	2	1
Very helpful	Helpful	Not helpful	Not at all helpful

1. How effective were the following topics discussed during the different group sessions for you as HIV patient?

1.1	What is HIV/AIDS?	4	3	2	1
1.2	How is HIV/AIDS spread?	4	3	2	1
1.3	How to prevent HIV/AIDS.	4	3	2	1
1.4	The phases and symptoms of HIV/AIDS.	4	3	2	1
1.5	A healthy diet.	4	3	2	1
1.6	A correct exercise program.	4	3	2	1
1.7	My self-esteem.	4	3	2	1
1.8	Decision-making and future planning.	4	3	2	1
1.9	Communication skills.	4	3	2	1
1.10	The role of my family and friends.	4	3	2	1
1.11	Coping with stress.	4	3	2	1
1.12	The value of a spiritual life.	4	3	2	1
2.	Rate your overall satisfaction with the group.	4	3	2	1

3. What other topic(s) would you like to have discussed during the group sessions?

.....
.....

4. Which topic(s) did you find most helpful about the group?

.....
.....

5. Which topic(s) did you find less helpful about the group?

.....
.....

6. What is your criticism about the programme?

.....
.....

7. What would you like to recommend?

.....
.....

Your co-operation is sincerely appreciated.

.....
MRS A A ROUX
Ph.D.-STUDENT

DIETARY GUIDELINES

1. Enjoy a variety of foods.

2. Be active.



3. Make starchy foods the basis of most meals.



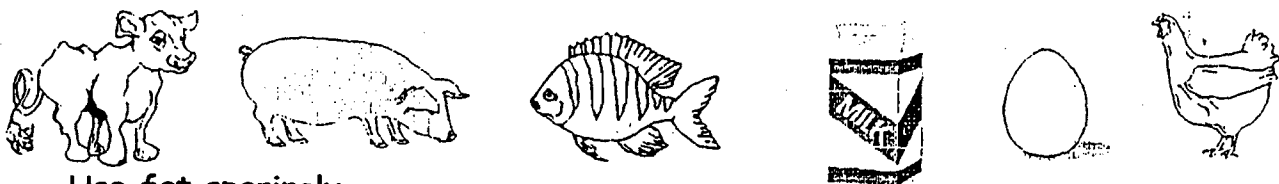
4. Eat plenty of fruits and vegetables every day.



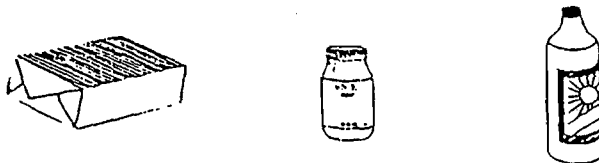
5. Eat lentils, dried beans and dried peas regular.



