

'n Onderzoek na die opheffing van sosio-ekonomiese omstandighede van
Tuberkulose pasiënte in Bishop Lavis as nie-mediese intervensie

Alvera Antonette Swartz



Werkstuk ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes vir die
graad Magister in Publieke Administrasie aan die Universiteit van
Stellenbosch

Studieleier: F. Theron

Desember 2000

Verklaring

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie werkstuk vervat, my eie oorspronklike werk is en dat ek dit nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê het nie.

Alvera Antonette Swartz

Opsomming

Die primêre doel van die studie is die ondersoek na ontwikkelingsgeleenthede vir die opheffing van die sosio-ekonomiese omstandighede van Tuberkulose pasiënte as 'n nie-mediese tussentrede. Die fokus van die studie berus op die pasiënt se menings en lewenservaring aangaande die bekamping van die siekte. Vanweë die sosiale en ekonomiese konnotasie aan TB is dit van belang dat die toestande wat direk 'n invloed het op die vatbaarheid vir TB, aangespreek word om sodoende die risiko van infeksie en herinfeksie te verminder. Hierdie toestande is onder andere behuising, voedingsstatus, opvoedingspeil en substansmisbruik. Omdat genoemde toestande afhang van gereelde en genoegsame inkomste word werkloosheid en die gevolge daarvan behandel. Reeds vir dekades is die verband tussen TB en sosio-ekonomiese omstandighede beskryf, maar steeds is dit juis dié omstandighede wat die vooruitgang in die mediese behandeling in die wêreld. Die menings en ervarings van TB pasiënte is verkry uit informele in-diepte onderhoude. Dit is duidelik dat TB pasiënte nog nie self aan oplossings vir die epidemie begin dink het nie. Dit kan toegeskryf word aan die feit dat die genesing van TB histories die uitsluitlike verantwoordelikheid van gesondheidspersoneel was. Daar word ook 'n groot mate van apatie gemerk ten opsigte van probleemidentifisering en is die gemeenskappe dus nog nie gereed vir die massiewe ontwikkelingsaak wat voorlê nie. Deur 'n proses van sosiale leer en bemagtiging moet 'n verantwoordelike sin by gemeenskappe gekweek word. Selfvertroue moet gebou word ten opsigte van hulle vermoë om die situasie te verbeter met die hulp van ander rolspelers soos die regering, die privaatsektor en gesondheidsdienste. Aanbevelings vir ontwikkeling is gebaseer op die vlak, denke en huidige vermoëns van die pasiënte. Van die belangrikste aanbevelings sal wees die uitbreiding van kennis aangaande die siekte, die skepping van werksgeleenthede, die aanmoediging van ouerbetrokkenheid by hulle kinders se opvoeding en voedingsvoorligting deur opgeleide gemeenskapslede.

Abstract

The primary purpose of this study is to determine developmental opportunities for the upliftment of the socio-economic conditions of Tuberculosis patients as a non-medical intervention. The aim of the study rests with patients' opinions and life experiences regarding the control of the illness. Owing to the social and economic connotation attached to TB, it is imperative that the conditions be addressed that have a direct influence on the susceptibility of TB in order to minimize the risk of infection and re-infection. These conditions are, amongst other, housing, feeding status, level of education and substance abuse. Since these conditions depend on sufficient income, the issue of unemployment and its consequences are being discussed. For decades already the relation between TB and socio-economic circumstances is described, but it are still this very circumstances that stifles the advancement in medical treatment. The opinions and experiences of TB patients are obtained from informal in-depth interviews. It is obvious that TB patients never started to consider solutions for the epidemic themselves. This can be ascribed to the fact that, historically the cure of TB was exclusively the responsibility of the health profession. A great deal of apathy is noticed with regards to problem identification. For this reason the community is not yet ready for the massive developmental task that is still to come. Through a process of social learning and empowerment, a sense of responsibility must be cultivated within the communities. Confidence must be established with regards to their ability to improve the situation with the aid of other role players for example government, the private sector and health services. Recommendations for development are based on the level, the imagination and current abilities of the patients. The distribution of information about the disease, the creation of job opportunities, the encouragement of parents to participate in the education of their children and health education by trained members of the community are some of the most important recommendations of this study.

Erkennings

- Dank aan die Hemelse Vader vir die verstandelike en fisiese vermoë om hierdie werkstuk te kon voltooi.
- My opregte dank aan my kinders, Evarni en Erin, vir die geduld en ondersteuning.
- Waardering aan Leslie vir volgehoue aanmoediging, hulp en ondersteuning.
- Dank aan Dr. D. Schutte vir waardevolle insette en leiding.
- Dank aan die personeel van die volgende biblioteke:
 - Bellville Park Kampus Biblioteek
 - Geneeskundige Biblioteek Tygerberg Kampus
 - J. S. Gericke Biblioteek Stellenbosch Kampus
 - Stad Tygerberg Bronnesentrum
- Aan my studieleier, Francois Theron vir die akademiese leiding en morele ondersteuning.
- Laastens aan die pasiënte wat hul beskikbaar gestel het om aan die studie deel te neem. My opregte wens is dat die studie sal bydrae tot sinvolle ontwikkeling en probleemoplossing.

Afkortings

TB	- Tuberkulose
VIGS	- Verworwe Immuniteits Gebrek Sindroom
SANTA	- Suid Afrikaanse Nasionale Tuberkulose Assosiasie
TBM	- Tuberculosis Meningitis
MDR	- Multi Drug Resistance
UNICEF	- United Nations Internasional Childrens Emergency Fund
PGS	- Primêre Gesondheidsorg
IUATLD	- International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases
DOTS	- Directly Observed Treatment Shortcourse
HOP	- Heropbou en Ontwikkelingsprogram
NGO	- Nie Regeringsoganisatie
WGO	- Wêreldgesondheidsorganisasie

Inhoudsopgawe

Verklaring
Erkennings
Opsomming
Abstract
Afkortings

Hoofstuk 1 - Algemene Inleiding

1.1.	Inleiding	1
1.2.	Navorsingsprobleem	1
1.3.	Hipotese	2
1.4.	Motivering vir die studie	4
1.5.	Metodologie	5
1.5.1.	Databasisse	6
1.5.2.	Boeke, vaktydskrifte en wetgewing-en regeringsdokumente	6
1.5.3.	Statistiek	7
1.5.4.	Observasie	7
1.6.	Terminologiese verhelderings	7

Hoofstuk 2 - Konseptuele Agtergrond

2.1.	Inleiding	10
2.2.	Tuberkulose - 'n definisie	10
2.2.1.	Geskiedenis van TB	11
2.2.2.	Epidemiologie as dissipline en metodologie	12
2.2.3.	Kliniese beeld van TB	13
2.2.4.	Voorkoming van TB	14
2.2.5.	Behandeling van TB	14
2.3.	Werkloosheid in die konteks van TB	16
2.3.1.	Redes vir werkloosheid	16
2.3.2.	Versekering van inkomste	17
2.3.3.	Werkloosheid en TB verband	18
2.3.4.	Verbetering van sosio-ekonomiese omstandighede van TB-lyers	20
2.3.5.	Gevolge van werkloosheid en implikasie van TB	21
2.3.5.1.	Swak behuising	22
2.3.5.2.	Lae opvoedingspeil	23
2.3.5.3.	Wan- en ondervoeding	25
2.3.5.4.	Alkohol en dwelmmisbruik	27
2.4.	Ontwikkeling	29
2.4.1.	Die beginsels van gemeenskapsontwikkeling	29
2.4.2.	Die gemeenskap se ingesteldheid teenoor ontwikkeling	31
2.4.3.	Die rol van die ontwikkelingsagent	32
2.5.	Samevatting	33

Hoofstuk 3 - Wetgewing en Beleid

3.1.	Inleiding	35
3.2.	Alma Ata Deklarasie	35
3.3.	Internasionale beheer	38
3.4.	Nasionale beheer	39
3.4.1.	Die Wet op Gesondheid, 1977	39
3.4.2.	Die Witskrif op die Transformasie van Gesondheidstelsels, 1997	39
3.4.3.	Nasionale TB Beheerprogram, 1996	40
3.4.4.	Heropbou en Ontwikkelingsprogram, 1994	41
3.4.4.1.	Opleiding	41
3.4.4.2.	Behuising	41
3.4.4.3.	Werkloosheid	42
3.4.4.4.	Voeding	42
3.4.4.5.	Welsyn	42
3.4.5.	Maatskaplike Hulp	43
3.5.	Plaaslike beheer	43
3.5.1.	TB beleid	43
3.5.2.	Behuising	44
3.5.3.	Werkskepping	45
3.5.4.	Dwelmmisbruik	45
3.6.	Samevatting	46

Hoofstuk 4 - Data analise

4.1.	Inleiding	48
4.2.	Kennis van TB	48
4.3.	Werkloosheid	50
4.3.1.	Versekering van inkomste	52
4.4.	Gevolge van werkloosheid	53
4.4.1.	Behuising	53
4.4.2.	Opvoedingspeil	55
4.4.3.	Wan- en ondervoeding	56
4.4.4.	Alkohol- en dwelmmisbruik	57
4.5.	Sport en rekreasie	59
4.6.	Probleme in die gemeenskap	60
4.7.	Samevatting	61

Hoofstuk 5 – Interpretasie van data

5.1.	Inleiding	63
5.2.	Kennis van TB	63
5.3.	Werkloosheid	65
5.4.	Behuising	66
5.5.	Opvoedingspeil	66
5.6.	Wan- en ondervoeding	67
5.7.	Alkohol- en dwelmmisbruik	68
5.8.	Oplossings – siening van respondente	68

5.9 Samevatting	69
-----------------	----

Hoofstuk 6 - Samevatting en aanbevelings van studie

6.1. Samevatting	71
6.2. Aanbevelings	74
6.2.1. Kennis van TB	74
6.2.2. Werkloosheid	74
6.2.3. Behuising	75
6.2.4. Opvoeding	75
6.2.5. Voeding.	75
6.2.6. Substansmisbruik	76
6.2.7. Probleme in die gemeenskap	76

Bibliografie	77
--------------	----

Bylae

1. TB statistieke: Stad Tygerberg
2. TB statistieke: Stad Tygerberg Westelike Distrik
3. TB statistieke: Bishop Lavis
4. Behuising
5. Proteien-energie-wanvoeding-skema
6. Transkripsie van onderhoude
7. Duimdruk vraelys

Diagramme en Tabelle

Figuur 1.	
Skematiese voorstelling van studiebenadering	3
Figuur 2.	
Skematiese voorstelling van hipotese	4
Figuur 3.	
Insidensie van TB in Suid Afrika	12
Figuur 4.	
Medikasie kombinasies	15

Figuur 5.		
	Skematiese voorstelling van werkloosheid en TB verband	19
Figuur 6.		
	Vlak van geletterdheid van kleurlinge in die Wes Kaap in 1995	24
Figuur 7.		
	Werkloosheid in die Wes Kaap volgens vorige beroepe in 1995	25
Figuur 8.		
	Beleidmakers ten opsigte van TB op verskillende vlakke	36
Figuur 9.		
	Behandelingsuitslae van smeer positiewe gevalle in die Kaapse Metropool	44
Figuur 10.		
	Versekerde inkomste per huishouding.	52
Figuur 11.		
	Tipe behuising	54
Figuur 12.		
	Alkohol en dwelmmisbruik	58
Figuur 13.		
	Ontwikkelingsmodel vir die opheffing van sosio-ekonomiese toestande van TB pasiënte as nie-mediese intervensie	73

Hoofstuk 1

Algemene Inleiding

1.1. Inleiding

Volgens statistiek ondervind Suid-Afrika van die ergste TB epidemies ter wêreld. So lui die verklaring van die Wêreld Gesondheidsorganisasie in Junie 1996. In reaksie op die verklaring, verklaar Dr. Zuma, destydse Minister van Gesondheid, TB as 'n nasionale gesondheidsprioriteit in November 1996. In die Stad Tygerberg, wat slegs een van die munisipale areas van die Kaapse Metropool uitmaak, is vir die termyn 01.10.2000 tot 31.03.2000 1036 gevalle van TB aangemeld. (sien Bylaag 1). Ter aansluiting hierby, en gesien in die lig dat die Wes-Kaap die hoogste insidensiesyfer in die wêreld het, word 'n veldtog teen TB in die gebied geloods. Te oordeel aan die publisiteit word die afmetings van die probleem nie gering geskat nie (Cameron et al 1998).

Die dinamika verbonde aan die uitwissing van TB, alhoewel 'n geneesbare siekte, is egter die bron van kommer vir regerings, gesondheidswerkers en die TB pasiënt self. Alhoewel biomediese navorsing medikasie van die hoogste gehalte lewer, kliniese navorsing die effektiwiteit van die medikasie bevestig en gesondheidstelsel navorsing beter en meer toeganklike behandelingsmetodes tot stand bring, toon epidemiologiese studies steeds 'n styging in die insidensie van TB in Suid Afrika. (sien Anoniem 1996: 2, Anoniem 1998:10)

1.2. Navorsingsprobleem

'n Magdom kwantitatiewe navorsing wat talle aspekte van TB dek is reeds gedoen en word nog steeds gedoen (sien byvoorbeeld *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*, Iseman (red) 1998). Aspekte wissel van epidemiologiese studies, studies oor aanleidende faktore (afsonderlik en gesamentlik), die moontlikheid van genetiese predesponering tot die siekte en immuniteitsdisfunksies. Soos verwag word met die uitslae van navorsing lei die aanbevelings na ontwikkelingsaksies waar van

toepassing. Die afleiding wat met moedeloosheid gemaak word is dat die ontwikkelingspogings misluk. Die stygende insidensie van TB is en bly die enigste maatstaf vir die sukses of mislukking van die beheer van TB.

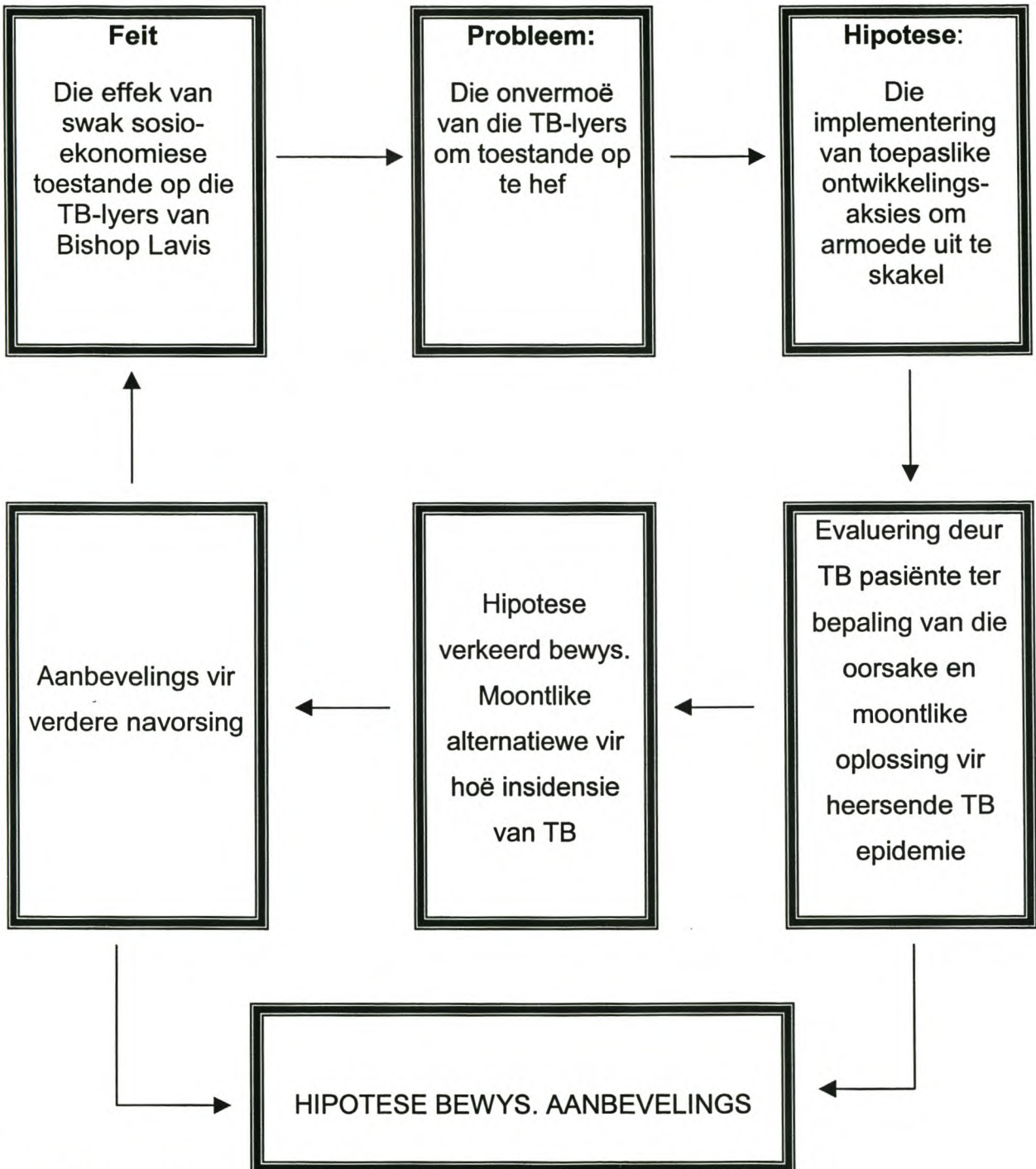
Vorige navorsing (sien byvoorbeeld Thomson & Myrdal 1986: 263-264, Krauss-Mars & Lachman 1992: 16-19) het getoon dat 'n standaard van gesondheid gehandhaaf behoort te word om die risiko van infeksie en herinfeksie te verminder. Die gesondheidstatus word gekoppel aan sosio-ekonomiese omstandighede omdat wan-en ondervoeding, oorbewoning, swak ventilasie en substansmisbruik reeds as aanleidende faktore geïdentifiseer is. Alhoewel nie vir alle gemeenskappe, is daar reeds ontwikkelingspogings aangewend byvoorbeeld beter behuising, voedingshulp en sosiale bystand in TB geteisterde gebiede. Dit is juis in dië gebiede soos byvoorbeeld Bishop Lavis, Elsiesrivier, Uitsig en Ravensmead waar die TB gevalle jaarliks styg. (sien Bylaag 2)

Ontwikkelingspogings wat daarop gemik is om TB uit te wis was tot dusver gebaseer op kwantitatiewe navorsing en op aanbevelings van akademiese, professionele en intellektuele "buitestaanders" (sien byvoorbeeld Glatthaar & Barends 1995: 179-186, Dick et al 1997: 1042-1045, Collins 1992: 26-27). Pogings was ook in isolasie afhange van die studieveld en die uitslae van die navorsing. Dit sou of hospitalisasie versus gemeenskapsbehandeling, pogings tot beter behuising in 'n gegewe gebied, 'n verskerpte opvoedingsveldtog of 'n verbeterde behandelingsregime wees. Die navorser argumenteer dat 'n "*trial and error*" benadering gevolg word in die soeke na 'n werkbare oplossing.

1.3. Hipotese

Alhoewel blootgestel aan dieselfde sosio-ekonomiese toestande verseker die verskil in lewensstyl dat sekere pasiënte 'n gesondheidsstandaard handhaaf wat hulle risiko vir herinfeksies verminder. Onderstaande diagram (Figuur 1.) beeld die multi-dimensionele omvang van die probleem wat ondersoek moet word uit asook die multi-dissiplinêre benadering benodig vir die regstelling daarvan.

Figuur 1. Skematiese voorstelling van studiebenadering

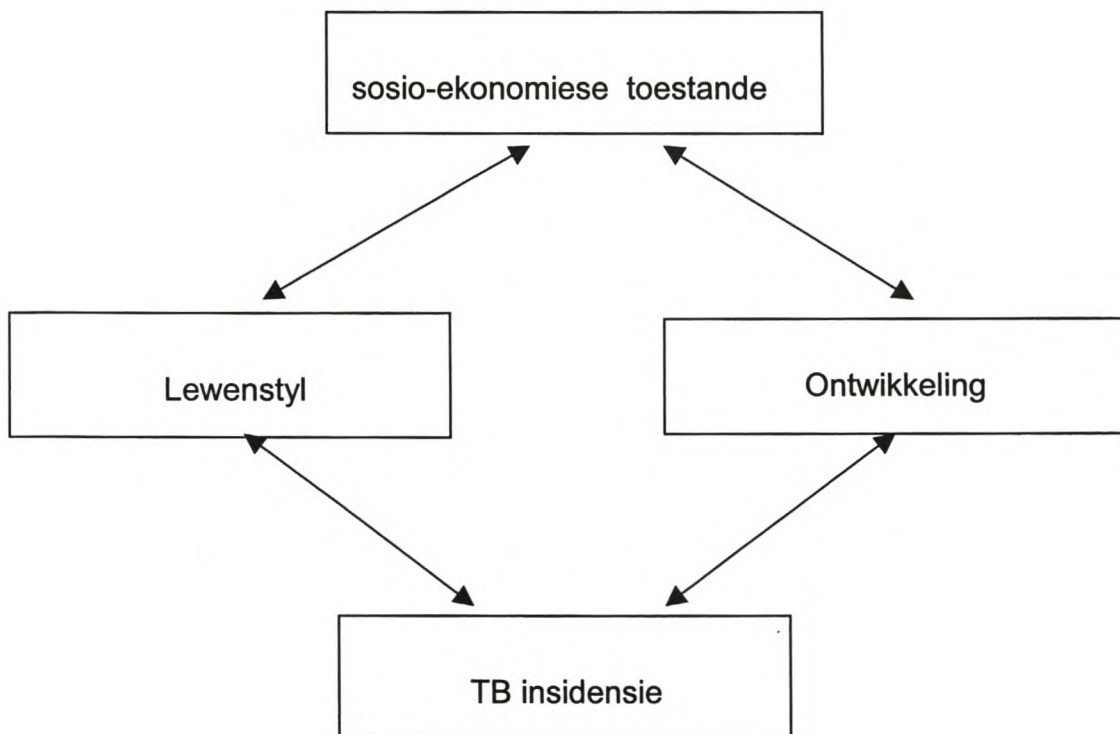


(Bless & Higson- Smith 1995: 13)

Veranderlikes soos bespreek deur Brynard & Hanekom (1997:20) kan geïdentifiseer word as sosio-ekonomiese toestande en lewenstyl as afhanklike veranderlikes met die gesondheidsstandaard as die onafhanklike veranderlike. (sien Figuur 2.)