6. Food of animals can be eaten everyday.



7. Use fat sparingly.

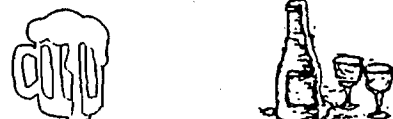


8. Use salt sparingly.

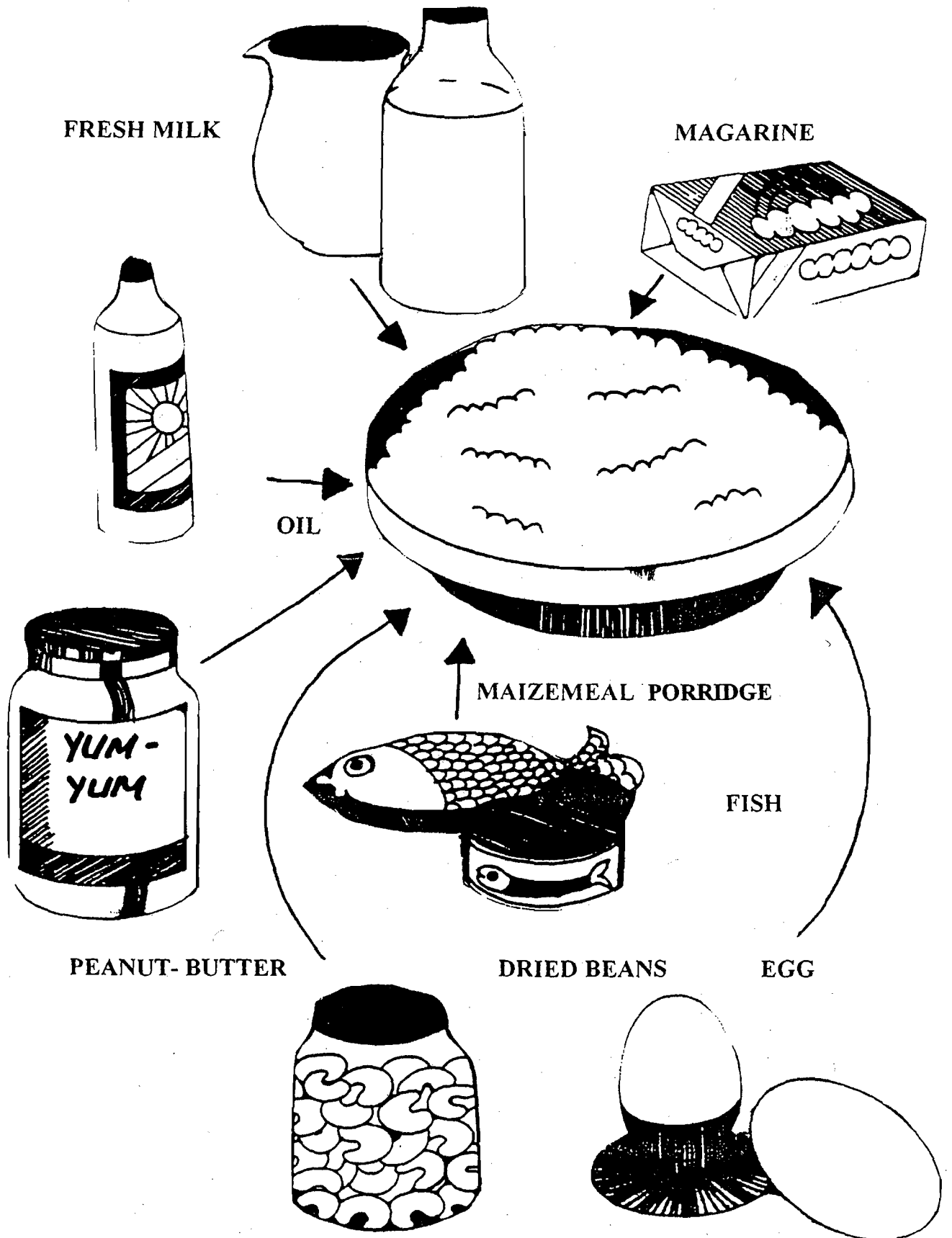
9. Drink lots of clean, safe water.



10. If you drink alcohol, drink sensibly.



HOW TO ENRICH MAIZEMEAL PORRIDGE



GUIDELINES FOR GOOD HYGIENE

Always wash hands before:

- ✓ Cooking
- ✓ Eating
- ✓ Feeding other person

Always wash hands after:

- ✓ Using a toilet
- ✓ Touching food

Other practices:

- ✓ Use clean water. Boil drinking water.
- ✓ Wash bed linen, towels and clothes with soap and water.
- ✓ Wash eating utensils with soap and water.
- ✓ Cover mouth when sneezing or coughing.
- ✓ Avoid spitting or spit in a container, never on the ground.
- ✓ Keep wounds covered.
- ✓ Do not share toothbrushes, razors, and needles.
- ✓ Dispose waste properly and frequently.

GUIDELINES FOR SAFE FOOD HANDLING

1. General

- Wash hands with soap and water **before** and **after** touching food.
- Keep hot foods hot and cold foods cold.
- Do not eat foods after the "best before" date has expired.
- Do not store food for more than 1 day.
- Boil leftovers before eating.

2. Animal products

- Cook meat, fish and eggs at high temperature, until well done!
- Do not eat soft-boiled eggs.
- Use only **plastic** cutting boards for cutting meat and fish.
- Wash cutting boards and utensils carefully after handling animal products.
- Use only pasteurised milk, cheese and other dairy.

3. Fruits and vegetables

- Carefully wash raw fruit and vegetables with clean water.

MANAGEMENT OF SYMPTOMS

Lack of appetite:

- ⇒ Eat a lot of energy and body building foods.
- ⇒ Small frequent meals.
- ⇒ Ask someone to prepare your food.

Mouth soreness and problems swallowing:

- ⇒ Use straw for drinks and soups.
- ⇒ Eat cold or room temperature foods.
- ⇒ Eat soft foods like mash potatoes, custard, puree food and fruits.

Taste changes:

- ⇒ Use herbs and spices like lemon, sugar, cinnamon, and parsley to increase taste.

Bloating:

- ⇒ Small frequent meals.
- ⇒ Avoid gas-forming foods like beans, cabbage, carbonated drinks and beer.

Fullness:

- ⇒ Avoid greasy and fried foods.

Heartburn:

- ⇒ Small frequent meals.
- ⇒ Avoid greasy and spicy foods.
- ⇒ Don't lie down directly after a meal.

Nausea:

- ⇒ Eat and drink cold or room temperature foods.
- ⇒ Drink carbonated drinks.
- ⇒ Eat toast.
- ⇒ Avoid the smell of food.
- ⇒ Eat sour foods like lemon wedges.
- ⇒ Eat slowly and chew food well.
- ⇒ Small, frequent meals.