Die hipotese is deduktief omdat die navorser van 'n bestaande teorie sal werk. Die teorie lui dat werkloosheid 'n bydraende faktor is tot die hoë insidensie van TB.

Figuur 2. Skematiese voorstelling van hipotese



1.4. Motivering vir die studie

Bishop Lavis is 'n middelklas, oorwegend kleurling gemeenskap op die Kaapse Vlakte. In die gemeenskap styg die insidensie van TB jaarliks, smeerpositiewe gevalle is hoog (74%), en alhoewel die suksessyfer van die nuwe gevalle hoog (85%) is, is die aanmeldingssyfer van herinfeksies steeds 52%. (sien Bylaag 3) Die skokkende statistiek is ondanks ontwikkelingsaksies van regering en nie-regeringsorganisasies ter verbetering van sosio-ekonomiese omstandighede van TB pasiënte. Terselfdertyd kan uit mediese rekords afgelei word dat alhoewel individue aan dieselfde omstandighede blootgestel is, daar diegene is wat nie weer TB opgedoen het nie.

Die studie het ten doel om kwalitatiewe informasie van TB-lyers in te win om as basis te dien vir verdere navorsing in die ontwikkelingsbehoefte en - moontlikhede vir die eradikasie van TB. Die navorser is van mening dat die benadering tot enige ontwikkelingsaksie vanaf die TB-lyers self moet kom. Navorsing was in die verlede geïdentifiseer en geprioritiseer uit die oogpunt van ontwikkelaars, diensleweraars en beleidmakers. In die studie word klem geplaas op die individu se mening oor sosiale omstandighede, kennis van die siekte asook moontlike oplossings vanuit hulle oogpunt.

1.5. Metodologie

Kwalitatiewe navorsing sal onderneem word soos aangevoer in Mouton & Marais (1988:164). Die tipe navorsing word as kwalitatief beskou vir die volgende redes:

- alle menings van respondente is subjektief vanweë hulle persoonlike ervarings
- die navorser, as deelnemende waarnemer, is betrokke in aspekte van gebeure
- die weergawe is spontaan en spreek van toevallige gebeure
- inligting-inwinning geskied op 'n nie-gestruktureerde en meer spontane en intieme manier
- die metode van inligting-inwinning is oop sodat onverwagte inligting spontaan gemeld word
- konteks word verreken volgens spesifieke en unieke situasies
- deelnemende waarneming geskied as integrale deel van navorsing.

In aanvulling tot deelnemende waarneming deur die navorser, met 20 jaar ondervinding oor die onderwerp, is in diepte onderhoude gevoer met 'n totaal van vyf persone. Hierdie persone sal in gemeen hê dat hulle almal in 1995 vir die eerste keer met TB gediagnoseer is. Een onderhoud sal gevoer word as 'n loodsstudie. Die volgende vier respondente sal in twee groepe verdeel word. Die eerste groep, die kontrolegroep sal bestaan uit persone wat sedert 1995 nie weer TB opgedoen het nie, terwyl die eksperimentele groep vir een of meer keer weer gediagnoseer is.

Slegs mans in 'n ekonomies produktiewe ouderdomsgroep is gekies vanweë die feit dat mans tradisioneel die broodwinners is. Die studie beoog eerstens om vas te stel of daar enige verskille in sosio-ekonomiese toestande van die studiegroepe bestaan. Tweedens sal vasgestel word of die kontrolegroep spesiale voorsorgmaatreëls getref het om hulle risiko van herinfeksie te verminder. Derdens sal vasgestel word of die groepe verskillende menings huldig oor gesondheid en lewensomstandighede in die algemeen. Vierdens het die studie ten doel om die omvang van die infeksiepoel van die verskillende groepe te bepaal.

Onderhoude sal gevoer word in die wonings van die verskillende persone en volgens vooraf gereëde afsprake. Observasies van die betrokke wonings, omliggende omgewings en ook fisiese bou en liggaamshouding van die respondente sal gemaak word.

Duimdruk vraelyste (sien Bylaag 7) is opgestel vir die voer van die onderhoude. Die vrae was oop vrae wat op 'n ongestruktureerde wyse bespreek is.

1.5.1. Databasisse

'n Kruis-verwysingstudie is gemaak van verskillende databasisse byvoorbeeld Medline, Nexus, Sabinet, INEG, MRC, US Bellville Park Biblioteek, US Mediese Biblioteek en J.S. Gericke Biblioteek om die relevansie en egtheid van die informasie te bepaal.

1.5.2. Boeke, vaktydskrifte en wetgewing- en regeringsdokumente

Mouton & Marais (1988), Bless & Higson Smith (1995) en Brynard & Hanekom (1997) is bestudeer vir die skryf van hierdie werkstuk. Hierdie bronne is ook gebruik in die bestudering van metodiek.

Coovadia & Benatar (1991), Swanepoel & De Beer (1997), Chambers (1997), Wilson & Ramphele (1989), Liebenberg & Stewart (red)(1997), Kotze (red) (1997), Burkey (1993) is geraadpleeg in die saamstel van 'n konseptuele agtergrond vir die studie.

Health & Hygiene(1998, 1999), CHASA Journal of Comprehensive Health (1995, 1996), South African Medical Journal (1986,1992), Tuberculosis. A Training Manual for Health Workers (1998), Femina (1996), Urbanisation and Health Newsletter (1994) en Soc. Sci. Med. (1988), Educamus (1992) en The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease (1998) is gebruik om die mediese sowel as die sosiale aspek van TB te bestudeer.

Die Grondwet (Wet 106 van 1996), die basis dokument vir Heropbou en Ontwikkeling (1994), gesondheidswetgewing (Witskrif op die Transformasie van Gesondheidstelsels, 1997) en maatskaplike wetgewing (Welsynswysigingswet 106 van 1997) is geraadpleeg om as vertrekpunt te dien vir moontlike ontwikkelingsaksie.

1.5.3. Statistiek

Statistiese data van die Stad Tygerberg is bestudeer om die tendense in TB insidensie vas te stel asook om die omvang van die probleem in Bishop Lavis te illustreer.

1.5.4. Observasie

Persoonlike waarneming van huislike asook omgewingtoestande is gedoen om die realiteit van armoede te besigtig.

1.6. Terminologiese verhelderings

Insidensie

Insidensie verwys na die aantal individue gediagnoseer met TB per 100 000 van die totale bevolking van 'n gegewe geografiese gebied.

Herinfeksie

Dui op 'n herhaalde diagnose van TB nadat die pasiënt of die aanvanklike kursus voltooi het en as genees verklaar is, of nadat behandeling gestaak is voordat die voorgeskrewe tyd verstreke is (Department of Health 1996:15).

Nuwe smeer-positiewe gevalle/ smeer-positiewe gevalle

Dit is die persone wat vir die eerste keer in hulle leeftyd met TB gediagnoseer word en wel deur middel van 'n mikroskopiese sputumuitslag wat die aantal TB bassille aandui. Smeer-positiewe gevalle dui slegs op mikroskopiese bevestiging. Die pasiënt kan dus nuut of 'n herhaalde geval wees (Department of Health 1996: 15).

Verdagtes

Hierdie persone toon tekens en simptome van TB en het dikwels 'n geskiedenis van direkte kontak met 'n volwasse TB pasiënt.

Kontakte

TB is 'n hoogs aansteeklike siekte wat maklik deur druppelbesmetting (hoes) oorgedra word. Daarom verwys kontakte na alle persone wat in noue kontak met TB pasiënte of verdagtes leef. Nabye kontakte sal diegene wees wat saam met die pasiënt in dieselfde woning leef terwyl byvoorbeeld ook kollegas en klasmaats as kontakte gemeld kan word veral as die pasiënt vir 'n geruime tyd tekens en simptome getoon het voordat diagnose gemaak is en behandeling begin is.

Navorsing soos byvoorbeeld die *Early Bacteriological Activity*-studie gedoen te Tygerberg Hospitaal, het getoon dat 'n pasiënt nie meer aansteeklik is 48 uur nadat hulle met behandeling begin het nie. Die gevaar van besmetting is dus die tydperk vandat die persoon die siekte opgedoen het tot nadat behandeling begin is. (Balt et al. 1998)

Multi-terapie weerstand

Die term word gebruik wanneer 'n TB pasiënt 'n weerstand opbou teen twee of meer antibiotika wat spesiaal gebruik word in die behandeling van die siekte. Die omvang

van die weerstand word bepaal deur 'n sensitiviteitstoets gedoen op sputum monsters in 'n laboratorium (Department of Health 1996: 9).

Smeer

Dit is die mikroskopiese toets op sputum monsters waar bassille waargeneem kan word nadat die monster met 'n alkohol- en suurvaste medium behandel is (Department of Health 1996: 3).

Kultuur

Dit is 'n gespesialiseerde laboratorium toets waar TB bassille gekweek word op sputum monsters. Die toets is meer akkuraat in die diagnose van TB omdat die mikroskopiese toets smeer positief vir ander basille mag lees (Department of Health 1996: 5).

Infeksiepoel

Die infeksiepoel dui op die aantal TB gevalle en verdagtes gekonsentreer in 'n geografiese area. Die areas is gewoonlik digbewoonde gebiede met swak sosio-ekonomiese toestande (Vlok 1996: 517).

Aanmelding

Dit is die verpligte aanmelding van TB gevalle aan die nasionale gesondheidsdepartement. Aanmelding geskied met diagnose. 'n Aanmeldingsnommer word aan elke pasiënt toegewys om duplisering van aanmeldings te voorkom (Department of Health 1996: 15).

Hoofstuk 2

Konseptuele Agtergrond

2.1. Inleiding

'n Oorsig van die relevante literatuur van die volgende onderwerpe naamlik TB, sosio-ekonomiese toestande van TB lyers en ontwikkeling word in hierdie hoofstuk bespreek. Die rede vir die uiteenlopende onderwerpe is dat swak sosio-ekonomiese toestande direk gekoppel kan word aan die epidemiese afmetings wat die siekte aanneem. Moontlike oplossings is dus gesetel in ontwikkelingsaksies ter opheffing van die genoemde sosio-ekonomiese toestande.

Daar sal gefokus word op 'n definisie van TB, die geskiedenis van TB, epidemiologie en kliniese beeld en die voorkoming en behandeling van TB. 'n Verband tussen TB en werkloosheid word getrek en die sosio-ekonomiese impak van werkloosheid op TB-lyers se lewens bespreek.

Met inagneming van die doel van die werkstuk naamlik die ondersoek na ontwikkelingsmoontlikhede wat sal lei tot die beheer en moontlike eradikasie van TB, sal 'n samevatting gegee word van die beginsels van volhoubare ontwikkeling. Gemeenskapsingesteldheid teenoor ontwikkeling en die rol van die ontwikkelingsagent sal ook bespreek word.

2.2. Tuberkulose - 'n Definisie

Tuberkulose (TB) is 'n kroniese infektiewe siekte wat veroorsaak word deur 'n spesifieke mikobakterium en gekenmerk word deur letselformasie in die aangetasde weefsel van enige liggaamsorgaan, maar spesifiek in die longe (Balt et al 1998: 1).

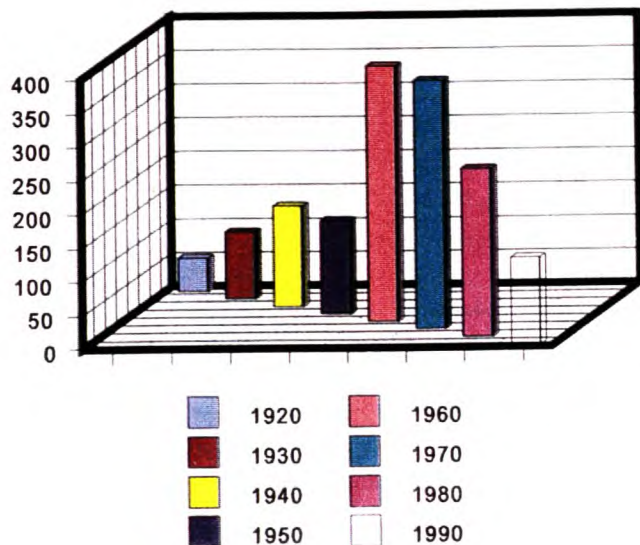
2.2.1. Geskiedenis van TB

Drie eras kan in die geskiedenis van TB onderskei word. Die eerste era strek oor eeue. Die enigste bewys daarvan is die ontdekking van die TB basil in mummies wat 4000 jaar oud is. Geen behandeling was in die tyd beskikbaar nie en die “aangetasdes” was uitgewerp na hooggeleë bergsanatoria. Bekende persone wat tydens die era aan TB gesterf het was Mozart en George Orwell.

Die tweede era was ingelui met die identifisering van die veroorsakende organisme (Mikobakterium Tuberkulose) deur Robert Koch in 1882. Verskeie hoogtepunte kenmerk die era naamlik die laboratoriese identifisering van die organisme deur middel van die Ziehl Neelsen metode, die ontwikkeling van die *Bacillus Calmette en Guerin* - vaksien en die ontdekking van die *Purified Protein Derivative* - 'n veltoets vir diagnostiese doeleindes. Die mees opspraakwekkende ontdekking was egter dié van anti-TB medikasie soos Streptomisien in 1944, Isoniasied in 1946, Pirasinamied in 1952 en Rifampisien in 1966.

Die begin van die derde era was die toetrede van die Verworwe Immuniteits Gebrek Sindroom (VIGS) tot die wêreld se gesondheidsprobleme. VIGS se skakeling met TB is vanweë die feit dat VIGS die immuniteitstelsel van die liggaam vernietig en sodoende dié persone maklike kandidate vir die aansteeklikheid van TB maak. Die twee toestande se simptome stem ooreen en het aanvanklik verwarring geskep met diagnosering.

In Suid-Afrika is TB reeds vanaf 1919 'n verpligte aanmeldbare siekte. Met die ontdekking van anti-TB medikasie in die 1950's was daar 'n onbeduidende afname in die insidensie van gevalle, maar 'n skerp styging was byna onmiddellik daarna waarneembaar (Figuur 3). Die styging word toegeskryf aan her-infeksies, medikasie weerstandigheid en swak medikasie beheerprogramme. (De Haan 1996, Packard 1990, Coovadia & Benatar 1991)

Figuur 3. Insidensie van TB in Suid- Afrika

2.2.2. Epidemiologie as dissipline en metodologie

Tuberkulose word in mense deur die Mikobakterium Tuberkolose en in diere deur die Mikobakterium Bovis veroorsaak. Die verspreiding van die Mikobakterium Tuberkulose vind op twee maniere plaas: deur druppelbesmetting van die geïnfekteerde draer en inaseming van besmette stofdeeltjies. (Stof kan besmet wees vir solank as ses maande mits die stof nie in direkte sonlig is nie)

Die aanleidende faktore tot die siekte kan direk aan armoede simptome gekoppel word. Swak behuising, oorbewoning, wanvoeding, swak higiëne, emosionele en fisiese spanning en alkoholisme is van die simptome wat genoem word. Dië simptome dui op die infeksiepoel asook die verlaagde weerstand teen die siekte. TB kom wêreldwyd voor met die hoogste insidensie in onderontwikkelde en ontwikkelende lande.

Sosioloë en antropoloë bespreek lank reeds die verband tussen armoede en TB in die beheer van die siekte. Ellis et al (1997: 1048) voer aan dat konvensionele strategieë in die beheer van TB fokus op die individuele pasiënt binne die raamwerk van die TB beheerprogram. Hierdie benadering berus op opvoeding en

lewenstylaanpassing van die pasiënt met die klem op samewerking tot die mediese behandeling. Nieteenstaande die beskikbaarheid van effektiewe medikasie, is die insidensie van TB steeds hoog in die Wes-Kaap en spesifiek in die kleurlinggemeenskappe. Die toepassing van 'n eksklusiewe biomediese model blyk oneffektief te wees in die beheer van die siekte.

Die pasiënt se ondervinding en siening van die siekte aan die een kant, en professionele diagnose en behandeling daarvan aan die ander kant, veroorsaak dikwels areas van konflik in die gesondheidsorgbenadering. Gesondheidsorgwerkers konsentreer op die biomediese model terwyl die pasiënte op die sosiomediese model konsentreer. Dit is belangrik dat genoemde partye mekaar se modelle sal inkorporeer in 'n gesamentlike benadering.

Die oorsaak, behandeling van die siekte asook die probleemarea van die volhouding van behandeling (*compliance*) moet gesien word saam met die sosiale omgewing van die pasiënte naamlik lewenswyse, norme en waardes, politieke en ekonomiese omstandighede en ook die gehalte en beskikbaarheid van gemeenskapsgesondheidsdienste.

2.2.3. Kliniese Beeld van TB

Die TB simptome ontwikkel oor 'n lang periode en word dikwels nie besef deur die siek persoon en die mediese personeel nie. Die simptome kan verwarrend wees met dié van boonste lugweg infeksies. Klassieke simptome is onder andere:

- _ 'n Voortslepende kuggie wat later in 'n produktiewe hoes ontaard.
- _ Beduidende gewigsverlies sonder 'n geskiedenis van dieetmetodes word ervaar.
- _ Anoreksie is 'n vroeë simptome wat progressief vererger soos die persoon sieker word.
- _ 'n Algemene gevoel van afgematheid - dikwels die oorsaak van afwesigheid van werk.
- _ Tipiese klam koue sweet wanneer die persoon slaap - nie geassosieer met piroksie.

— Latere simptome is borskaspyn, hemoptise en dispnee. (Balt et al. 1998: 1-15)

2.2.4. Voorkoming van TB

Primêre voorkoming berus op die toepaslike gesondheidvoorligting aangaande die tekens en simptome, risiko faktore, belangrikheid van vroeë aanmelding en die gereelde neem van medikasie. Ter voorkoming word alle pasgebore babas in Suid-Afrika met die *Bacillus Calmette en Guerin* geïnkuleer.

Sekondêre voorkoming behels die vroeë diagnose en behandeling van verdagtes, kontak opsporing en chemoprotifikasie van kinders twee jaar en jonger. Die kort kursus van medikasie is daaglikse orale behandeling met vier tipes antibiotika vir 'n minimum tydperk van ses maande. Tydens die periode is ondersteuning deur gesondheidswerkers en familie van die pasiënt belangrik om te voorkom dat medikasie gestaak word voordat die bepaalde termyn verstreke is.

Tersiêre voorkoming is gerig op die verbetering en die volhouding van die pasiënt se gesondheidstatus ten einde te voorkom dat hy/sy die siekte weer opdoen. Herindiensneming en maatskaplike hulp is prioriteite waarvoor NGO's soos SANTA hulle aktief beywer (Vlok, 1996: 517- 539; Glatthaar, 1991: 1- 65; Balt et al, 1998: 1-15).

2.2.5. Behandeling van TB

Alhoewel TB-gevalle met dieselfde antibiotika behandel word, verskil die behandeling van eerste aanmeldings, her-infeksies en pasiënte met 'n sensitiviteitsuitslag wat multi-terapie weerstand aandui. Die medikasie word saamgestel uit verskillende kombinasies van antibiotika wat vir 'n minimum periode van ses maande geneem moet word.

Figuur 4. Medikasie kombinasies

AANMELDING	BEHANDELING	TYDPERK
Eerste aanmelding	Myrin plus Kombinasie van: Rifampisien, Isoniasied, Pirasinamied Etambutol	twee maande
	Rifanah Kombinasie van: Rifampisien, Isoniasied	vier maande
Her- infeksies	Streptomisien	twee maande
	Myrin Plus	drie maande
	Rifanah	vyf maande
Multi-terapie weerstandigheid	Volgens sensitiviteit	18 maande of totdat drie agtereen volgende kulture negatief is

Die nie-mediese behandeling van TB behels onder andere 'n gebalanseerde dieet en behuising met goeie ventilasie. Die genoemde aspekte van behandeling ontbreek

egter as gevolg van 'n gebrek aan inkomste wat te wyte is aan die hoë werkloosheidsyfer. Vervolgens sal werkloosheid en die gevolge daarvan bespreek word om die effek daarvan op TB lyers te illustreer.

2.3. Werkloosheid in die konteks van TB

Benoit-Guilbot & Gallie (Mingione 1997: 1) definieer werkloosheid volgens internasionale standaarde as persone wat soekende is na werk vir 'n periode van 12 maande of langer.

Werkloosheid beteken oor die algemeen dat persone nie 'n werk het of kan bekom nie, maar Elliot (1996: 85) beklemtoon ook dat onder-indiensname tot armoede aanleiding gee. Onder-indiensname beteken dat persone minder werk as waarvoor hulle hulleself beskikbaar stel, of dat produksie-omset tydens werksure so laag is dat die risiko geloop word om ontslaan te word. Die tendens is algemeen bekend in die Wes-Kaap as "*short-time*," en is dikwels die oorsaak van versadigde markte. Indien die aanvraag nie verbeter nie, is geforseerde afdankings aan die orde van die dag. Dit is die lot waaraan ongeskoolde en semi-geskoolde werkers blootgestel is. Met onder-indiensname, alhoewel die persone werk, is hulle inkomste te laag om in hulle basiese behoeftes te voorsien.

2.3.1. Redes vir Werkloosheid

Mingione (1997: 3) voer as redes aan vir werkloosheid, verhoogde industrialisasie met verbeterde tegnologie. Hierdie genoemde redes is te wyte aan sterk kompetisie onder industrieë.

Vlok (1996: 218), Schiller (1995: 64) en Mingione (1997: 4) is dit eens dat daar bepaalde redes is waarom mense nie werk nie. Daar is diegene wat nie wil werk nie, diegene wat nie wil werk soek nie, diegene wat wel werk soek maar uit moedeloosheid tou opgooi (ontmoedigde werkers) en diegene wat sal werk indien die lone hoër is.

Binne die konteks van die studie is 'n belangrike rede vir werkloosheid die sogenaamde "afhanklikheidsindroom". Maatskaplike hulp in die vorm van ongeskiktheidstoelae, onderhoudstoelae en versorgingstoelae was en is steeds geredelik beskikbaar aan die sogenaamde kleurling gemeenskap (sien ook Wet op Maatskaplike Hulp Wet 59 van 1992 en Welsynswysigingswet No 106 van 1997). Die voorsiening van toelae sonder behoorlike hersiening daarvan het 'n inkomste voorsien sonder dat enige fisiese diens verwag is. Dié verskynsel het die persone laks gelaat in terme van selfontwikkeling en die bekombaarheid van 'n werk oorbodig gemaak.

Nóg 'n rede vir werkloosheid is dat verstedeliking onafhanklik van industrialisasie en modernisasie plaasgevind het. Dit het aanleiding gegee tot die hoë mate van stedelike werkloosheid (Elliot 1996: 84).

2.3.2. Versekering van Inkomste

Die versekering van inkomste ten einde 'n lewensstandaard te handhaaf wat basiese behoeftes bevredig is moeilik vir die gesonde persoon in die huidige ekonomiese klimaat. In die geval van siek of medies ongeskikte persone (hetsy tydelik of permanent) kan dit 'n saak van lewe of dood wees. Tydelike mediese ongeskiktheid in die geval van TB lyers lei dikwels tot permanente of semi-permanente werkloosheid, wat die bose kringloop van siekte en armoede verstewig (sien ook Burkey 1993: 14).

Die versekering van inkomste word implisiet aangeraak in Artikel 27 (1) (c) van die Grondwet van Suid Afrika (Wet 108 van 1996:14). Elke landsburger word hierin die reg op maatskaplike sekerheid gegee. Die reg word egter vele ontnem as gevolg van werkloosheid. Maatskaplike onsekerheid verhoed ook dat die voordeel van ander regte, byvoorbeeld toegang tot geskikte behuising en voldoende voedsel en water. Maatskaplike onsekerheid het verreikende gevolge vir die werklose, asook sy/haar afhanklikes.

Alhoewel dieselfde artikel in die Grondwet melding maak van maatskaplike bystand, sal dit in Suid-Afrika met sy armoede-probleem, slegs die lyding van die armes verleng, tensy daadwerklike pogings aangewend word om armoede uit te wis.

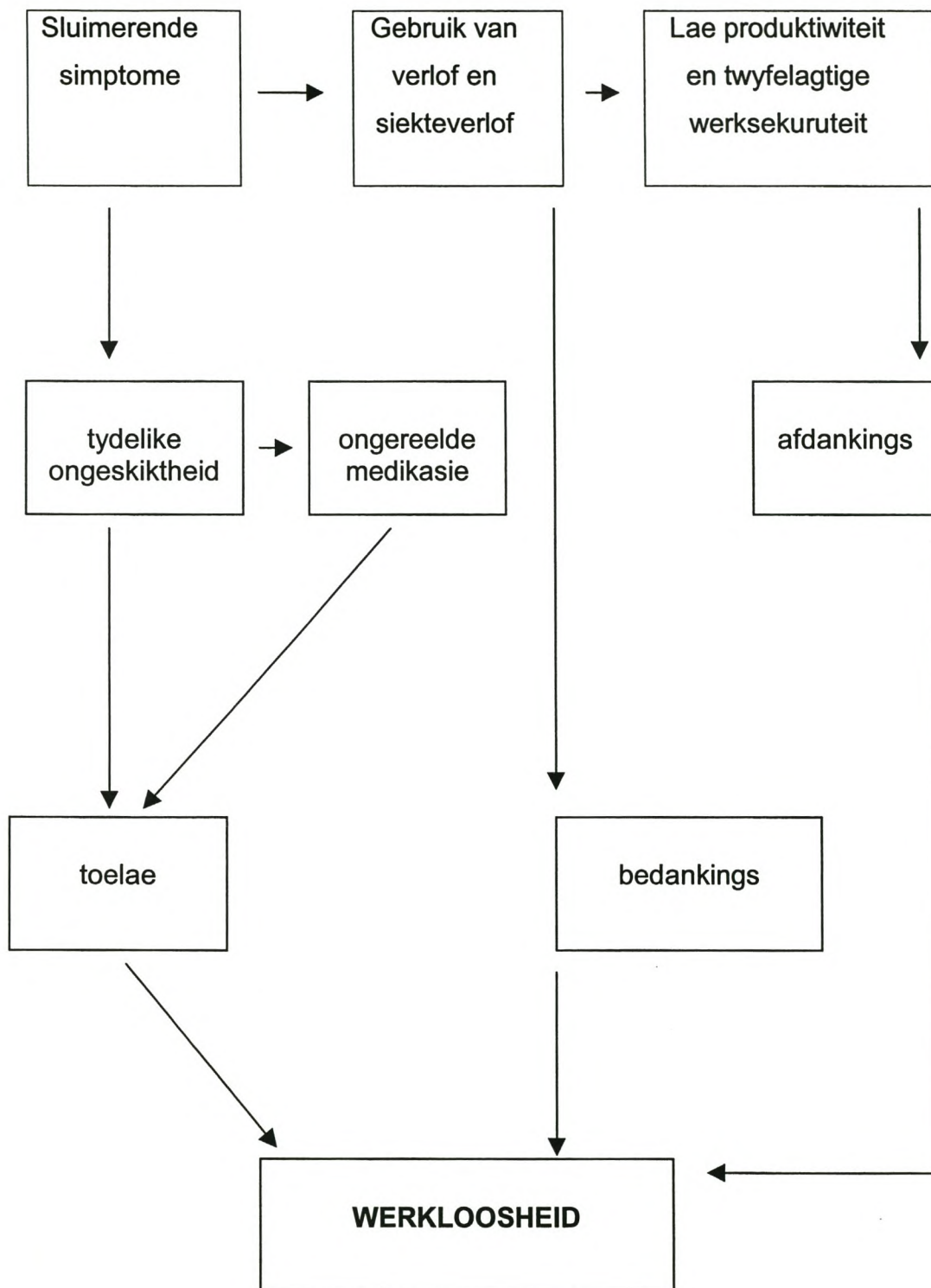
Werkloosheid, werkskepping en inkomste generering word uit die wedervaringe van Chambers (1997: 164) verskillend gesien. Hier word gekonsentreer op die verkryging van wat nodig is (kos, brandstof, water en ook geld) teenoor die verdienste van 'n inkomste. Hy beskryf hoe verskillende lede van die gesin op verskillende maniere en op verskillende tye die nodige verdien. In die armoede situasie in die Kaapse Metropool word die manier van basiese behoefte bevrediging meer en meer gesien. Dit is egter net "*livelihood strategies*" en doen min aan die uitwissing van armoede.

2.2.3. Werkloosheid en TB verband

Uit die meegaande skematiese voorstelling (sien Figuur 5) is dit duidelik dat die verband tussen TB en werkloosheid nie toevallig is nie, intendeel die een is 'n uitvloeisel van die ander. 'n Vergelyking van uitslae van vorige studies oor die onderwerp beklemtoon die volgende feite. Siekteverlofvoordele word opgebruik vir sluimerende simptome van TB omdat dit aanvanklik presenteer as Coryza of Influenza simptome. Produktiwiteit verswak stelselmatig en in die gevalle van twyfelagtige werksekuriteit byvoorbeeld togarbeid bevind Thomson & Myrdal (1986: 264) in hul studie dat 50% van hul respondente hul werk verloor het as 'n direkte gevolg van TB. As aanbeveling word 'n ernstige beroep op werkgewers gedoen om hulself te vergewis van die feite van TB en nie die geaffekteerde werknemers te ontslaan nie.

Weereens as gevolg van die sluimerende simptome wat geïgnoreer word, word in die praktyk ondervind dat pasiënte reeds tydelik ongeskik is as gevolg van die gevorderdheid van hul toestand tydens diagnose. Die gevolg is dat aansoek gedoen word vir 'n tydelike ongeskiktheidtoelaag. Die ongereëde en onvolledige hersiening van die toelae, korrupsie en wanadministrasie het tot gevolg gehad dat TB-lyers in die verlede tot agt jaar nadat hul genees was nog steeds die toelaag ontvang het. Die persone het nie weer probeer werk nie.

Figuur 5. Skematiese voorstelling van werkloosheid en TB verband



Na 1994 is 'n veldtog geloods om die misbruik van maatskaplike hulp uit te skakel en is toelae met hersiening beëindig, wat die ontvangers daarvan sonder 'n inkomste en sonder 'n "wil" om te werk gelaat het.

Daar is ook die persone wat ondanks hul siekte daaglik werk soek. Hierdie persone se finansiële nood dwing hul weer om 'n keuse te maak tussen toerarbeid en die gereelde gebruik van medikasie. Die persoon mag elke dag 'n ander tydelike werk doen, dus is daar nie geleentheid om reëlings te tref vir onder-toesig behandeling nie. Die persoon, alhoewel hy/sy werk, loop die risiko om nie gesond te word nie en stel homself/haarself bloot aan permanente ongeskiktheid.

Krauss-Mars & Lachman (1992: 18) bevind dat 35% van moeders met kinders gediagnoseer met TBM hul werk bedank om na hul kinders om te sien.

2.3.4. Verbetering van sosio-ekonomiese omstandighede van TB lyers

Die oplossings vir die armoede dilemma onder TB lyers is gesetel in omvattende ontwikkelingsaksies. Dit word huidiglik opgeweeg teen die probleem van die uitwissing van die infeksiepoel. Ellis (Femina 1996: 61) som die Suid-Afrikaanse situasie soos volg op "...we dont have time for social upliftment, yet we have to avoid MDR TB." Uitsprake met 'n negatiewe impak soos deur Glatthaar & Barends (1995: 181) wat lui dat die verbetering van sosio-ekonomiese toestande van TB lyers nie in die kort termyn die insidensie van TB sal verander nie, mag die moedeloosheid ten opsigte van die armoede kwessie vererger en entoesiasme ter verbetering demp.

Yach (1998: 688) bied 'n realistiese siening dat die onmiddellike infeksiepoel aangeval moet word, maar dat die gelyktydige nie-mediese tussentredes die enigste manier sal wees tot 'n suksesvolle TB beheerprogram in die Wes-Kaap. Die benadering tot die probleem sal uiteindelik die sukses daarvan bepaal. Omdat werkloosheid oor generasies geskep is, stel Mulholland (Business Day 1998) voor dat die herstel van die situasie inkrementeel en op ekonomiese realiteite gebaseer moet word eerder as op 'n romantiese idealisme.

Die debat ter verbetering van die sosio-ekonomiese toestande van TB lyers word gesteun deur standpunte soos die van Harding et al (1997: 89) wat beklemtoon dat siekte patrone direk geassosieer word met sosiale ongelykhede. Harding et. al. voer

aan dat waar ons woon, in wat ons woon, die kos wat ons kan bekostig en dat die omstandighede waaronder ons leef ons siekte patrone sal bepaal. Hierdie omstandighede word bepaal deur werk en inkomste. Hierdie multi-dimensionele siening word gesteun deur De Haan (1996: 125) met voorstelle in verband met die rehabilitasie van TB lyers. Sy stel opleiding en her-opleiding van TB lyers voor ten einde te verseker dat hul nie in die werkloosheidspoel verdwyn nie en ook ander mense aansteek nie. Die belangrikheid van werkvoorsiening en -sekuriteit word ook gereflekteer in die werke van Vlok (1996: 540) en Krauss-Mars & Lachman (1992: 18). Thomson & Myrdal (1986: 264) gaan so ver deur te verklaar dat die swakheid in die TB beleid juis die ondoeltreffende aandag is wat geskenk word aan die TB lyers se sosio-ekonomiese omstandighede.

Glatthaar & Barends (1995: 181), vir wie die uitwissing van die infeksiepoel die mees belangrike aspek van die TB program is, gee toe dat die opheffing van sosio-ekonomiese toestande TB beheer positief beïnvloed.

2.3.5. Gevolge van Werkloosheid en Implikasie van TB

Die onvermoë om werk te bekom gee aanleiding tot menige probleme vir die werklose en sy/haar afhanklikes. Gilbert et al (1997 : 89) skryf hierdie probleme toe aan sosiale ongelykhede wat op sy beurt weer 'n invloed het op diè persone se toegang tot hulpbronne en fasiliteite. "Sosiale klasse", soos gedefinieer deur Giddens in Gilbert et al (1997: 91) is groepe mense wat dieselfde ekonomiese hulpbronne deel, waar die hulpbronne 'n sterk invloed het op die tipe leefwyse wat hul handhaaf. Die ekonomiese hulpbronne word bepaal deur hul beroep.

Werkloosheid, indien dit langdurend van aard is gee aanleiding tot swak behuising, lae opvoedingspeil, wan- en ondervoeding, alkohol en dwelm misbruik en swak gesondheidstoestande, veral 'n verhoging in aansteeklike siekte toestande.

2.3.5.1. Swak behuising

Die verband tussen swak behuising en TB word beskryf deur Packard (1990: 99) Dit is moeilik om te verstaan waarom daar nie daadwerklike pogings aangewend word in die opheffing van sosio-ekonomiese toestande in die gebiede waar die bedreiging van TB hoog is nie. Packard verwys na die 130% bevolkingsinstroming in Kaapstad tussen 1936 en 1946. Hy beskryf die ontstaan van plakkerskampe met geen water en rioleringsdienste en verwys na die gevolglike styging in TB mortaliteit tydens hierdie periode. (Mortaliteit styg in vroue vanaf 7 na 15 per 1000 en in mans van 6 na 10 per 1000.) Die verband is in hierdie tyd ook uitgewys aan beleidmakers met die memorandum van die Sekretaris van Gesondheid aan die voormalige Minister van Gesondheid in 1938. In die memorandum beklemtoon hy voeding en behuising as die faktore wat TB insidensie verhoog en beveel aan dat die verskaffing van bekostigbare behuising 'n prominente rol moet speel in die eradikasie van TB.

Die risiko vir 'n persoon om TB op te doen verhoog in oorbewoonde wonings omdat die kontak met geïnfekteerdes verhoog. Yach (1988: 685) het gevind dat as gevolg van oorbewoning 30,5% van die respondente in sy studie ten minste 11 kontakte gehad het met volwasse TB lyers. Die risiko aldus Yach is ook hoër vir kwesbare groepe soos kinders en bejaardes.

Die gehalte van behuising is volgens Coovadia & Benatar (1991: 124) nie 'n top prioriteit vir diegene wat 'n keuse moet maak tussen oorbewoning en hongersnood nie. Krauss-Mars & Lachman (1992: 17) dui 'n bewoningsdigtheid van 100 - 300% aan terwyl die Key Indicators of Poverty in South Africa (1995: 18) verklaar dat 40% van metropolitaanse armes in krotte woon (sien Bylaag 4). Viljoen (The Argus 1994) skets die realiteit van onvoldoende behuising, soos geïllustreer deur die opname-resultate van die *Community Agency for Social Enquiry*.

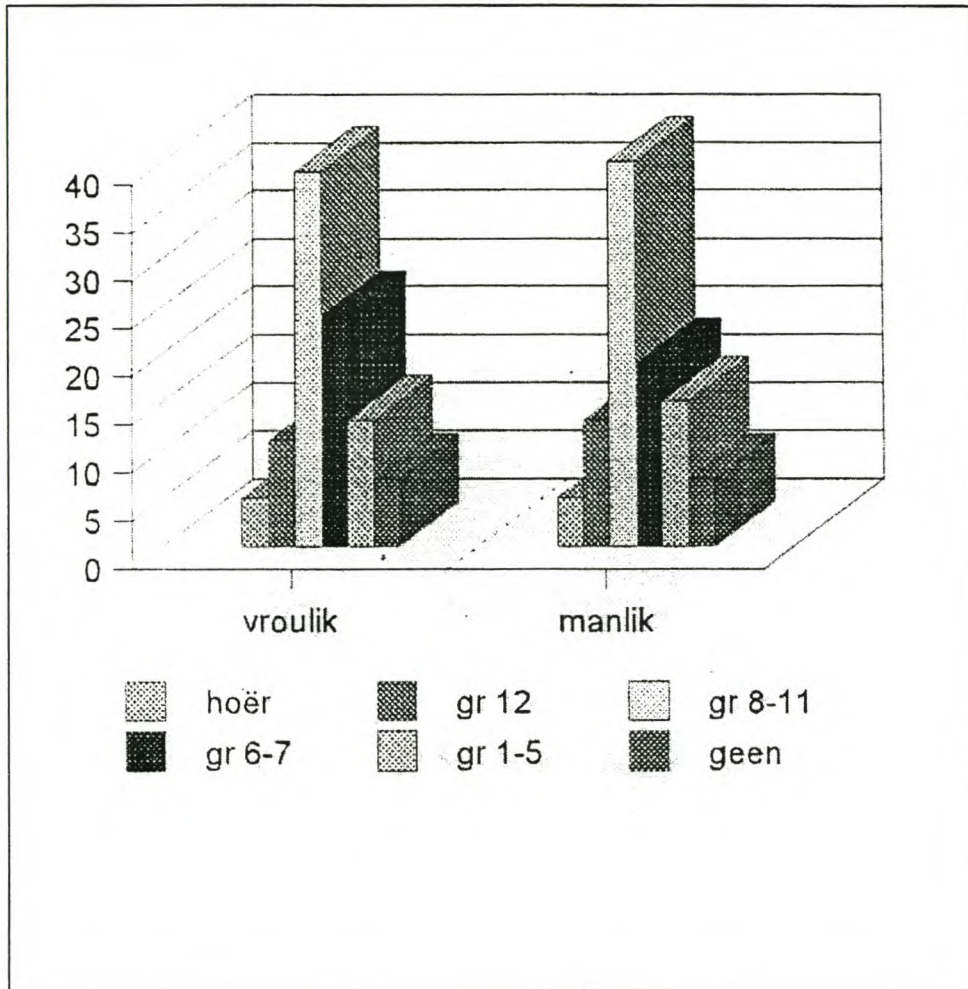
Die behuisingskwessie in Suid-Afrika is reeds jare lank uiters sensitief vanweë dispariteit ten opsigte van die verskil in behuisingsgehalte onder verskillende groepe. In die apartheidera was die beplanning vir behuising met min of geen deelname van die gemeenskap gedoen. Dit het skemas soos die sogenaamde "toilet dorpe" tot stand gebring wat aanleiding gegee het tot meer en meer plakkersareas. Voorbeelde van swak behuisingsprojekte soos Delft en "toilet dorpe" verplig beleidmakers om na

'n nuwe benadering tot die behuisingsprobleem te soek. Dit sal dus raadsaam wees om soos voorgeskryf deur die HOP Witskrif (1994: 24) die bepaling van minimum standaarde vir behuising aan die gemeenskap oor te laat, met die ondersteuning van wetgewing wat boustandaarde neerlê. Die tipe behuising wat benodig word verskil ook in gemeenskappe en streke, dus was die *White Paper on Housing* en daaropvolgende Behuisingswet No 107 van 1997 'n stap in die regte rigting aangesien dit voorsiening maak vir nege Behuisingsrade in die nege provinsies.

Uiteraard is dit nodig om 'n inkomste te verdien om geskikte behuising te bekom vanweë die feit dat behuising 'n kommoditeit is wat met geld gekoop of gehuur word. Die materialisering van die reg is dus ondergeskik aan 'n versekerde inkomste. Die oplossing vir die behuisingskwessie sal dus afhang van werkskepping en werksekuriteit om situasies soos dié in Delft te vermy. Hier het die swak gehalte van behuising gekoppel aan werkloosheid, ontevredenheid geskep en die gemeenskap laat rebelleer deur middel van die nie-betaling van behuising. Die voornemende afwenteling van behuising na die plaaslike owerhede sal die behuisingsprojekte nader aan die gemeenskap bring en hopelik aktiewe deelname aanmoedig. Dié voorneme tesame met die plaaslike owerhede se addisionele ontwikkelingsfunksie stel die vooruitsig vir plaaslike werkskepping.

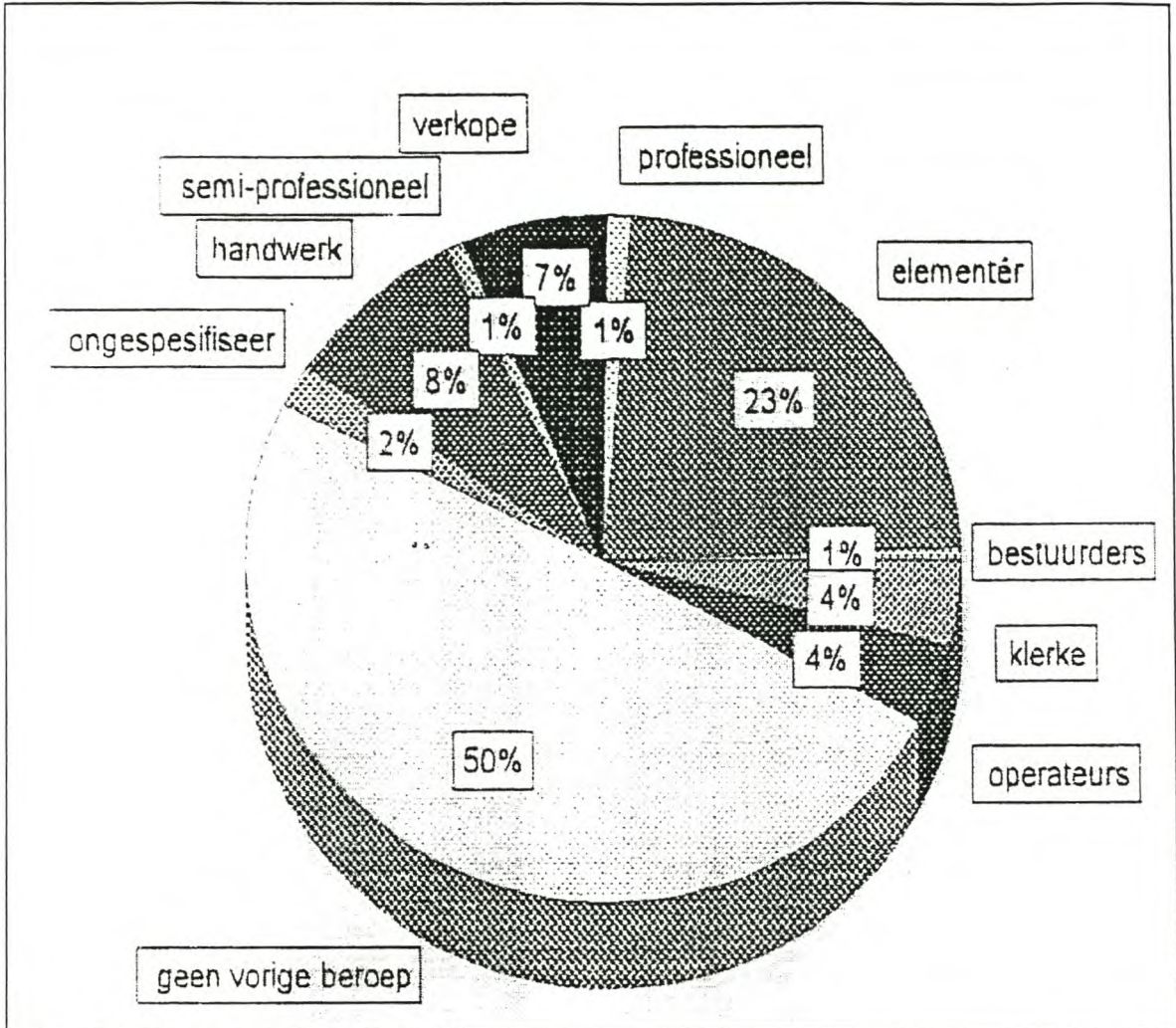
2.3.5.2. Lae opvoedingspeil

Die toegang tot opleiding hetsy primêr, sekondêr of tersiêr hou direk verband met armoede simptome gekoppel aan werkloosheid. Vlok (1996: 217) noem spesifiek dat "honger" leerprobleme veroorsaak. Omdat die kind honger is ontbreek die energie en die entoesiasme om te leer. Redes vir skoolverlating word aangevoer as swak vordering, gebrek aan skoolgelde of dat die ouer kinders moet omsien na die kleineres terwyl die ouers werk. Die kind ontvang dus nie genoeg skolastiese opleiding om werk te verseker en uit die armoede sirkel te ontsnap nie, sodoende word die bose kringloop van armoede versterk.

Figuur 6. Vlak van geletterdheid van kleurling in die Wes-Kaap in 1995

(Makhatha & Potgieter 1998:15)

Alhoewel ongeletterdheid binne die kleurlinggemeenskap in die Wes-Kaap minder as 10% is, (Figuur 6) is die werkers met tersiêre kwalifikasies laag onder die bevolkingsgroepe waar TB die hoogste is. Uit Figuur 7 kan afgelei word dat werkloosheid onder die laaggeskoolde groepe die hoogste is (23%), terwyl die beroepe wat vaardigheid en opleiding vereis se werkloosheidsyfer nie hoër as 4% is nie (Makhatha & Potgieter 1998: 13-15). Hierdie analise kan verbind word met Burkey (1993:21) se stelling dat die gebrek aan opleiding, opvoeding en vaardighede as die primêre oorsaak van armoede simptome bestempel kan word.

Figuur 7. Werkloosheid in die Wes-Kaap volgens vorige beroepe in 1995

(Makhatha & Potgieter 1998: 17)

2.3.5.3. Wan- en ondervoeding

Terwyl ondervoeding die algehele tekort aan voedsel is, word wanvoeding veroorsaak deur die verkeerde voedsel. In die geval van wanvoeding is dit dikwels die inname van slegs een of ander voedselgroep. In armoede situasies kan slegs die goedkoopste voedsel bekostig word. Wanvoeding kan ook veroorsaak word deur kulturele voorkeure - die "stapelvoedsel" gebruik.

Coovadia & Benatar (1991: 22, 72, 281) toon aan dat wanvoeding reeds dekades lank as aanleidende oorsaak van TB beskou word. In 1912 toon navorsing dat 'n gebrek aan vitamien A en C asook kalsium weerstand teen TB verminder (Studie onder mynwerkers - Witwatersrand). Ook in 'n epidemiologiese studie in die Verenigde State van Amerika in 1989 word vasgestel dat die insidensie van TB 2,2 tot 4 keer hoër is in ondergewig persone. Na aanleiding van navorsingsverslae beveel *Friends of the Sick Association* in 1944 aan dat die regering basiese en beskermingsvoedsel (voedsel met 'n hoë proteïen inhoud) moet subsidieer.

Terwyl Burkey (1993:13 - 14) die realiteit van wanvoeding in die armoedeketting beklemtoon (wanvoeding \Rightarrow lae produktiwiteit \Rightarrow lae inkomste \Rightarrow wanvoeding), brei Chambers (1997: 18) uit oor die klemverskuiwing in wanvoeding diagnose. Hiervolgens verkry totale kalorieëinnome met aanvullende mikro voedingsbestanddele prioriteit oor totale proteïen inname.

In Suid-Afrika word klem geplaas op proteïen-energie-wanvoeding. 'n Nasionale voedingskema verskaf verrykte proteïen produkte aan ondervoede kinders jonger as ses jaar, lakterende moeders met ondervoede babas, TB pasiënte en VIGS pasiënte (sien Bylaag 5). Die voedingskema soos dit die afgelope 10 jaar toegepas is, het nie 'n merkbare verbetering in die voedingsstatus van die kinders tot gevolg gehad. Een van die redes hiervoor is dat die ouers die voeding gebruik het as ruilmiddel om substans-gebruik te "finansier". Nog 'n rede is dat die produkte dikwels die enigste voedsel in die huishouding is. Daarbenewens is daar ook die voedingskema van die Departement van Gesondheid, die *Primary School Nutrition Programme*, wat rapporteer dat hul in Desember 1997 4241 072 kinders in 14175 skole gevoed het (Health & Hygiene 1999: 16).

Dit is egter die hoeveelheid voedsel verbruiking per persoon of die tekort daaraan wat uiteindelik die voedingstatus van die arm gemeenskappe sal bepaal. Die bekikbaarheid van voedsel is egter die probleem soos geargumenteer deur McLachlan tydens die *Nutrition in the News* konferensie in 1998 (Health & Hygiene 1998:18). Sy noem dat 'n nasionale selfversorgendheid ten opsigte van voeding nie voedsel sekuriteit aan alle huishoudings bied nie. Die stelling word bevestig deur die insidensie van wanvoeding in Suid-Afrika ondanks die hoë landbou-subsidies aan

produserende boere deur die vorige regering. 'n Verdere probleem is die onvermoë van armes om voedsel te koop.

Die uitreiking van voedselbewyse kan volgens Wilson & Ramphela (1989: 339) in Suid-Afrika suksesvol toegepas word. Dit sal eerstens die voedingsprobleem korrigeer en tweedens die vraag na voedselproduksie so verhoog dat dit werksgeleenthede sal skep. Voedselbewyse kan egter die kultuur van afhanklikheid vererger indien dit nie tydgebonde is en net as 'n absolute noodmaatreël bestuur word nie.

Dit is belangrik dat dieetkundige opvoeding toepaslik tot die sosio-ekonomiese en kulturele omstandighede van die gemeenskap moet wees. Voorkomende gesondheid ten opsigte van voedingsgebreke moet gepreek word, maar die oplossings vir wan-en ondervoeding lê in 'n kombinasie van werkskepping, bevolkingsbeheer en opvoeding.

2.3.5.4. Alkohol- en dwelmmisbruik

Vlok (1996: 793) reken dat alkohol en dwelmmisbruik toegeskryf kan word aan 'n individu se onvermoë om eensaamheid, verveling, depressie en 'n lae selfbeeld te hanteer. Hierdie emosies mag onder andere veroorsaak word deur armoede, swak lewensomstandighede, frustrasies in die werkplek en tekort aan ontspanningsgeriewe. Daar is egter 'n kringloop te bespeur in die feit dat 'n kroniese skuldgevoel in misbruikers weer lei tot depressie. Die misbruik dien hier as ontvlugtingsmeganisme.

Alkohol en selfs dwelms is maklik bekombaar en gemeenskappe, reeds gedompel in armoede, blyk die ideale afsetgebiede te wees. In die hedendaagse lewe word kinders op 'n veel jonger ouderdom aan die substansie blootgestel en groepsdruk moedig die gebruik daarvan aan. Disintegrasie van gesinstrukture lei daartoe dat tieners en selfs jonger kinders hul behoefte aan affiliasie in bendes bevredig. In die gemeenskappe waar substansie misbruik hoog is, is dit dikwels die gevolg van voorbeelde wat deur volwasse rolmodelle gestel word.

Die misbruik van bogenoemde substans het negatiewe gevolge vir enige persoon, maar in die geval van TB lyers is die gevolge dikwels die oorsaak dat genesing nie kan plaasvind nie. Na aanleiding van 'n werkswinkel, gehou in 1993, rapporteer Schoeman, Parry & Schultz (1994: 64) die gevolge en probleme gepaardgaande met dié praktyk. Die gesondheid van die persoon word benadeel deurdat medikasie ontydig gestaak word. In gehospitaliseerde pasiënte word gevind dat substansmisbruik die grootste rede is vir self-ontslag. Die ontydige staking verhoog die risiko van her-infeksies en terapie weerstandigheid. Met alkohol inname word meer nuwe-effekte op anti-TB medikasie ervaar as gevolg van die toksisiteit van beide op die lewer. Gastriese ongesteldheid soos naarheid kom ook meer dikwels voor. Swak eetgewoontes en alkohol (eersgenoemde dikwels 'n gevolg van laasgenoemde) verlaag selbemiddelde immuniteit en verhoog dus die persoon se vatbaarheid vir infeksies.

Sosiale gevolge van substansmisbruik is merkbaar in individue, gesin- en familie verband en ook in gemeenskappe. Vlok (1996:741) beklemtoon die bevindinge van Schoeman et al (1994) dat werkloosheid kan toeneem as gevolg van afwesigheid, onbevoegdheid as gevolg van dié gebruike asook industriële ongelukke. Spanning verhoog in gesinne as gevolg van armoede, geweld, disintegrasie en egskeidings. Dit kan geestesongesteldhede, aggressie en anti-sosiale gedrag tot gevolg hê. Afhangende van die afmetings van die probleem mag agteruitgang in gemeenskappe manifesteer in bedelary, prostitusie, onversorging van mense en eiendom en gedragsabnormaliteite. `

Coovadia & Benatar (1991) verwys na 'n aantal studies wat gedoen is om die verband tussen TB en substansmisbruik vas te stel (sien ook Schoeman 1994). Die gevolgtrekking bly dieselfde – substans- misbruik verarm die armes nog verder en met hul reeds geïdentifiseerde omstandighede van werkloosheid, wanvoeding, swak behuising en oorbewoning verhoog nie net hul kans op die vatbaarheid van TB nie, maar verswak dit ook hul kans op genesing.

TB en swak sosio-ekonomiese omstandighede is onlosmaaklik gekoppel en veroorsaak 'n bose kringloop van siekte en werkloosheid. Alhoewel die medikasie vir die behandeling van TB effektief is, kan die epidemie nie gestuit word nie. Daar moet dus gekyk word na ontwikkelingsaksies ter opheffing van sosio-ekonomiese

toestande as nie-mediese intervensie. Ontwikkeling en spesifiek gemeenskapsontwikkeling sal vervolgens bespreek word.

2.4. Ontwikkeling

Sinomieme vir ontwikkeling word deur woordeboeke aangegee as evolusie, groei, vooruitgang en genereer. Afgelei hiervan staaf dit Stewart (in Kotze 1997: 1) se mening dat ontwikkeling ten doel het om positiewe verandering teweeg te bring. Ontwikkeling kan egter ook negatief wees soos in die ontwikkeling van 'n siekte. In die konteks van die studie word gekonsentreer op positiewe ontwikkeling, en wel die benadering tot ontwikkeling om positiewe resultate te lewer. In die benadering is dit belangrik om te gaan kyk na die beginsels vir ontwikkeling.

2.4.1. Die beginsels van gemeenskapsontwikkeling

Gemeenskapsontwikkeling, alhoewel hoe goed bedoel, slaag dikwels nie daarin om beoogde doelwitte te bereik nie. Die redes hiervoor is grootliks die verontagsaming van die beginsels van gemeenskapsontwikkeling. Swanepoel (1997: 2-12) identifiseer verskeie beginsels en word gesteun deur skrywers oor die onderwerp. (sien ook World Bank 1996, Chambers 1997, Burkey 1993, Swanepoel & De Beer 1996 en De Beer & Swanepoel 1998).

Die toepassing van die beginsels kan nie selektief geskied nie omdat dit die sukses van die betrokke stadium van ontwikkeling beïnvloed - dit moet deur alle stadia toegepas word soos die situasie dit verg. Ter verduideliking word die beginsels in ooreenstemming met die verskillende stadia bespreek.

Die beginsel van **persoonlike bewuswording** behoort die basis van enige ontwikkelingsaksie te wees. Die persone vasgevang in die armoede situasie is in die beste posisie om te besluit wat hul nodig het. Hulle moet gerespekteer word vir die feit dat hulle oorleef in die swak omstandighede en hulle doelwitte, alhoewel gering, moet as wegspringplek vir ontwikkelingsaksie geneem word. Die feit dat hulle oorleef

toon reeds 'n aansienlike mate van kreatiwiteit en hulle vermoë om te improviseer. Die respek vir hulle siening verhoog hulle waardigheid en indien positief gestimuleer, sal dit lei tot insig en die strewe na hoër behoeftes. Die verhoogde waardigheid dien as inspirasie vir selfvolhouding deurdat suksesse aanvaar word as persoonlik, en die suksesse skep entoesiasme wat lei tot verdere deelname.

Deelname moet vrywillig wees. Slegs met deelname van die gemeenskap kan die werklike probleme, behoeftes en prioriteite vasgestel word. Deur aan die beginsels te voldoen sal verhoed word dat die identifiseringstadium onvanpas ten opsigte van die gemeenskap se werklike probleme is. Deelname moet versterk word deur die verskaffing van inligting aan die gemeenskap om hulle te bemagtig tot ingeligte prioritisering en besluitneming (sien die rol van die ontwikkelingsagent). Die versekering dat hulle ondervinding belangrik is vir hul ontwikkeling bemagtig hulle reeds en sal die soeke na informasie wat dié ondervinding staaf verhoog.

Deur deel te neem in ontwikkelingsaksies kan die bemagtigde nou sy/haar eie tekortkominge ontdek en die behoefte om meer te weet kan die leerproses stimuleer wat weer kan lei tot 'n verhoging in kapasiteit. Die bewuswording van potensiaal lei tot die behoefte om selfversorgend te dink en handel. Die **gemeenskap se betrokkenheid** by identifikasie en beplanning van ontwikkelingsaksie verleen 'n eienaarskap wat hulle aanpasbaar sal maak vir die verandering wat ontwikkeling meebring. Hulle is ook bereid om die verandering te ondergaan omdat dit hulle besluit en keuse is. Die eenvoud van die aksie maak die aanvaarding daarvan soveel makliker en berei die gemeenskap voor vir inkrementele maar blywende positiewe verandering wat geskied met die minste ontwrigting moontlik.

Om die ontwikkelingsaksie se impak te verhoog en ook om dit relevant tot die probleme te maak moet 'n **holistiese benadering** gevolg word. In die bevrediging van basiese behoeftes is die eise uiteenlopend en die diversiteit van prioriteite moet in ag geneem word om tevredenheid en dus ook samewerking te verseker. Vir die persone wat histories agtergelaat is, is die toegang tot voeding, behuising, opvoeding en gesondheid ewe belangrik en dit is dus verkieslik dat ontwikkelingaksies nie gesegmenteerd is nie. Dit sal dui op die "buitestaander" se prioritisering van die gemeenskap se behoeftes.

Die beginsels wat dus geld vir suksesvolle gemeenskapsontwikkeling is persoonlike bewuswording, deelname, bemagtiging, die leerproses, kapasiteitsbou, aanpasbaarheid, eenvoud, selfversorging, selfvolhouding en holisme.

Afgesien van die beginsels vir gemeenskapsontwikkeling berus die sukses daarvan ook op:

- _ die gemeenskap se ingesteldheid daarteenoor, en
- _ die ontwikkelingsagent se betrokkenheid.

Vervolgens sal hierdie twee genoemde aspekte bespreek word.

2.4.2. Die gemeenskap se ingesteldheid teenoor ontwikkeling

Ontwikkelingsaksies moet mens-gesentreerd wees. Dit beteken dat elke gemeenskap self moet bepaal watter vorm van ontwikkeling op 'n gegewe tyd nodig word. Slegs indien die beoogde ontwikkelingsaksie die gemeenskap se self-geïdentifiseerde prioriteite aanspreek sal die betrokke gemeenskap eienaarskap vir die projek(te) aanvaar en sal deelname wat die sleutel tot sukses is, gewaarborg word. Mens gesentreerde inisiatiewe verskaf nie net eienaarskap nie, maar bied ook ideale geleenthede vir kapasiteitsbou, sosiale leer, bemagtiging en die vooruitsig dat hul toegerus is vir die volhouding van die ontwikkeling asook die identifisering van nuwe behoeftes.

Vervulling van behoeftes met gevolglike identifisering van nuwe behoeftes sal volgens Schutte (Ongepubliseerd: 4) hul doelwitte telkens hoër verskuif. Die identifisering en bevrediging veroorsaak dat die gemeenskap stelselmatig op hoër vlakke van lewenskwaliteit sal funksioneer soos aan die hoër vlakke van behoeftes voldoen word. Dit het 'n sikliese ontwikkelingspiraal tot gevolg. Swanepoel en De Beer 1996: 28) beklemtoon die belang van deelname om sodoende die spiraal opwaarts te laat beweeg. Die teendeel kan aldus Schutte lei tot die bose kringloop van onderontwikkeling.

Met inbegrip van die gemeenskap se behoefte aan self-identifisering van behoeftes en deelname in die ontwikkelingsproses sal vervolgens gekyk word na die rol van die ontwikkelingsagent.

2.4.3. Die rol van die ontwikkelingsagent

Omdat gemeenskappe vir so lank (soms vir meer as een generasie) betrokke lewensomstandighede ervaar, raak armoede 'n lewenstyl. In die geval sou die primêre taak van die ontwikkelingsagent wees om gemeenskappe te stimuleer om hulle lewensomstandighede te verbeter. Die agent kan vanuit die gemeenskap wees, met blootstelling aan ander omstandighede, byvoorbeeld studente. Epidemiologiese data betreffende heersende mediese en sosiale toestande word dikwels gebruik as die behoeftebepaler vir ontwikkeling. Dit is in hierdie opsig waar ontwikkelingsagente van buite, indien nie sensitief genoeg vir die gemeenskaps se opinie, die ontwikkelingsaksie kan laat misluk. Die ontwikkelingsagent se rol behels die skep van 'n omgewing waar die gemeenskap hul behoeftes identifiseer asook die aksies ter bevrediging daarvan bepaal.

Die belangrikste rolle, soos ook geïdentifiseer deur World Bank (1996:140) is onder andere inisiëring, fasilitering, deelname, deskundige raadgewing, observasie, navigasie en leiding. (sien ook De Beer & Swanepoel 1998, Burkey 1993 en Kellerman in Kotze 1997: 49-60)

Die **inisiëring** tot deelname in ontwikkelingsinisiatiewe is die eerste en belangrikste rol. Aktiewe deelname kan geskep word deur klem te plaas op die gemeenskap se bestaande kennis en dit uit te brei met die verskaffing van relevante informasie. Die gemeenskap word dus geprikkel om hul situasie te ondersoek en ingeligte besluite te neem, indien nodig. Marais, Taylor & Kaplan (1997: 21) gee praktiese riglyne aan die inisieerder ten einde deelname te bevorder. Hul beveel aan dat gebou word op gemeenskaps se ondervinding, dat 'n verhouding van wedersydse vertroue geskep word en dat die inisieerder 'n proses moet fasiliteer waar die gemeenskap gesteun word in hulle pogings tot selfontwikkeling (sien ook Swanepoel & De Beer 1996 en De Beer & Swanepoel 1998).

Die **fasiliteringsrol** van die ontwikkelingsagent moet beperk wees tot hulpverlening. Swanepoel (1997: 42) beskryf die rol as volg: "The primary concern of the community worker is to help action groups to make rational decisions, to enable them to participate fully, to assist them in taking the initiative, to help them to discover their recourses, and to help them to plan and act."

In 'n atmosfeer van aktiewe deelname word **deskundige hulp** verleen deur die ontwikkelingsagent. Daar moet in gedagte gehou word dat die gemeenskap die deskundiges is in terme van hul omstandighede en dit moet slegs aangevul word met die vakkennis wat die ontwikkelingsagent kan bied.

Die **observasierol** is ook in 'n raadgewende kapasiteit. Observasie ten opsigte van die volgende aspekte word benodig: of die strategieë waarop die gemeenskap besluit het, realisties is, of kapasiteitsontwikkeling deel vorm van gekose strategie en of alle deelnemers ten volle toegewy is aan die ontwikkelingstaak.

Die **navigasierol** behels die skep van 'n klimaat vir die gemeenskap om maksimaal te kan ontwikkel. Dit behels die identifisering van hindernisse vir ontwikkeling en raadgewing hoe om die hindernisse te oorkom. Die gemeenskap moet gestuur word in die rigting van die leerproses, bemagtiging en volhouding. Die rol is egter nie voorskriftelik nie maar slegs leidend.

Die **leidinggewende rol** word gebaseer op reeds bestaande kapasiteit. Die potensiaal in die gemeenskap moet geïdentifiseer word en opleiding, aanmoediging en ondersteuning vir die volle bereiking is die taak van die ontwikkelingsagent.

2.5. Samevatting

TB is 'n hoogs aansteeklike siektetoestand met 'n eenvoudige maar doeltreffende behandelingsprognose. Ondanks doeltreffende behandeling neem die siekte egter epidemiese afmetings wêreldwyd aan. Die verspreiding van die siekte word toegeskryf aan die sosiaal-ekonomiese aspek van dié pasiënte. Vir die suksesvolle behandeling word benewens die medikasie onder andere ook gesonde voeding,

weerhouding van alkohol en dwelms en genoegsame ventilasie benodig. Onder TB-pasiënte word laasgenoemde bemoeilik deur die heersende hoë werkloosheidsyfer.

Werkloosheid gee aanleiding tot wan- en ondervoeding, swak behuising, swak ventilasie en oorbewoning. 'n Lae opvoedingspeil en werkloosheid vorm 'n bouse kringloop. Tydelike of permanente ongeskiktheid as gevolg van TB gee verdere aanleiding tot werkloosheid wat weer swak sosio-ekonomiese omstandighede skep.

Die navorser is van mening dat daar na ontwikkeling (self- en gemeenskapsontwikkeling) gekyk moet word as nie-mediese intervensie. Die gemeenskap se ingesteldheid teenoor ontwikkeling blyk een van die belangrikste punte te wees wat in aanmerking geneem behoort te word in die bespreking van ontwikkeling. Behoeftes vir ontwikkeling kan maklik geïdentifiseer word deur buitestaanders maar die betrokke gemeenskap moet eers die behoefte self ervaar en kan uitspreek voordat dit suksesvol aangespreek kan word.

Om die eradikasie van TB suksesvol aan te spreek sal die drie onderwerpe in die hoofstuk integrale dele van die oplossingstaktiek(e) moet wees. Huidiglik word die sosio-ekonomiese aspek ter syde geskuif terwyl vooruitgang op die biomediese gebied prioriteit in die praktyk geniet. Ontwikkeling geskied wel, maar slegs op mediese gebied. Tensy die fokus verskuif na ontwikkelingsaksies op sosio-ekonomiese probleme van die TB lyers sal die bouse kringloop nie gebreek word nie en TB steeds een van Suid-Afrika se grootste gesondheidsvraagstukke bly.

In die geval van sosiaal- maatskaplike ontwikkeling moet die fokus op permanente verbetering wees, daarom is dit belangrik dat die volhoubaarheid van die ontwikkelingsaksie deel sal vorm van die beplanning.

Vervolgens sal gekyk word na wetgewing en beleid ten opsigte van TB en die sosiale opheffing van die TB-pasiënte.

Hoofstuk 3

Wetgewing en Beleid

3.1. Inleiding

TB is as gevolg van sy aansteeklikheid een van die grootste openbare risikos waarmee die wêreld te kampe het. Op internasionale, nasionale en plaaslike regeringsvlak word daar gefokus op beleidstrategieë om die probleem aan te spreek.

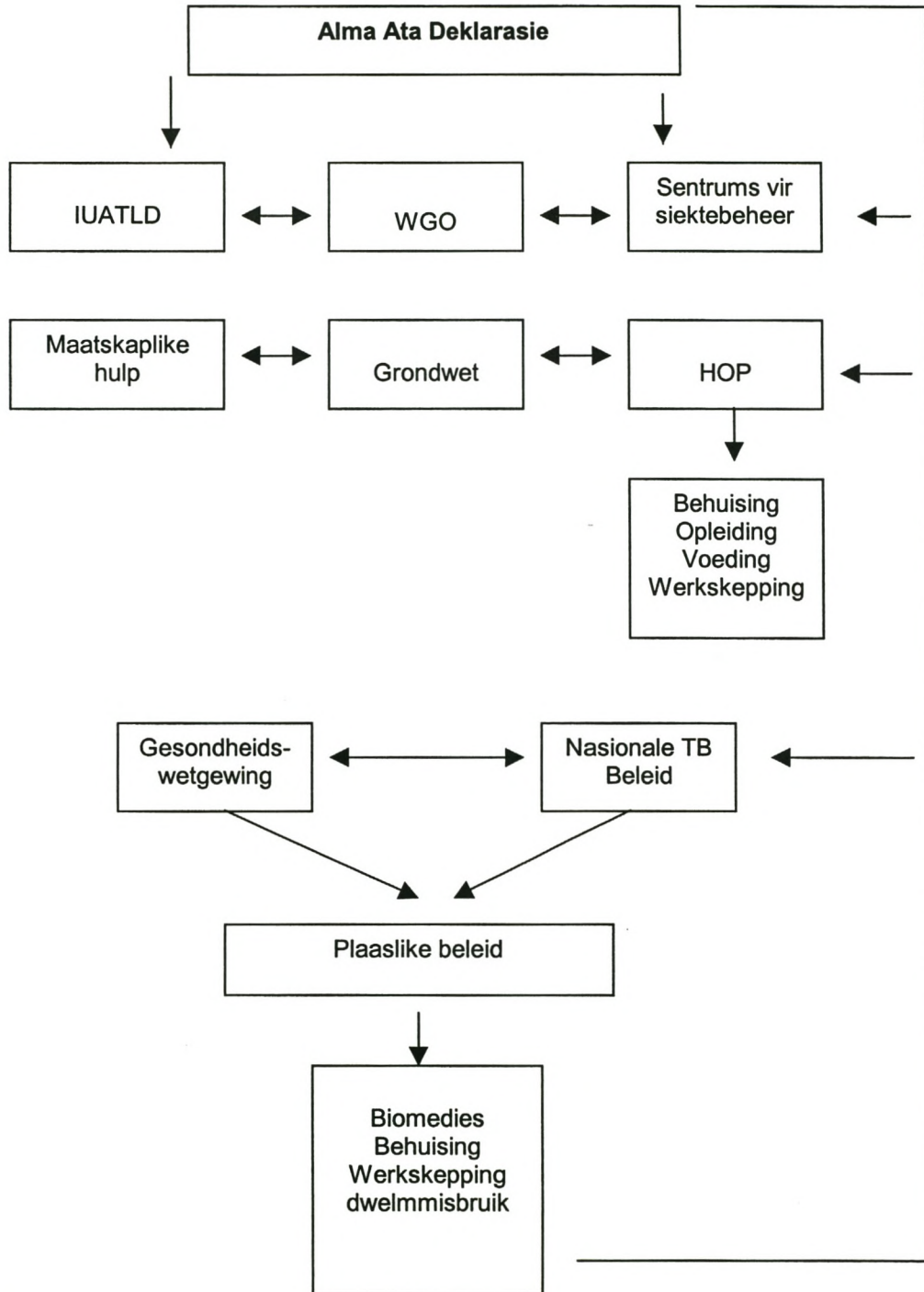
Nasionale en plaaslike beleid, alhoewel voortspruitend uit internasionale voorstelle en voorskrifte, mag verskil van land tot land en selfs streek tot streek in dieselfde land na gelang van die epidemiologiese, demografiese en geografiese eienskappe. Die feit dat swak sosio-ekonomiese omstandighede as aanleidend tot TB insidensie geïdentifiseer is, verplig beleidmakers om beleid ten opsigte van die opheffing van armoede simptome tesame met die gesondheidsbeleid aan te pas by die spesifieke omstandighede van die land of streek.

Figuur 8 beeld beleidmaking uit vanaf internasionale vlak tot plaaslike regeringsvlak in die Suid-Afrikaanse opset. Uit die aard van die geografiese navorsingsgebied sal na die beleidsaspekte van die Kaapse Mertopolitaanse Area op plaaslike regeringsvlak gekyk word.

3.2. Alma Ata Deklarasie

Die deklarasie is opgestel tydens 'n gesamentlike konferensie van die Wêreld Gesondheidsorganisasie en *United Nations International Childrens Emergency Fund* in Alma Ata, die hoofstad van van die Sovjet Republiek van Kazakstan in 1978. Die deklarasie is gegrond op twee basiese konsepte naamlik, gesondheid en menseregte.

Figuur 8. Belemakers ten opsigte van TB op verskillende vlakke



Die doel van die dokument was om regerings, gesondheid- en ontwikkelingswerkers se aandag te vestig op die beskerming en bevordering van gesondheid van die wêreld bevolking. Die deklarasie verklaar dat alle mense die reg het tot primêre gesondheidsorg en impliseer dat dit die plig van regerings is om die diens beskikbaar te stel.

Die deklarasie bestaan uit tien verklarings van doelwitte of voornemings. Uit die verklarings is dit duidelik dat ongelykhede uit die weg geruim moet word, primêre gesondheidsorgstelsels tot stand gebring word en ook dat gemeenskapsbetrokkenheid aangemoedig moet word.

Verklarings 1-5 handel oor die uitwissing van sosiale en ekonomiese ongelykhede en benadruk ontwikkeling vir die bevordering en volhouding van individuele gesondheid. 'n Beter kwaliteit van lewe word as net so 'n groot prioriteit gestel as die afwesigheid van siekte. Verklarings 6-10 dien as voorstelle aan regerings ten einde die gesondheidsorgdienste beskikbaar te stel. Dit stel minimum maatskaplike en gesondheidsdiens standaarde en beveel multi-dissiplinêre spanwerk aan om die doelwit te bereik. Van primêre belang is die bevordering en beskikbaarheid van gesonde voeding, voorsiening van genoegsame skoon water en basiese sanitasie, moeder en kind gesondheidsorgdienste: insluitend gesinsbeplanning, immunisasie teen infektiewe toestande, voorkoming en beheer van plaaslike endemiese siektes, toepaslike behandeling van ongesteldhede en beserings en die voorsiening van essensiële medikasie.

Die visie van Alma Ata was gesondheid vir almal teen die jaar 2000. Vir die realisering van die visie beklemtoon die deklarasie gemeenskapsdeelname en -ontwikkeling om die individu selfversorgend en selfonderhoudend te laat. (Anoniem 1978: 1040-1041, Passmore 1979: 1005-1008)

Omdat dit reeds 2000 is, en die doelwitte van die deklarasie min praktiese verwesentliking geniet het, ontstaan die vraag of dit te idealisties was? Die navorser is van mening dat die deklarasie, behalwe vir die tydsfaktor, 'n werkbare voorskrif vir alle regerings behoort te wees omdat dit slegs vra vir die beskikbaarheid van minimum dienste aan almal.

In Suid-Afrika het die apartheidsbeleid nog vir 16 jaar na die deklarasie regeer, en dié beleid was direk teenstrydig met die Alma Ata Deklarasie. Die demokratiese bestel na 1994 het regstelling probeer bewerkstellig. Nou ses jaar later word daar nog steeds probleme ondervind met die radikale beweging na Primêre Gesondheid Sorg (PGS). Die regstelling van ongelykhede in gesondheidsorg, ondervind deur die meerderheid van die Suid-Afrikaanse bevolking, het transformasie met verreikende finansiële implikasies benodig. Die implementering van PGS was gedoen sonder die nodige lang-termyn beplanning. Die gevolg is PGS sentrums sonder die nodige personeel om die dienste te lewer. Personeel was nie na behore opgelei en gesensiteer tot PGS nie en het met die hulp van uittredepakette die diens verlaat. Die goeie bedoeling van die demokratiese verkose regering, om die Alma Ata Deklarasie te eer, word huidiglik in die wiele gery deur kortsigtige implementasie.

3.3. Internasionale Beheer

In die geval van TB is daar internasionale beheerliggame wat raamwerk vir beleid aan lande voorlê. Hieronder resorteer die Internasional Union *Against Tuberculosis and Lung Diseases* (IUATLD), die Wêreld Gesondheid Organisasie (WGO) en afsonderlike Sentrums vir Siektebeheer. Hierdie liggame spits hul toe op navorsing en doen aanbevelings aangaande behandeling, beheermaatreëls en eradikasie programme.

Voorbeelde van voorgestelde strategieë is gestandaardiseerde opleiding (Iseman (ed) 1998: 191), voorstelle vir die hantering van TB en VIGS (Iseman (ed) 1998: 282-287), voorstelle vir die implementering van *Daily Observed Treatment Shortcourse* (DOTS), riglyne vir die waarneming van weerstandige TB (Iseman (ed) 1998: 167, 177-178)

3.4. Nasionale Beheer

Op nasionale vlak word die bekamping van TB en geassosieerde aanleidende faktore aangespreek deur wetgewing en voorgenome wetgewing. Die Grondwet van Suid-Afrika (Wet 108 van 1996: 11-14) verseker die reg tot toegang tot gesondheidsdienste, toegang tot geskikte behuising en 'n omgewing wat nie skadelik vir gesondheid is nie.

Deur middel van die volgende wetgewing en beleide word gepoog om die versekerde regte te verwesenlik:

- _ Die Wet op Gesondheid (Wet 63 van 1977)
- _ Die Witskrif op die Transformasie van Gesondheidsstelsels, 1997
- _ Die Witskrif op Heropbou en Ontwikkeling, 1994
- _ Die Wet op Maatskaplike Hulp (Wet 59 van 1992),soos aangepas deur die Welsynswysigingswet (Wet 106 van 1997)
- _ Die Suid-Afrikaanse TB Beheer Program, 1996.

3.4.1. Die Wet op Gesondheid, 1977

Seksie 45 van die Wet op Gesondheid (1977) lys die aanmeldbare siektes in Suid-Afrika en bepaal ook die aanmeldingsprosedure.

3.4.2. Die Witskrif op die Transformasie van Gesondheidsstelsels, 1997

Die dokument toon die regering van die dag se verbintenis tot die beheer en uitwissing van TB. Deeglike oorweging word geskenk aan ondersteunende strukture ter bereiking van die doel. Hierdie strukture sluit in 'n TB Operasionele Sentrum, TB koördineerders op nasionale, provinsiale en plaaslike vlak, uitgebreide laboratorium fasiliteite en die implementering van die DOTS strategie.

Opleiding aan gemeenskapslede en her-opleiding aan gezondheidswerkers betrokke by die DOTS word as prioriteit gestel. Gesondheidsopvoeding word met promosie veldtogte soos Wêreld TB dag (24 Maart) nasionaal geloods. Die opvoedkundige hulpmiddels soos in die dokument genoem (1997:125) het egter nog nie gerealiseer tot op die skaal waar dit gereedlik beskikbaar is nie.

Die implementering van 'n gestandaardiseerde rekord stelsel (TB register en kwartaallikse verslae) skakel alreeds die duplisering van aangifte uit en akkurate statistieke vergemaklik die taak van finansiële beplanners. Bereikbare, bekombare, beskikbare en bekostigbare gesondheidsorgdienste is reeds beskikbaar in stedelike gebiede en die voorneme van die dokument is om dit uit te brei na die landelike gebiede.

3.4.3. Nasionale TB Beheerprogram, 1996

In 1996 het die Departement van Nasionale Gesondheid die nuwe TB Beheer Program geloods. Die doelwitte van die program was 'n genesingsyfer van 85% van alle nuwe smeer positiewe gevalle en die opstel van duidelike en praktiese riglyne aan diegene betrokke by die diagnoseering en behandeling van TB. Gebaseer op die WGO se aanbevelings is die DOTS strategie aangepas by plaaslike omstandighede. Die program berus op ses fokuspunte naamlik:

- _ die neem van daaglikse behandeling onder toesig van 'n verantwoordelike persoon
- _ pasiënt-gesentreerdheid
- _ die beskikbaarheid van laboratoriumdienste
- _ akkurate aanmelding en rekordhouding
- _ toepaslike opleiding van gezondheidswerkers en
- _ die beskikbaarheid van anti-TB medikasie.

Die program bied gestandaardiseerde riglyne ten opsigte van monster insameling, beginsels vir behandeling van kinders en volwassenes, medikasie weerstandigheid, kontak hantering, profilakse, nuwe-effekte van medikasie, aangifte en rekordhouding, HIV en TB en die beskerming van gesondheidswerkers.

3.4.4. Heropbou- en Ontwikkelingsprogram (HOP), 1994

Die nie-mediese behandeling van TB berus op die verbetering van sosio-ekonomiese omstandighede van die TB gemeenskap. Die HOP bied spesifieke beleidsdoelwitte ten opsigte van TB behandeling in totaliteit. Opleiding, behuising, werkloosheid, en welsyn is gebiede waar opheffing benodig word.

3.4.4.1. Opleiding

Doelwitte is gerig op beter toeganklikheid tot alle vlakke van opleiding, verhoogde kwaliteit van onderrig en gelyke geleenthede in terme van onderrig. Programme om hierdie doelwitte te verwesenlik is onder andere nuwe skole en die opheffing van bestaande skole, onderwyser opleiding en ontwikkeling, skoolbeheerrade, bevordering van studente gesondheid en voeding asook volwasse geletterdheidsprogramme. Die oorhoofse visie van die dokument is 'n enkele nasionale onderwysdepartement met nege provinsiale departemente. (sien ook Suid-Afrikaanse Skolewet No. 84 van 1996)

3.4.4.2. Behuising

Die oogmerk van dié gedeelte van die dokument is die beskikbaarstelling van geskikte grond vir behuisingsprogramme, hulp aan die armes ten opsigte van die behuisingsleweringsproses asook verbeterde standarde van behuising. Staatsgesubsidieerde behuising vir die armes word in die vooruitsig gestel. (sien ook Behuisingswet No. 107 van 1997)

3.4.4.3. Werkloosheid

Een van die uitdagings van die Ministerie van Handel en Nywerheid was die skepping van 300 000 nuwe werksgeleenthede per jaar deur middel van die versterking en herstrukturering van bestaande industrieë. Deurlopend in die HOP Witskrif word gesoek na geleenthede tot werkverskaffing. Openbare werke se primêre doel is byvoorbeeld werkskepping deur kapitaal projekte, opleiding en kapasiteitsbou ter voorbereiding van lang-termyn werksgeleenthede.

3.4.4.4. Voeding

Op verskeie geleenthede in die dokument word voedingskemas bespreek. Die Primêre Skool Voeding Skema, aanvanklik gerig op 50 skole per provinsie, sal uitgebrei word tot 'n nasionale voedingskema. Die teiken van die Ministerie van Gesondheid is dat binne drie jaar elke Suid Afrikaner verseker sal wees van sy/haar daaglikse basiese voedingsbenodigdhede. Institusioneel beoog die dokument die ontwikkeling van 'n geïntegreerde voedingsprogram wat die bestaande gefragmenteerde voedingsprogramme sal konsolideer. Die dokument probeer die voedingskwessie op 'n holistiese manier aanspreek deur verskillende sektore byvoorbeeld gesondheid, opvoeding en menslike hulpbron ontwikkeling te betrek.

3.4.4.5. Welsyn

Die teiken van die Ministerie van Welsyn en Bevolkingsontwikkeling is die opleiding van 3000 gemeenskapsontwikkelaars binne die bestek van vyf jaar. Menslike hulpbron ontwikkeling sluit in nasionale geletterheidsprogramme, die skep van 'n leer kultuur, skoolvoedingsprogramme en kapasiteitsbouprogramme as deel van alle projekte. Finansiële maatskaplike hulp sal met die hulp van verbeterde tegnologie aan die geskikte persone (bejaardes en geestelik versteurdes) gelewer word. 'n Nasionale maatskaplike sekuriteitstelsel word in die vooruitsig gestel veral ten opsigte van die beskerming van kinders en die hantering van dwelm verslaafdes.

Die HOP in teorie het dus alle probleemareas geïdentifiseer wat spesifiek ook betrekking mag hê op TB-lyers en gee voorstelle in die breë aan die verskillende regeringsdepartemente ter oplossing daarvan.

3.4.5. Maatskaplike Hulp

Die mate waartoe staatshulp aan TB-lyers verleen word kan as 'n belangrike faktor beskou word in die strategie vir die beheer van TB in verwaarloosde gemeenskappe. Voor 1994 was die toegang tot maatskaplike hulp in die geval van TB onbillik deurdat "Blankes" en "Kleurlinge" kon kwalifiseer op 'n minimum ongeskiktheidsperiode van ses maande terwyl Swartes vir 'n tydperk van een jaar ongeskik verklaar moes word. Vroue, ongeag of hul die broodwinner was, het ook nie gekwalifiseer nie. Met die Welsynswysigingswet (Wet 106 van 1997) word 'n gelyke geleentheid aan alle TB-lyers gebied omdat die ongeskiktheidsperiode van ses maande vir alle rasse en ook vroue geld.

Alhoewel gesondheidswerkers verdeeld is oor die "hulp" wat toelae bied is Joy Thomas (Onderhoud: Maatskaplike werker, TB Dienste, Stad Tygerberg) van mening dat dit nodig is in die gevalle waar TB ongeskiktheid tot gevolg het, maar dat die beheer en evaluasie deur die betrokke beamptes strenger moet wees. Sy beklemtoon die feit dat toelae in die uitwissing van TB 'n belangrike hulpbron is, maar nooit 'n primêre bron van inkomste behoort te word nie.

3.5. Plaaslike Beheer

Vervolgens word gelet op beleidsrigtings op plaaslike regeringsvlak soos bespreek tydens 'n seminar vir plaaslike regering in die Kaapse Metropolitaanse Area, gehou op 18 Maart 1999. Vier aspekte naamlik TB beleid, behuising, werkskepping en dwelmmisbruik word vervolgens bespreek, soos van toepassing op hierdie studie.

3.5.1. TB beleid

Alhoewel statistiek nie opspraakwekkende sukses toon na die implementering van die DOTS strategie in 1996 nie, was die deelnemers optimisties dat dit 'n stap in die regte rigting is. (sien Figuur 9).

Sukseste is egter behaal met die toevoeging van vrywillige gemeenskapslede as toesighouers vir behandeling in die gemeenskap.

Figuur 9. Behandelingsuitslae van smeer positiewe gevalle in die Kaapse Metropol

Behandelingsuitslae van nuwe smeer-positiewe gevalle	Januarie- Desember 1996	Januarie - Desember 1997
Genesingsyfer	64%	66%
Suksesvolle behandeling	73%	74%
Onderbreeksyfer	23%	21%
Mislukkingsyfer	2%	2%
Sterftesyfer	2%	3%

(Dudley 1999:4)

Laboratoriumdienste en tegnologie (faksimilee fasiliteite aan klinieke in die area) is reeds uitgebrei vir die spoedige beskikbaarstelling van sputum uitslae. Die handgeskrewe TB register is reeds suksesvol geïmplementeer en in 1999 vervang met 'n gerekenariseerde model. (Dudley 1999: 4)

3.5.2. Behuising

Deelnemers was dit eens dat die grootte van huise aanleiding gee tot oorbewoning. Hiervolgens is besluit dat die Hoofde van Gesondheid en Behuising

in die verskillende sub-strukture sou onderhandel vir die geleentheid om gesondheidsinsette te lewer in die toekomstige beplanning van behuising. Die Kaapse Metropolitaanse Raad het ook onderneem om die moontlikheid van plaaslike regering bydrae tot die nasionale behuisingssubsidie te ondersoek ten einde groter erwe vir behuising te finansier. (Dudley 1999: 9)

3.5.3. Werkskepping

Tans word daar 'n Ekonomiese Ontwikkelingsraamwerk en Strategie dokument voorberei vir die Kaapse Metropolitaanse Area. Moontlikhede vir die uitwissing van armoede deur werkskepping sluit in die ontwikkeling van geleentheid vir klein, medium en mikro besighede. Gemeenskapsgebaseerde werkskeppingsprojekte met die nodige opleiding en kapasiteitsbouprogramme en ook die implementering van die Kaapse Metropolitaanse Raad se Poverty Grants (R176 vir 1998/1999) sal van stapel gestuur word. (Dudley 1999: 7)

3.5.4. Dwelmmisbruik

Daar is besluit om die Parry 10 Punt Plan te implementeer in die bestryding van alkohol en dwelmmisbruik. Die plan is as volg:

Direkte strategie:

- _ Gemeenskapsaksieprogramme
- _ Verskerpte aktiwiteite op primêre gesondheidsorg vlakke
- _ Verhoogde heffings op alkohol
- _ 'n Bewusmakingsveldtog ten opsigte van dronkbestuur en alkohol verwante voetganger ongelukke
- _ Klem op werksplek intervensies en beleid en
- _ Verskerpte toepassing van bestaande wetgewing ten opsigte van minimum ouderdom, die "dop-stelsel", die gebruik van alkohol in openbare plekke en publieke dronkenskap.

Indirekte strategie:

- _ Implementering en toepassing van strategieë vir die lisensiering van alkohol handel
- _ Gemeenskapsontwikkeling
- _ Gesondheidsopvoeding programme spesifiek gerig op die hoë risiko groepe en
- _ Gesondheidsopvoeding gerig op die breë gemeenskap insluitend teen-advertensies, waarskuwingsetikette en media dekking.

3.6. Samevatting

Wetgewing en beleid wat betrekking het op die eradikasie van TB is kompleks vanweë die geassosieerde sosio-ekonomiese omstandighede verbonde aan die siekte. Wetgewing en beleid moet dus mekaar komplimenteer en nie in isolasie van mekaar geskied nie. Dit is ook belangrik dat die effek van wetgewing nie 'n oorsaak van probleme verbonde aan TB mag wees nie. 'n Voorbeeld hiervan is behuising wat bevorderlik vir gesondheid moet wees.

As gevolg van die wêreldwye afmetings van TB word wetgewing en beleidsvoorstelle op internasionale, nasionale en plaaslike vlak gedoen. Onder internasionale beleidsvoorstelle resorteer die Alma Ata Deklarasie en beheerliggame soos IUATLD en die WGO doen wêreldwye navorsing met gevolglike aanbevelings.

Op nasionale vlak word beheermaatreëls onderskryf deur die Wet op Gesondheid (Wet 63 van 1977), die Witskrif op die Transformasie van Gesondheidstelsels (1997), die Witskrif op Heropbou en Ontwikkeling (1994), die Wet op Maatskaplike Hulp (Wet 59 van 1992), die Welsynswysigingswet (Wet 106 van 1997) en die Suid-Afrikaanse TB Beheer Program (1996).

Op plaaslike vlak word beheer toegepas na gelang van die afmetings van TB in 'n plaaslike owerheid. In die Kaapse Metropolitaanse Area is programme soos die DOTS-strategie, opleiding van vrywillige gemeenskapswerkers as toesighouers en die uitbreiding van laboratoriumdienste van stapel gestuur. Behuising, werkskepping en die uitwissing van dwelms word ook as prioriteite deur plaaslike regerings geag.

Soos aangedui word daar op die terrein van beleid en wetgewing aandag geskenk aan al die aspekte van TB en ook die geassosieerde swak sosio-ekonomiese omstandighede. Dit is die implementering van die verskillende beleid en wetgewing wat ge-evalueer word in die volgende hoofstukke. Daar sal gekyk word hoe genoemde wetgewing en beleid die TB epidemie en die swak sosio-ekonomiese omstandighede van die pasiënte positief kan verander.

Hoofstuk 4

Data analise

4.1. Inleiding

Aan die hand van die kontekstuele agtergrond in hoofstuk 2 word die menings, opinies en ondervinding van die respondente in die studie opgeweeg. Die primêre doel hiervan is om vas te stel of daar verskille tussen die teorie en die praktyk betaan, wat die aard van die verskille is en of geïdentifiseerde verskille oorbrug kan word. In die onderhoude is klem gelê op die volgende onderwerpe: kennis van TB, werkloosheid, behuising, opvoedingspeil, wan- en ondervoeding, alkohol- en dwelmmisbruik, sport en rekreasie en die probleme in die gemeenskap.

4.2. Kennis van TB

Uit die onderhoude gevoer kan afgelei word dat die respondente oor dieselfde minimum informasie aangaande TB beskik. Dit is ook duidelik dat hulle onkunde aangaande die siekte nie as 'n probleem ervaar word deur die respondente nie. Alle respondente se kennis van TB het daarop gedui dat feite aangaande die verspreiding van die siekte nie so belangrik geag word soos die voltooiing van die behandeling nie.

Menings oor die oorsake van TB is uiteenlopend en onkundig. Van die oorsake wat aangevoer was is onder andere:

- rook
- alkoholiese drank
- koue weerstoestande
- stof
- dagga

- _ binneband vure
- _ buite slaap
- _ gesamentlike gebruik van glase.

Alhoewel al die respondente tydens behandeling inligtingsessies aangaande TB bygewoon het, was die respons oor die algemeen dat hulle nie veel daarvan onthou nie. Geeneen het byvoorbeeld die moontlikheid van 'n veroorsakende organisme genoem nie. In die hospitaal, aldus een van die respondente, was die tye van die inligtingsessies ongeleë omdat dit saamgeval het met die tyd wat uiteengesit is vir telefoongebruik. Hulle erken dat hulle die inligtingsessies in die klinieke onthou maar nie die inhoud kan onthou nie. Die sessies was in Afrikaans aangebied maar die respondente kan nie redes verskaf hoekom hulle dit nie kon onthou nie.

Een van die respondente kan 'n televisie advertensie oor TB onthou maar weet nie wat dit beteken nie. Geeneen van die respondente het na verdere inligting oor TB in biblioteke of by die plaaslike kliniek gesoek nie.

Respondente glo en vertrou die inligting aangaande TB wat in die gemeenskap versprei word. Daar is gevind dat hierdie inligting vaag en dikwels feiteloos is en dat dit ook tot gevolg het dat daar nog steeds 'n stigma aan TB kleef. Hierdie stigma word deur die familieledede benadruk in insidente waar soen, die gebruik van dieselfde eetgerei en slaap in dieselfde huis taboe geword het. Die fokus is dus op die isolasie van die pasiënt en nie ondersteuning nie. Dit is dus duidelik dat algemene onkunde ten opsigte van die siekte die fokus bepaal.

Geen poging word deur die respondente aangewend in die voorkoming van TB nie. Verklarings wat aangevoer is, is onder andere:

- _ dat almal grootgeword het met TB en die siekte as algemene verskynsel beskou word
- _ niemand koppel die siekte aan 'n veroorsakende organisme nie

- die verband tussen TB en sosio-ekonomiese toestande word nie begryp nie
- daar word nie tyd spandeer aan die voorkoming in die inligtingsessies nie. Die sessies geskied eers nadat die pasiënt aangemeld is.

Dit het aan die lig gekom dat alle respondente in kontak met TB-gevalle was. Hierdie kontak was in die meeste gevalle familie en goeie vriende. Respondente was met gemiddeld vier volwasse TB-gevalle in kontak voordat hulle die siekte opgedoen het. Hierdie kontak was in Bishop Lavis, voorstedelike gebiede soos Mitchell's Plein, Elsiesrivier, Bellville en ook plattelandse dorpe soos Worcester, Wellington en Hermon.

Onder albei die studiegroepe is die kennis van TB gebrekkig. Die kontrolegroep weergee dieselfde mites as die eksperimentele groep en toon ook nie meer belangstelling of begrip vir die voorkoming van TB nie. Albei groepe was in kontak met TB-gevalle wat daarop dui dat die infeksiepoel vir albei die groepe dieselfde was. Geen voorsorgmaatreëls word deur beide groepe getref om die infeksiepoel te vermy nie. Die hoofrede wat deur die eksperimentele groep aangevoer was vir die vroeë staking van behandeling was die vrees vir bende aktiwiteite. (Van die respondente behoort aan opponerende bendes en moet noodgedwonge deur "afgebakende" bendegebiede beweeg om die kliniek te besoek.) Daar word ook geen spesifieke pogings aangewend om die algehele gesondheidstatus te verbeter nie.

4.3. Werkloosheid

Dit is insiggewind dat alle respondente swak diensrekords het terwyl almal se ouers gewerk het tot en met aftrede. Respondente het almal die skool verlaat tussen graad 4 en graad 7 en is aangewese op arbeiderswerk vir organisasies soos byvoorbeeld munisipaliteite. Hulle het op 'n gemiddelde ouderdom van 16 die arbeidsmark betree maar geeneen het 'n werk vir langer as vier jaar behou nie. Dit blyk egter nie moeilik te wees om werk te bekom nie aangesien ervaring in 'n spesifieke veld, en nie noodwendig opleiding, die kriterium is. Daar was ook

nooit tydens werksonderhoude pertinent gevra na of verwys na TB status van die aansoeker deur die werkgewers nie.

Onder-indiensname is duidelik een van die grootste redes vir werkloosheid onder die halfgeskoolde werkers. Respondente verwys dikwels na werk wat te min word of maatskappye wat bankrot verklaar word. Omdat hulle uit die aard van hulle werk so maklik vervangbaar is, is hulle dikwels die slagoffers van die "short time" verskynsel (sien Hoofstuk 2).

Die studie het getoon dat slegs 40% van die respondente gewerk het met diagnose. Die oorblywende 60% was reeds werkloos toe hulle die siekte opgedoen het. Diè wat wel gewerk het, het hulle werk gelos as gevolg van die simptome wat gelei het tot afwesigheid nadat siekteverlof uitgeput was. Alhoewel die ander 60% nie gewerk het tydens diagnose nie, is die algemene gevoel dat hulle as gevolg van die siekte nie geskik is vir harde arbeid nie en verkies om werk te verrig as skoonmakers, motorbestuurders en masjieniste.

Verdere redes waarom respondente hulle werk bedank of verloor het was onder andere lae lone, diefstal en die gebruik van alkohol en/of dagga tydens werksure. Alhoewel die respondente melding gemaak het van voorkeurberoepe, beskik hulle nie eers oor die basiese vereistes soos byvoorbeeld 'n bestuurslisensie nie.

Daar werk gemiddeld twee volwassenes per huishouding (gemiddelde aantal volwassenes per huishouding - ses). Maatskapike toelae wissel van pensioene, onderhoudstoelae, ongeskiktheidstoelae en werkloosheidsversekering.

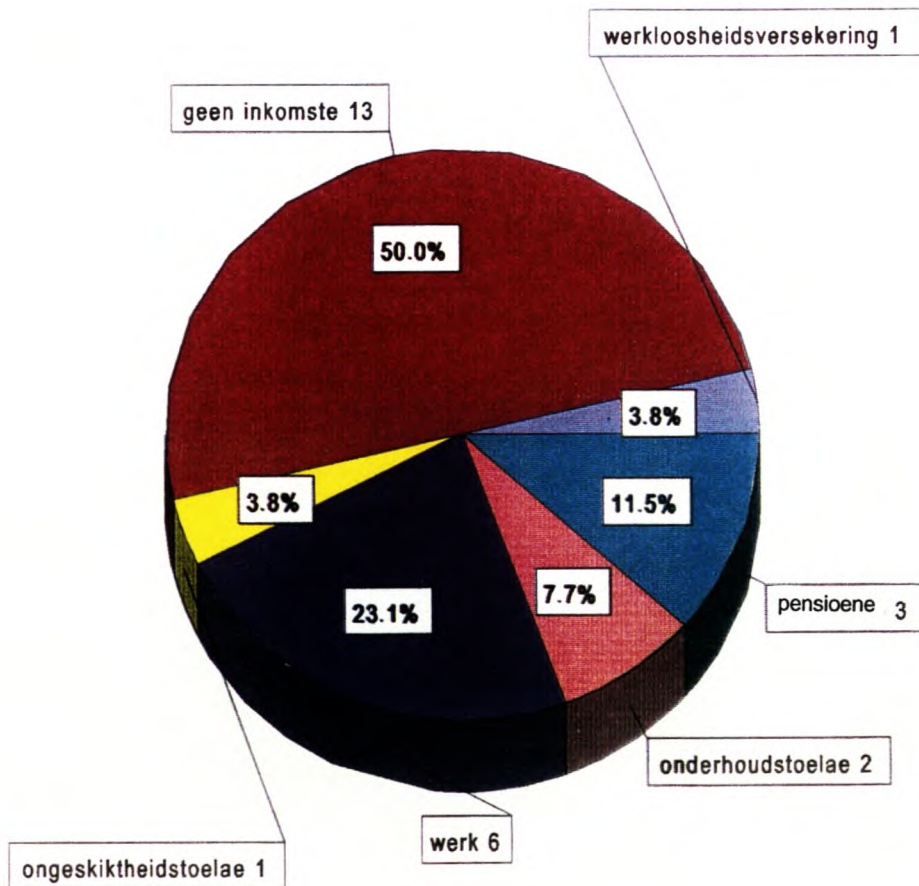
Die werkloosheidsituasie onder albei studiegroepe was dieselfde. Onder-indiensname en togarbeid maak deel uit van albei studiegroepe se werkservarings. Hierdie verskynsel dui daarop dat werkloosheid, alhoewel gekoppel aan die sosio-ekonomiese aspek van die siekte, nie 'n noemenswaardige rol speel in die risiko van herinfeksies nie.

4.3.1. Versekering van inkomste

Uit die vyf huishoudings geselekteer vir die studie, leef 'n totaal van 26 volwassenes en 16 kinders uit 13 bronne van inkomste. Ses hiervan is salarisse terwyl sewe toelae is. Alhoewel 100% van die respondente werkloos is, is daar 'n minimum versekerde inkomste in alle betrokke huishoudings. Die inkomste word verkry uit lede wat permanent werk en verskillende staatstoelae.

Figuur 10 beeld die inkomstebronne uit. Dit is duidelik dat die inkomste gedeel moet word met dubbel soveel mense as waarvoor dit bedoel was. Hierdie inligting plaas die armoede afmetings wat werkloosheid op die sosio-ekonomiese toetande in die betrokke gemeenskap het in perspektief.

Figuur 10. Versekerde inkomste per huishouding



Daar word egter in alle huishoudings pogings aangewend om geld of die nodige lewensmiddele te bekom. In die huishoudings ter sprake is gevind dat togarbeid by klein sakeondernemings gedoen word. Daar word ook los werkies soos die sny van hare en gras in die gemeenskap gedoen en in een huishouding werk 'n dertienjarige dogter na skool in 'n mobiele kafee. (sien Bylaag 6: 23)

Die menings van die respondente aangaande die maatskaplike toelae verskil nie van mekaar nie. Hulle is dit eens dat daar 'n nood bestaan vir toelae maar dat die seleksie van die ontvangers met meer omsigtigheid gedoen moet word. Dit is almal se ondervinding dat die toelae nie aangewend word vir lewensmiddele nie maar eerder vir alkohol en dwelms.

4.4. Gevolge van werkloosheid

Die gevolge van werkloosheid manifesteer vir die doel van die studie in swak behuising, lae opvoedingspeil, wan-en ondervoeding en alkohol-en dwelmmisbruik.

4.4.1. Behuising

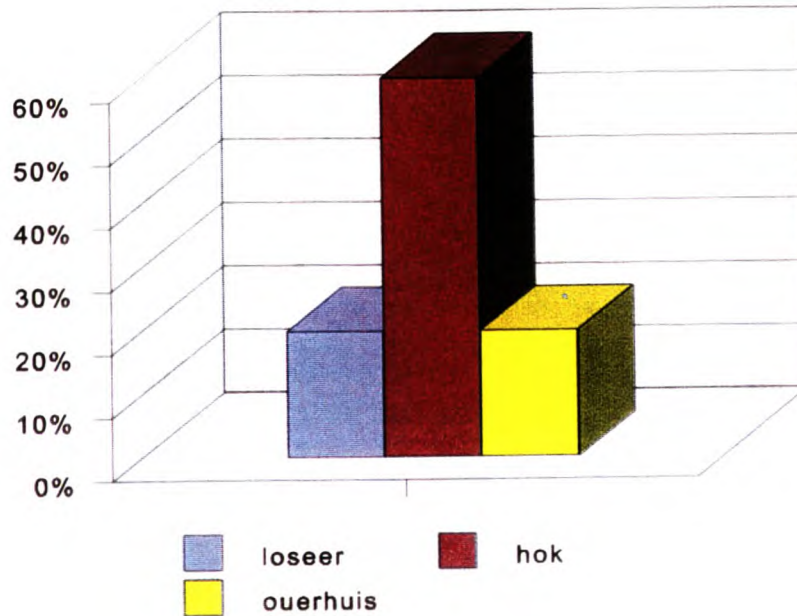
Die gevolg van verminderde of geen inkomste kan duidelik in die behuisingsituasie van die studiegroep gesien word. Geeneen besit hulle eie huise nie en is aangewese op of losies of 'n opslaangebou in 'n agterplaas.

Alhoewel 40% van die respondente in baksteenstrukture woon dui die helfte daarvan op oorbewoning. In 'n viertrek woning woon byvoorbeeld elf volwassenes en vier kinders. (sien Bylaag 6: 42) Hierdie baksteenstrukture is toegerus met lopende water en elektrisiteit.

Die informele strukture is almal houthokke met geen lopende water, elektrisiteit of eie bad- en toiletgeriewe nie. Hier weereens moet oorbewoning beklemtoon word. In een geval word 'n twee-vertrek struktuur bewoon deur drie volwassenes en drie kinders. (sien Bylaag 6: 18)

Alle respondente het egter in baksteenstrukture grootgeword wat basies een gesin gehuisves het. Hierdie inligting dui dus op agteruitgang en kan weereens teruggevoer word na die werkloosheidskwessie (Die ouers van alle respondente het gewerk en kon dus beter behuising bekostig).

Figuur 11. Tipe behuising van studiegroepe



Respondente deel die behoefte aan beter behuising en beseft dat dit net sal materialiseer indien hulle 'n werk kan bekom en behou. Hulle afhanklikheid van ander en ook die wete dat hulle oorleef sonder 'n vaste werk skep 'n tevredenheid in hulle omstandighede. In stede van elementêre behuising artikuleer hulle onbereikbare drome byvoorbeeld dubbelverdieping huise met studeerkamers vir hulle kinders se gebruik.

Die tekort aan dienste soos elektrisiteit, lopende water en badkamergeriewe word nie as problematies ervaar nie. Slaapplek onderdak is die hoogste prioriteit in hulle behuisingdilemma.

Weereens is die behuisingssituasie van albei die studiegroepe dieselfde. Oorbewoning en swak ventilasie word in albei groepe aangetref en dui nie op 'n oorsaak van herinfeksies nie.

4.4.2. Opvoedingspeil

Die tendens wat opgemerk word in die opvoedingspeil is dat daar geen verandering in twee generasies was nie. Alle respondente en hulle ouers het slegs laerskool opleiding ontvang. Respondente het die skool verlaat tussen graad 4 en graad 7.

Die redes vir die vroeë skoolverlating onder respondente is onder andere skorsing, stokkiesdraai, swak akademiese vordering en ook ouers se belangeloosheid by hulle kinders se bedrywighede. Finansiële onvermoë is nie aangedui as rede vir vroeë skoolverlating nie. Ouers het ook die vroeë skoolverlating aanvaar en slegs daarop aangedring dat respondente onmiddelik gaan werk.

Respondente kan egter die verband sien tussen hulle vroeë skoolverlating en hulle sosio-ekonomiese toestand en is vasberade dat hulle kinders nie die skool vroeg sal verlaat nie. Hulle is dit eens dat hulle kinders met 'n matrieksertifikaat toegerus sal wees vir 'n permanente werk en dus beter lewensomstandighede.

Deurgans oorweeg respondente nie die moontlikheid van tersiêre opleiding vir hulle kinders nie, maar die feit dat matriek as minimum skoolopleiding gesien word dui alreeds op vooruitgang en die opheffing van die lae opvoedingspeil. Respondente voel dat tersiêre opleiding onbekostigbaar is en alhoewel hulle bewus is van studiebeurse, voel hulle dat selfs dit net vir meer gegoede kinders beskikbaar is. Geeneen het tot dusver spaarplanne of studiepolisse oorweeg nie of hulle kan dit nie oorweeg nie as gevolg van gebrekkige inkomste.

Alhoewel hulle dit eens is dat materialistiese behoeftes vervul moet word ten opsigte van opleiding (skoolfoeie, uniforms, boeke) is daar steeds ouer onbetrokkenheid by skoolaktiwiteite. Die opinie word gehuldig dat dit die onderwyser/es se verantwoordelik is. Hulle beskou hulleself ook nie intellektueel toegerus om die kinders te help met hulle skoolwerk nie.

Daar was geen verskil in die opvoedingspeil van die twee studiegroepe nie. Albei groepe se blootstelling was slegs tot op laerskoolvlak wat aanleiding gegee het dat hulle werkservaring dieselfde is. Dit is duidelik dat respondente as gevolg van

die lae opvoedingspeil 'n minderwaardigheid openbaar en dus informasie ignoreer omdat hulle dit as bo hulle intellektuele vermoëns skat. Hierdie sienswyse veroorsaak dat hulle inligting oor TB as uitsluitlik verstaanbaar vir sogenaamde geleerdes reken.

4.4.3. Wan- en ondervoeding

Die respondente eet almal wel drie of meer maaltye per dag, maar dit is duidelik dat hulle volgens die teorie wangevoed word (sien Hoofstuk 2). Op 'n vraag na respondente se kennis oor 'n gebalanseerde dieet was die antwoorde soos volg:

- _ “...solank ek net iets in my maag het, want dis mos nie gif nie.” (sien Bylaag 6: 8)
- _ “...rys, aartappels, uie, koolkos enige ding...” (sien Bylaag 6: 14)
- _ “...as ek in die oggend twee of drie snye brood eet en 'n glas *drink -a-pop* en dan hier so 2uur - 3uur sal ek weer vir my twee snye brood vat miskien nou peanutbutter en jam...” (sien Bylaag 6: 24)
- _ “...solank ek net elke dag iets het om te eet...” (sien Bylaag 6: 42)

Hieruit kan afgelei word dat dit nie belangrik is wat geëet word nie maar dat daar wel geëet word. Sonder uitsondering bestaan hulle maaltye hoofsaaklik uit brood, konfyt, tee/koffie of koeldrank. Hoofmaaltye, wat gewoonlik saans is, wissel van bredies, kerrie- en tamatie geregte tot toebroodtjies. Hierdie hoofmaaltye word deurgans deur ouer vroue in die huishouding gekook.

Brood is as stapelvoedsel uitgewys. Voorkeure teenoor kossoorte is nie aangehaal nie. Die afkeure wat wel genoem was, was onder andere boontjies, kool, botter en witbrood.

Kos word in al die gevalle gekoop en gekook deur vroulike lede van die onderskeie huishoudings. Een huishouding het hulle kos by 'n huiswinkel gekoop terwyl die ander van groter supermarkte gebruik gemaak het. Vleis word veral op

krediet gekoop. Geeneen van die huishoudings ontvang voedselhulp van instansies in die gemeenskap nie.

Gaarmaakmetodes word aangeleer van die ouer generasie. Respondente is dit eens dat ouer vroue in die gemeenskap die beste kennis dra van gesonde voeding. Alhoewel hulle bewus is van die dieetkundige dienste in die plaaslike kliniek, het hulle nog nooit daarvan gebruik gemaak nie.

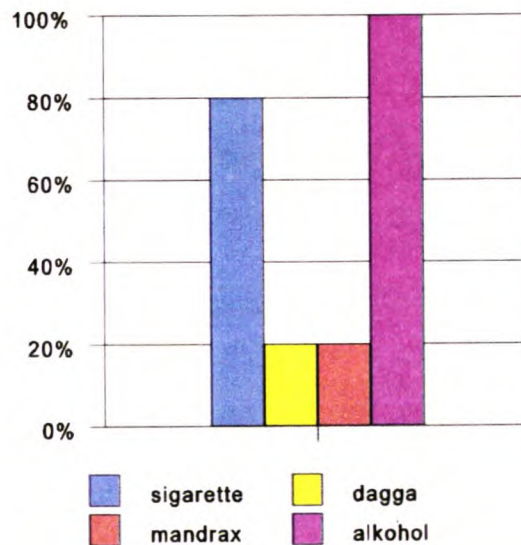
Weer eens dui die inligting daarop dat daar geen verskil in die voedingspatroon van die twee studiegroepe waargeneem kan word nie. Albei groepe eet hoofsaaklik brood en voel dat 'n gebalanseerde dieet genoeg kos is. Hulle vertrou ouer vroue in die gemeenskap vir die korrekte voedingsinligting.

4.4.4. Alkohol- en dwelmmisbruik

Die gebruik van alkohol en dwelms word by alle respondente aangetref (sien Figuur 12). Almal was ook blootgestel aan dwelms en/of alkohol gebruike as kinders. Die gebruike was toegepas deur hul ouers en lede van die gemeenskap. Die gemiddelde ouderdom waarop alkohol en dwelms begin gebruik is deur die respondente was 16 jaar. Alhoewel almal op primêre vlak die skool verlaat het, is een selfs vir die gebruik van alkohol tydens skoolure geskors (sien Bylaag 6: 20).

Dit is egter duidelik dat hulle die gebruike nie as 'n probleem ervaar nie omdat dit volgens hulle geen noemenswaardige impak op hulle finansies het nie. Die gebruike word soos volg gefinansier:

- _ minimale uitgawe - slegs R5-00 per week
- _ voorsien deur vriende en/of familie
- _ speel van snoeker kompetisies waar die prysgeld alkoholiese drank is en
- _ verkoop van eiendom.

Figuur 12. Alkohol en dwelmmisbruik onder studiegroepe

Hiervolgens voel die respondente dat die gebruike nie hul finansiële posisie versleg nie en regverdig die gebruike as ontspanning. Alkohol word deur almal by plaaslike smokkelhuise gekoop wat ook dan die ontspanningslokale in die gemeenskap is. Dagga en Mandrax tel onder die dwelms wat gebruik is. Die gebruikers hiervan het albei sonder professionele hulp die gebruike gestaak. Die redes vir staking was die stygende koste van Mandrax en die feit dat TB gediagnoseer was. Geeneen van die respondente het weer teruggeval in die gebruik nie en albei is langer as twee jaar "skoon" van dwelms.

Respondente is terdeë bewus van en bekommerd oor die voorbeeld wat deur die ouers in die gemeenskap gestel word. Melding is deurgans gemaak van veral die negatiewe voorbeeld wat vroulike volwassenes stel, en probleme soos stokkiesdraai en deelname aan bendebedrywighede word direk hieraan gekoppel.

In die gebruik van dwelms en alkohol word daar ook geen verskil in die twee studiegroepe aangetref nie. Die enigste verskil wat opgemerk word is dat in die geval van dwelms het 'n respondent uit die kontrolegroep gestaak met

aanmelding, terwyl die respondent in die eksperimentele groep eers na die derde aanmelding gestaak het.

4.5. Sport en Rekreasie

Ten tye van die onderhoud het slegs een van die respondente aktief sport beoefen. 40% van die respondente het nooit belanggestel in sport nie terwyl die res op skool sokker gespeel het. Nog 40% neem nie meer deel aan sport nie as gevolg van dispnee veroorsaak deur die TB. Een van die respondente speel snoeker vir 'n plaaslike smokkelhuis. Hy voer aan dat daar geen ander klubs in die area is nie en dat hy vir die smokkelhuis speel omdat hy die spel geniet. Geeneen van die respondente is betrokke by enige sport of sosiale klubs nie omdat klubbedrywighede met negatiewe aspekte soos drankmisbruik en bakleiery geassosieer word.

Alhoewel respondente spesifiek melding gemaak het van besoeke aan kerkdienste is geeneen betrokke by aktiwiteite van verskillende kerke nie. Hier is respondente van mening dat betrokkenheid net van die kerkleiers verlang word.

Vrye tyd word aan een of meer van die volgende bestee:

- ontspan
- vriende besoek
- tuinwerkies slegs op eie werf
- videos kyk by smokkelhuise
- gunsies en los werkies aan familieledede
- los werkies teen betaling

Alhoewel respondente die wens om 'n werk te bekom uitspreek, word 'n laksheid ten opsigte van die soeke na werk aangetref. Die navorsers maak die afleiding dat die regverdiging vir die verskillende maniere van vryetydsbesteding dui op 'n

“afhanklikheidsindroom”. Hier is dit egter nie afhanklikheid van toelae nie, maar van ander mense wat die respondente laks gelaat het in terme van selfontwikkeling en betrokkenheid (sien hoofstuk 2). Hulle is tevrede met hulle dag tot dag bestaan en sal slegs werk indien die werk hulle aangebied word en dit hulle geval.

4.6. Probleme in die gemeenskap

Respondente was duidelik in die identifisering van die probleme wat in die gemeenskap ondervind word. Wat egter interessant was, is die feit dat TB of enige ander siekte nie as ‘n probleem geïdentifiseer is nie. Probleme wat wel geïdentifiseer was is as volg en nie in prioriteitsvolgorde nie:

- bendebedrywighe
- dwelmsmokkelary
- alkohol en dwelmmisbruik deur volwassenes
- swak riool stelsel
- tekort aan bewaarskole
- geen parke en openbare swembaddens
- lae of geen inkomste
- swak bemande polisiekantoor
- ouers het geen beheer oor kinders
- verkragtings en moorde
- onwettige vuurwapens
- smokkelhuise
- werkloosheid
- veiligheid van gesondheidspersoneel.

47% van die gelyste probleme word gedeel deur alle respondente. Hieronder resorteer bendebedrywighede, smokkelary, lae inkomste, werkloosheid, geweld en onwettige vuurwapens.

4.7. Samevatting

In hierdie hoofstuk is die data verkry uit onderhoude vergelyk en verwerk teen die teoretiese besprekings in Hoofstuk 2. Hierin is gevind dat die opinies en ondervinding van die respondente die teorie staaf.

Respondente toon 'n gebrekkige kennis van TB. Mites aangaande die siekte word as feite aanvaar. Oorsake vir die gebrekkige kennis kan moontlik toegeskryf word aan 'n gesondheidsstelsel waar gesondheidswerkers die verantwoordelikheid vir gesondheid as hulle eksklusiewe taak beskou het. Die pasiënte moes slegs bevels uitvoer. Dit het tot gevolg gehad dat inligting oor TB tot die basiese beperk was en dikwels slegs aan diegene wat 'n belasting daarin getoon het, gegee was.

Alhoewel al die respondente werkloos is, toon hulle geen behoefte om werk te bekom nie. Daar is egter inkomste in die vorm van onderhoudtoelae, pensioen, werkloosheidsversekering en ongeskiktheidtoelae in elke huishouding betrokke in die studie. Die feit dat daar wel 'n versekerde inkomste is, blyk genoeg vir die respondente te wees. Hulle het hulle lewenstyl aangepas tot wat daar tot hulle beskikking is, en die ambisie om beter te lewe word nie bespeur nie. Dit is al vir generasies dat die gemeenskappe die lae lewenstandaarde handhaaf en is dus tevrede met die minste bloot omdat visie tot beter omstandighede ontbreek. Oorbewoning en swak ventilasie is onder almal gevind en hulle deel die mening dat eetbaar sinoniem is met voedsaam. Die gebruik van alkohol en sigarette is algemeen en word nie beskou as skadelik nie maar eerder as ontspanning. Geeneen van die respondente neem aktief aan sport deel nie en beperk hulle rekreasiegeriewe tot die plaaslike smokkelhuise.

Die verband tussen hulle lewensomstandighede en TB is nie vir die respondente duidelik nie. Regstelling van die situasie kan geïdentifiseer word as die grootste

uitdaging vir gesondheidswerkers en beleidmakers. Vervolgens sal 'n interpretasie van die data gegee word met die doel om nog tekortkominge en areas vir ontwikkeling te identifiseer.

Hoofstuk 5

Interpretasie van data

5.1. Inleiding

Hierdie hoofstuk word gewy aan die interpretasie van die data afkomstig uit onderhoude met die oog op die indentifisering en verbetering van die TB dilemma en die sosio-ekonomiese toestande van TB-lyers. Aspekte wat behandel word is onder andere: kennis van TB, werkloosheid, swak behuising, lae opvoedingspeil, wan- en ondervoeding, alkohol-en dwelmmisbruik en die oplossings wat deur die respondente voorgestel is.

5.2. Kennis van TB

Die vorige hoofstuk toon aan dat daar 'n tekortkoming aan inligting aangaande TB te bespeur is. Hierdie tekortkominge kan nie toegeskryf word aan die tekort aan insette van gesondheidsdienste en NGO's gemoed daarmee nie. Dit is egter die benadering tot die oordra van die inligting wat problematies skyn te wees. Nie net blyk die inligting te min te wees nie maar ook dat dit aangepas moet word by die ontvangergemeenskap. Geskeduleerde inligtingsessies geskied op die dag van diagnose of onmiddelik nadat die pasiënt gediagnoseer is. Skok mag moontlik 'n rol speel in die ontvanklikheid van die inligting.

In die soeke na 'n volhoubare oplossing vir die probleem moet strategiese beplanningsvrae soos "wie"-, "wat"-, "hoe"-, "wanneer"- en "waar"- beantwoord word.

Daadwerklike pogings sal aangewend moet word deur die beleidmakers om die kennis oor TB te verbreed. Tans is die oordra van inligting die uitsluitlike verantwoordelikheid van gesondheidsdiens leweraars. Gesondheidswerkers was tradisioneel diegene wat die taak verrig het, maar met die bykomende primêre gesondheidsorgdienste en ook die afskaffing van gesondheidsvoorligtersposte word minder en minder aandag aan toepaslike gesondheidsvoorligting gegee.

Om die vraag "wie" te beantwoord moet eerstens teiken ontvangergroepe en tweedens die boodskappers geïdentifiseer word. Omdat die siekte so prevalent in die gemeenskap onder bespreking is, en in ag geneem dat kinders daarmee opgroei, sal dit raadsaam wees om gesondheidsvoorligting aangaande TB so vroeg moontlik aan kinders bekend te stel. Vrywillige werkers uit die gemeenskap is reeds opgelei in die toesig oor behandeling en indien verder opgelei, kan hulle 'n unieke rol speel in die voorkomingsveldtog. Hulle word vertrou deur die TB-lyers en deur hulle kapasiteit te bou mag hulle dalk die boodskap meer suksesvol oordra.

Klinieke word voorsien van die diens van 'n gesondheidswerker in diens van SANTA wat hoofsaaklik konsentreer op die reeds aangemelde gevalle. 'n Klemverskuiwing na die voorkoming van TB word benodig. Die werwing en opleiding van vrywillige werkers (verantwoordelikheid van die SANTA werker) moet uitgebrei word na daadwerklike voorkomingsprogramme.

Uit die onderhoude is dit duidelik dat die mening van die ouer generasie vertrou word. Hierdie mening bied aan beleidmakers en gesondheidspersoneel 'n groeimense wat bemagtig kan word om die voorkomingsboodskap effektief uit te dra. Die boodskap wat tans oorgedra word aangaande TB kan nie weergegee word deur die ontvangers daarvan nie. Dit is dus belangrik dat die inhoud daarvan onder 'n vergrootglas geplaas word. Is die inhoud toepaslik? Is dit verstaanbaar? Word dit interessant genoeg oorgedra?

Voorkomende inligting word tans deur middel van plakkate, videos en inligtingsessies in die klinieke aangebied. Struikelblokke in die kommunikasieprogram is:

- TB boodskap nie belangrik vir gesonde persone
- wagtydperke in klinieke maak persone ongeduldig en nie ontvanklik vir inligting nie
- steuringe byvoorbeeld geraas (hulende kinders) maak veral telekommunikasie oneffektief

- een-tot-een sessies is beperk tot aangemelde gevalle
- inligtingsessies geskied slegs in klinieke.

Die beter oordra van inligting aangaande TB moet beskou word as 'n groot uitdaging in die stryd om die beheer daarvan. Wanneer hierdie inligtingsessies moet geskied sal afhang van die tydperke geïdentifiseer deur belangstellendes. Die feit dat die sessies slegs in die kliniek aangebied word stel dit buite bereik van die breë gemeenskap.

5.3. Werkloosheid

Moontlike oplossings vir werkloosheid in die konteks van die studie lê in die gesindheid van die gemeenskap ten opsigte van verantwoordelikheid en selfonderhouding. Dit is duidelik dat hulle werkloosheid aanvaar omdat hulle tevrede is met die minimum en hulle oor 'n sosiaal-ekonomiese ondersteuningsnetwerk beskik wat in die minimum voorsien (sien Figuur 10: 52).

Die moontlikheid vir ontwikkeling sal in dié geval gesetel wees in die aankweek van 'n kultuur van verantwoordelikheid onder ekonomies produktiewe mans. Deur middel van 'n proses van sosiale leer moet trots ten opsigte van selfversorging by die gemeenskap ingeboesem word. Duidelikheid oor konsepte soos die verskil tussen "min" en "geen" inkomste kan lei na 'n behoefte in selfonderhouding, begrotingsinligting en prioritisering van daaglikse behoeftes.

Te oordeel aan van die redes hoekom respondente hulle werk verloor het, kan geargumenteer word dat hulleself verantwoordelik is vir die feit dat hulle nie werk nie. Hier het hulle 'n morele verpligting om eerlik en verantwoordelik te begin optree.

Enige afhanklikheid, sosiale toelae of die afhanklikheid van ander mense, skep 'n minderwaardigheidskompleks in die gemeenskap waar die moraal reeds laag is. Onwikkelingsaksies moet verskuif vanaf werkskepping na die verandering van

die gesindheid van die werkloos ten opsigte van werk om sodoende die bouse kringloop van armoede te breek.

5.4. Behuising

Die gebrek aan inkomste is die oorsaak dat alle respondente in behuising van sub standaard woon. Hulle is egter tevrede met die tipe behuising omdat beter behuising nie as 'n prioriteit gesien word nie. Die kwaliteit van die dak oor hulle koppe weeg nie so swaar soos die behoefte om aan die lewe te bly nie. Die aanvaarding van hulle behuisingsituasie is eerstens omdat hulle hulleself vergelyk met mense wat in plakkerskampe woon en tweedens omdat hulle nie verbetering kan visualiseer nie. Die onvermoë spruit uit die feit dat verbeterde behuising gesien word as onbereikbare drome omdat dit nie realisties is nie. Omdat radikale behuisingsveranderinge so onbereikbaar is, sal inkrementele verbeteringe meer positief aanvaar word. Die vereiste van 'n vaste inkomste moet onlosmaaklik aan behuisingsverbeteringe gekoppel word.

Die negatiewe gevolge van oorbewoning word nie ten volle beseef nie. Die behoefte aan privaatheid word beperk tot kinders en hulle studies. Die verband tussen TB en oorbewoning is nie genoem nie.

Die gebrek aan dienste soos elektrisiteit en lopende water word as 'n ongemaklikheid aanvaar. Soos met beter behuising, verlang almal die dienste maar berus hulleself by die situasie omdat verbetering soos 'n onwerklike droom lyk. Die feit dat almal in beter behuisingstrukture grootgeword het, kan gebruik word om weereens die behoefte daarna aan te wakker. Dit sal egter geïntegreer moet word met 'n behoefte om werk te bekom en te behou.

5.5. Opvoedingspeil

As gevolg van vroeë skoolverlating is 'n minderwaardigheid duidelik onder die respondente te bespeur. Hierdie minderwaardigheid manifesteer in hulle

denkwyse op gebiede soos selfontwikkeling. Hulle glo onwrikbaar in hulle onvermoë om 'n verskil te maak, selfs in hulle persoonlike lewens.

Vroeë skoolverlating met gevolglike swak sosio-ekonomiese vooruitsigte het 'n agterstand gelaat. Hierdie agterstand is finansieël, intellektueel, emosioneel, sosiaal en ook kultureel. 'n Gebrek aan selfvertroue is geskep uit die aanname dat hulle nie intelligent genoeg is om betrokke te raak nie. Hierdie verskynsel veroorsaak dat hulle hulle hoop op verbetering in enige aspek van hulle lewens op ander plaas byvoorbeeld opvoeding op onderwysers, gesondheid op gesondheidspersoneel, behuising op die plaaslike owerheid ensovoorts.

Dit is verblydend dat die respondente dit eens is dat hulle kinders ten minste sekondêre opleiding moet voltooi. Daar word egter onkunde waargeneem in metodes om kinders aan te moedig om te presteer en sodoende skoolbywoning aan te moedig. Materiële behoeftes vir skoolbywoning word bevredig na die beste van hulle vermoë maar betrokkenheid by skoolaktiwiteite bestaan nie.

5.6. Wan- en ondervoeding

In geeneen van die huishoudings was daar 'n ernstige voedseltekort wat dui op hongersnood nie. Opvallend is egter die mening dat enige voedsel voedsaam genoeg is. Daar word geensins klem geplaas op 'n gebalanseerde dieet nie. Die konsep is onbekend. Eetgewoontes en diëte word aangepas by wat op 'n spesifieke stadium bekostigbaar of beskikbaar is.

Familie en vriende help mekaar in die voorsiening van voedsel waar daar 'n nood bestaan en om voedsel te "leen" is 'n algemene praktyk. Nêrens tydens onderhoude en ter plaatse besoeke is groentetuine gesien nie. Respondente het egter genoeg tyd en grond om tuine aan te lê.

Die dienste van die plaaslike dieetkundige word nie gebruik nie, juis omdat respondente geen fout kan vind met hulle voedingspatrone nie. Hulle vertrou op die kennis van veral ouer vroue in die gemeenskap. Respondente is onkundig oor die terme wan- en ondervoeding en kan nie die verband tussen gesonde

eetgewoontes en weerstand teen siektes sien nie. Dit is slegs die verlies aan eetlus wat 'n gesondheidsprobleem blyk te wees.

5.7. Alkohol- en dwelmmisbruik

Alhoewel alle respondente alkohol en/of dwelms gebruik is hulle van mening dat hulle dit op 'n verantwoordelike manier doen. Hulle is bekommerd oor die voorbeeld wat die gebruike aan die jeug stel maar onthef hulleself van alle blaam. Die regverdiging van die gebruike as ontspanning bring mee dat hulle nie fout daarmee vind nie.

Die feit dat diegene wat dwelms gebruik het sonder professionele hulp gestaak het, lewer bewys dat hulle verantwoordelikheid kan neem indien hulleself die probleem kan identifiseer.

Dit is duidelik dat 'n tekort aan alternatiewe ontspanning en die gebrek aan produktiewe tydsbesteding die praktyke laat voortduur. Hulle onbetrokkenheid by sport of enige positiewe vorm van rekreasie laat hulle slegs met die kuiertjies tussen vriende. Ongelukkig is die relatief enigste bymekaarkom-plek vir die sosiale besoeke, verskillende smokkelhuise in die area.

5.8. Oplossings- siening van respondente

Die moontlike oplossings soos weergegee uit die onderhoude is vaag en gemik op buitestaanders. Dit is duidelik dat die respondente nog nie ernstig gedink het aan oplossings nie, maar in stede probleme probeer omseil of aanvaar as deel van hulle alledaagse bestaan. Die indruk word geskep dat die inwoners van Bishop Lavis die probleme as 'n ongemaklikheid en hulle lot aanvaar.

Die toetrede van dinamiese ontwikkelingsagente sal verlang word om die bal aan die rol te sit. Respondente het uiteenlopende rolspelers identifiseer in die oplossing van die gemeenskap se probleme. Hierdie rolspelers is onder andere ouers in die gemeenskap, die Suid-Afrikaanse Polisiediens, plaaslike owerheid,

die regering, sake ondernemings en selfs ook die president. Die respondente deel die mening dat hulle nie aan nog oplossings kan dink nie en dat alles moontlik al deur voorvermelde rolspelers probeer is.

Daar word gevind dat inwoners hulleself van die probleme wat hulle nie persoonlik raak nie, distansieer. Die siening is dat hulle nie verantwoordelik gehou kan word vir die soeke na oplossings nie omdat hulle nie die oorsaak daarvan is nie. Daarom word die mening gehuldig dat probleme uitgesorteer moet word deur diegene wat direk daardeur geraak word. 'n Voorbeeld hiervan is dat daar van die persone geraak deur geweld (slagoffers of ooggetuies) verwag word om inligting te verskaf terwyl die res van die gemeenskap verkies om nie betrokke te raak nie.

Alhoewel dieselfde probleme ondervind word deur die inwoners van Bishop Lavis, is daar 'n gebrek aan samehorigheid in die gemeenskap en elkeen probeer op sy/haar eie of met die minste hulp uit die gemeenskap die mas opkom.

5.9. Samevatting

Uit die interpretasie blyk dit dat die probleme wat ondervind word nie oornag opgelos kan word nie. Die gemeenskap se standpunt oor hulle sosio-ekonomiese omstandighede is gevorm uit hulle geskiedenis van armoede en 'n "verlamme" afhanklikheidsindroom. Siektes soos TB word ervaar as deel van minderbevoorreg wees.

Al die respondente toon 'n gebrekkige kennis van TB. Hulle toon ook nie die nodige belangstelling om meer van die siekte te weet nie. Dit wil voorkom asof inligting wat oorgedra word deur gesondheidswerkers moeilik verstaanbaar vir die gemeenskap is. Dit mag die rede vir die tekort aan belangstelling wees. Tye vir die inligtingsessies oor TB word geskeduleer deur gesondheidswerkers en is nie altyd geleë vir die pasiënte nie. Respondente vertrou die inligting oor TB van die ouer mense in die gemeenskap. Hierdie ouer persone mag dus die boodskap oor TB meer effektief oordra.

Die feit dat die respondente werkloos is beklemtoon die bouse kringloop van die siekte en swak sosio-ekonomiese omstandighede (sien hoofstuk 2). As gevolg van die hoë werkloosheidsyfer word hulle sosio-ekonomiese omstandighede negatief beïnvloed. Daar is byvoorbeeld lae inkomste wat groot gesinne moet voed en klee. Die tipe behuising waarin die respondente woon is opslaanstrukture wat oorbewoon is. Ventilasië van die opslaanstrukture is nie bevorderlik vir respiratoriese siektes soos TB nie. Alhoewel ondervoeding nie een van die respondente se probleme blyk te wees nie, is wanvoeding 'n ernstige probleem. Respondente eet hoofsaaklik brood en 'n gebalanseerde dieet word as 'n luukse beskou. Die gebruik van alkohol en dwelms vorm deel van die gemeenskap se daaglikse bestaan. Dit is ironies dat in 'n gemeenskap met sulke ernstige finansiële probleme dié duur gewoonte almal se tydverdryf is.

Die lewensomstandighede van die respondente kan direk verbind word met hulle skolastiese opleiding. As gevolg van hulle lae opvoedingspeil is dit vir hulle moeilik om werk met 'n goeie verdienste te bekom. Dit is juis om hierdie redes dat aanbevelings, soos bespreek word in die volgende hoofstuk, elementêr is.

Hoofstuk 6

Samevatting en aanbevelings van studie

6.1. Samevatting

Die primêre doel van die studie is om 'n basis vir ontwikkelingsaksie ter eradikasie van armoede, geassosieer met TB te identifiseer. Dië basis moet as boustene hê die lewensomstandighede soos dit huidiglik ondervind word, die menings van die betrokke gemeenskap en die moontlikhede vir inkrementele standhoudende ontwikkeling.

Hoofstuk 1 bied 'n algemene inleidende oorsig van die sosio-ekonomiese dilemma verbonde aan TB. 'n Bespreking van die navorsingsprobleem en motivering vir die studie word gegee, gevolg deur die metodologie gebruik in die studie en terminologiese verhelderings.

In hoofstuk 2 word 'n literatuuroorsig verskaf oor die geselekteerde en verbandhoudende onderwerpe wat betrekking het op die studie. Die onderwerpe is TB, werkloosheid en ontwikkeling. Eerstens word die geskiedenis, epidemiologie, kliniese beeld en die behandeling van TB bespreek om agtergrond te verleen tot die komplekse siekte.

Tweedens word werkloosheid verbandhoudend met behuising, opvoedingspeil, wan- en ondervoeding en substansmisbruik as die gevolge van werkloosheid ontleed. Dië gedeelte het ook ten doel om TB en die geassosieerde armoede effek van werkloosheid kontekstueel in verband te bring in die bouse kringloop.

Derdens word die beginsels van ontwikkeling, spesifiek gemeenskapsontwikkeling, die rol van die ontwikkelingsagent en die gemeenskap se betrokkenheid by ontwikkelingaksies bespreek. Dië bespreking fokus op die benadering tot ontwikkelingsaksies deur ontwikkelingsagente en die belanghebbende gemeenskappe. 'n Beskrywing van die grenslyne waarbinne die ontwikkelingsagent moet optree en ook die strategieë tot gemeenskapsbetrokkenheid word gegee.

Hoofstuk 3 word gewy aan wetgewing en beleid aangaande TB en ook die opheffing van sosio-ekonomiese omstandighede waaronder die oorgroote meerderheid van TB pasiënte leef. Wetgewing en beleid word op drie vlakke ontleed. Eerstens word gefokus op internasionale aanbevelings ten opsigte van beheer en eradikasie van TB. Op die tweede vlak word nasionale wetgewing aangaande TB en die opheffing van lewenstandaarde in die algemeen bespreek. Derdens word gekyk na beleid op plaaslike regeringsvlak. Hierdie hoofstuk maak dit moontlik om wetgewing en beleid te evalueer en identifiseer die rolspelers aan wie aanbevelings ter verbetering gemaak kan word.

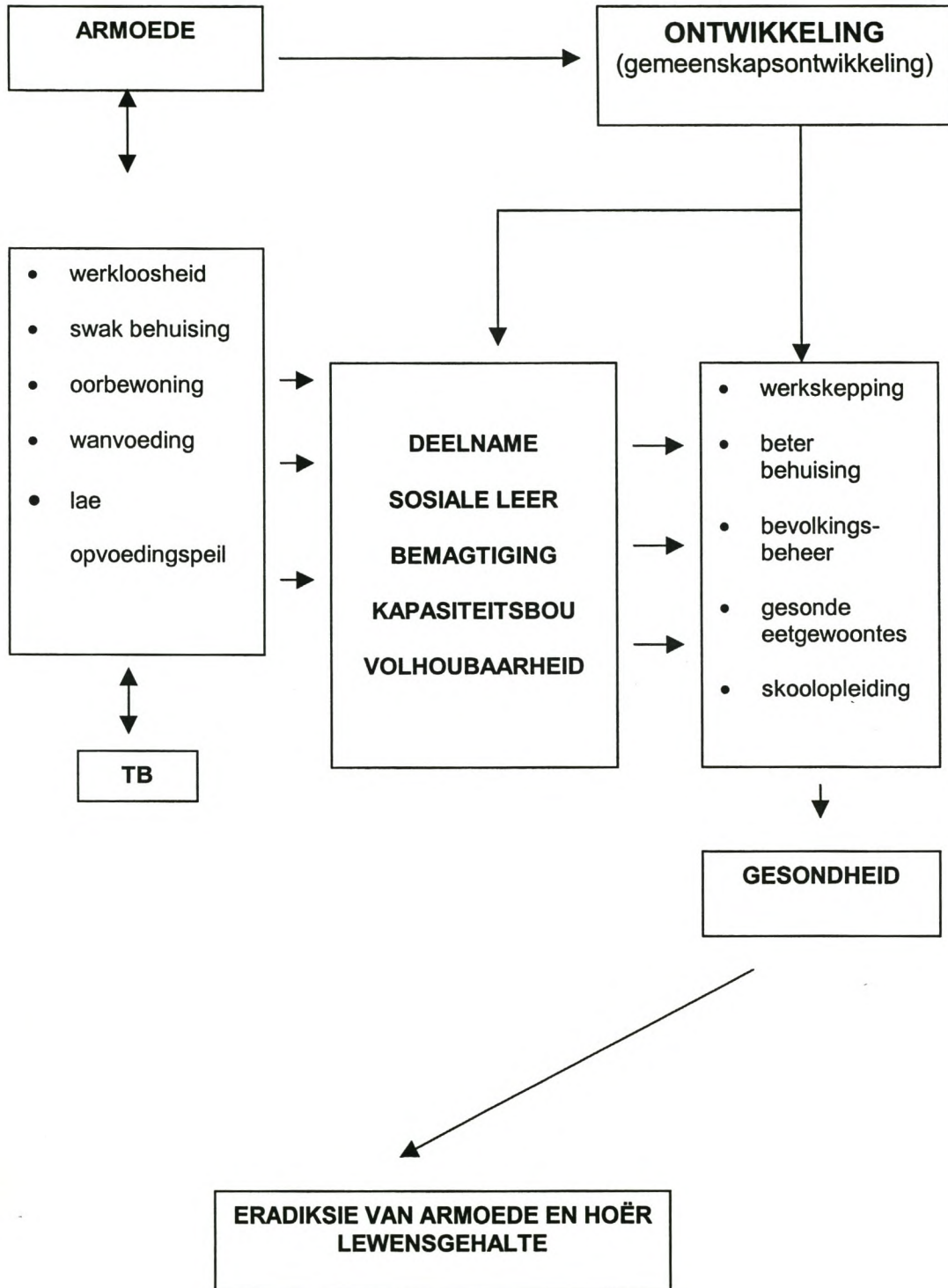
In die vierde hoofstuk word die informasie verkry uit persoonlike in-diepte onderhoude weergegee. Menings word individueel en in groepsverband bespreek. Klem word gelê op die moontlike verskille in die menings en ondervinding van die verskillende respondente.

Interpretasie van die informasie uit die onderhoude ontsluit word in hoofstuk 5 weergegee. Hierdie informasie word vergelyk met die teorie in hoofstuk 2. Hierdie vergelyking het ten doel om akademiese konsepte en die menings en ondervinding van die respondente te versoen in die soeke na werkbare en toepaslike ontwikkelingsaksies. Daar word gesoek na 'n basis vir ontwikkeling, sosiale leer geleentheid en kapasiteitsbou-aktiwiteite wat sal lei tot volhoubare ontwikkeling.

Hoofstuk 6 is 'n algemene samevatting van die werkstuk en konsentreer op aanbevelings vir ontwikkelingsaksies. Verdere navorsingsvelde word geïdentifiseer. Aanbevelings word gedoen met spesifieke inagneming van huidige wetgewing soos bespreek in hoofstuk 4.

Die hipotese dat 'n geselekteerde groep TB pasiënte hulle lewensstyl so aanpas dat dit hulle risiko vir herinfeksie verminder is verkeerd bewys. Alle pasiënte leef nie onder dieselfde omstandighede nie, hulle menings en ondervinding blyk dieselfde te wees en geeneen tref spesiale voorsorgmaatreëls in die voorkoming van herinfeksie nie. Die meegaande diagram (Figuur 13) verwys na die lewensomstandighede en die areas wat verbetering benodig vir alle TB pasiënte.

Figuur 13. Ontwikkelingsmodel vir die opheffing van sosio-ekonomiese toestande van TB pasiënte as nie-mediese intervensie



6.2. Aanbevelings

Aanbevelings word gegee vir die verskillende onderwerpe en analitiese vertrekpunte wat in die studie aangespreek is. Omdat daar geen wesenlike verskille in die omstandighede van die verskillende studiegroepe (eksperimentele- en kontrolegroep) aangetref is nie, geld die aanbevelings vir albei studiegroepe. Die onderwerpe is: kennis van TB, werkloosheid, behuising, opvoedingspeil, substansmisbruik, wan- en ondervoeding en plaaslike probleme.

6.2.1. Kennis van TB

Voorligtingspakkette moet aangebied word in 'n formele onderrigstelsel. Hierdie pakkette moet toepaslik wees vir ouderdomsgroepe en moet deurlopend deur die skoolloopbaan aangebied word. Inkrementele vermeerdering van inligting moet aangepas word by intellektuele vordering. Gesondheidsvoorligting moet in die amptelike sillabus geïnkorporeer wees en aangepas wees by epidemiologiese en demografiese voorkoms van siektepatrone. Vrywillige voorligters onder andere vrywillige gesondheidswerkers en voormalige pasiënte moet bemagtig word met die korrekte inligting om sodoende die voorkomingstaak aan te durf. Gemeenskapsbetrokkenheid moet effektief aangemoedig word deur die leiers in die gemeenskap te werf vir 'n moontlike *train the trainer*-program. Deurlopende navorsing moet onderneem word om gepaste voorligtingspakkette saam te stel vir die leke persoon sowel as mediese en paramediese personeel. Deurlopende navorsing ten opsigte van aanpassing van die onderrig sillabus word voorgestel om die fokus te plaas op prevalente siektetoestande en spesifiek die voorkoming daarvan.

6.2.2. Werkloosheid

Werkskeppingsprojekte op gemeenskapsvlak moet met volle inagneming van opleiding en vaardigheidspeil van die gemeenskappe wees. Projekte moet eienaarskap aan betrokkenes verleen. Advertensie van werksgeleenthede moet

fisies nader aan en makliker bereikbaar vir die gemeenskap wees. Advertensies by biblioteke, poskantore, polisiestasies, klinieke en selfs plaaslike winkels word aanbeveel. Benutting van opleidingsfasiliteite in die gemeenskap moet aangemoedig word. In Bishop Lavis is daar die *Resource Action Group* en *Communicare*. *Resource Action