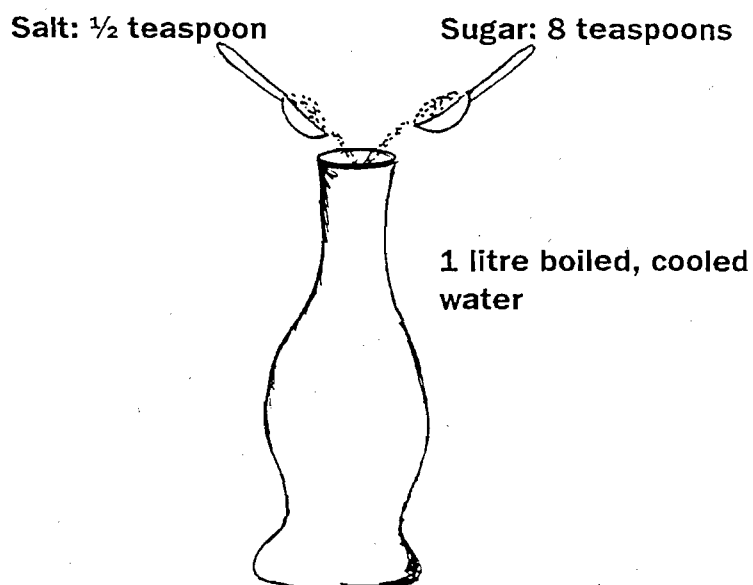
Diarrhoea:

- ⇒ Mashed brown banana, apple or carrots.
- ⇒ Avoid milk and milk products like cheese and sour milk.
- ⇒ Oral dehydration solution.

Prepare as follows:

- * 1 litre boiled and cooled water
- * 8 teaspoons sugar
- * $\frac{1}{2}$ teaspoon salt

Mix together and drink a glass after each stool.



WERKOOOREENKOMS/KONTRAK

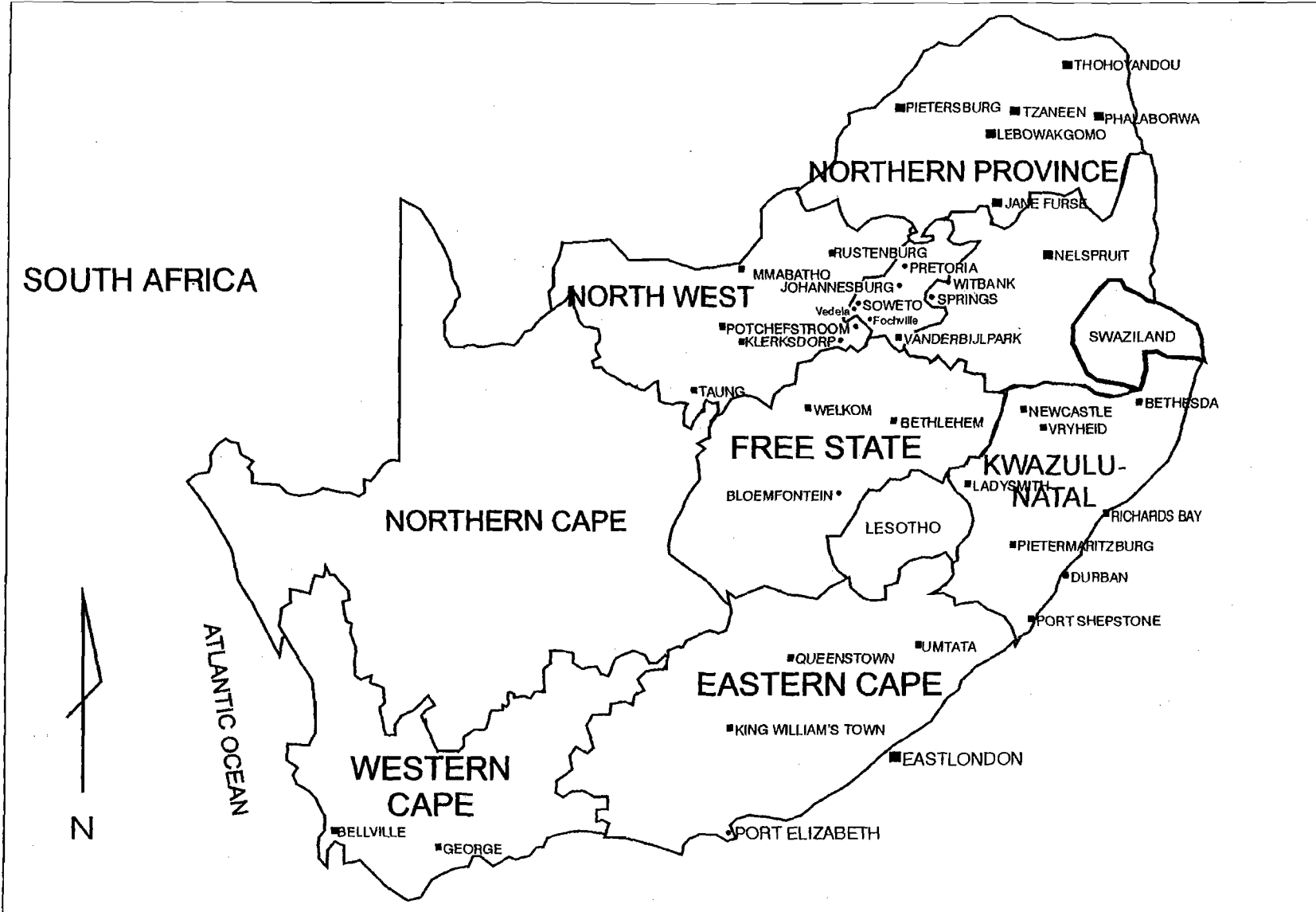
Ek/I onderneem die volgende/promise the following:

- * Ek sal alle inligting in die groep as vertroulik hanteer./I will handle all information in the group confidentially.
- * Ek sal nie van groeplede buite die groep praat nie./I will not talk about group members outside the group.
- * Ek sal elke byeenkoms bywoon./I will attend every group meeting.

Handtekening/Handsign:

Getuie/Witness:

Getuie/Witness:



KAART VAN POTCHEFSTROOM-GESONDHEIDSDISTRIK

SKEDULE: VOORONDERSOEK

PU vir CHO
 Skool vir Psigo-Sosiale
 Gedragwetenskappe
 Vakgroep: Maatskaplike Werk

VOORONDERSOEK: KENNIS VAN DIE ALGEMENE PUBLIEK OOR HIV/VIGS

INSTRUKSIES

Maak 'n kruisie in die blokkie waar van toepassing of verstrekk asseblief u antwoorde op die stippellyne.

1. Geslag

Manlik		Vroulik	
--------	--	---------	--

2. Beroep

--

3. Ouderdom in jare tot die naaste heelgetal

--	--

4. Het u al van HIV-positief gehoor?

JA	NEE
----	-----

5. Het u al van VIGS gehoor?

JA	NEE
----	-----

6. Indien ja by 4 en/of 5 hierbo, wat weet u daarvan?

7. Is VIGS/HIV-positief 'n siekte?

JA	NEE
----	-----

8. Indien ja, wat is die simptome/eienskappe daarvan?

9. Indien nee, wat dink u is VIGS/HIV-positief?

10. Sou u graag wou weet of u HIV-positief is?

JA	NEE
----	-----

11. Hoekom?

12. Is HIV-positief aansteeklik?

JA	NEE
----	-----

13. Indien ja, hoe kan 'n mens aansteek?

.....
.....

14. Kan 'n mens keer dat jy met hierdie siekte geïnfekteer word?

JA	NEE
----	-----

15. Indien ja, hoe kan 'n mens dit keer?

.....
.....

16. Wat doen u persoonlik om te keer dat u nie die siekte kry nie?

.....
.....

17. Gaan mense dood van VIGS?

JA	NEE
----	-----

18. Indien ja, hoe kan 'n mens keer dat iemand doodgaan?

.....
.....

19. Waar/by wie het u al van VIGS/HIV-positief gehoor?

.....
.....

20. Ken u iemand wat VIGS het of HIV-positief is?

JA	NEE
----	-----

21. Indien ja by vraag 20, wie ken u?

Ouers (pa of ma)	
Familie (broers, susters, tantes)	
Vriende	
Kinders	
Vrou/man	
Ander	

22. Wat sal u doen as u hoor dat u man/vrou HIV-positief is of VIGS het?

.....
.....

23. Wat is u algemene houding ten opsigte van mense wat VIGS het of HIV-positief is?

.....
.....

24. Indien u 'n familielid van die pasiënt is, sal u hierdie persoon graag wil ondersteun?

JA	NEE
----	-----

25. Indien ja by vraag 24, op welke wyse kan u hom/haar ondersteun?

.....
.....

26. Indien nee, hoekom nie?

.....
.....

27. As 'n mens HIV-positief getoets het, wat kan 'n mens doen om die ontwikkeling van VIGS uit te stel?

.....
.....

28. As 'n mens reeds die siekte het, wat kan jy doen om nog 'n kwaliteit lewe te lei?

.....
.....

Baie dankie vir u vriendelike samewerking om 'n sukses van hierdie voorondersoek te maak.

DATUM:

NAVORSERS:

MEV AA ROUX

MEV CC WESSELS

B	S	K	I
---	---	---	---

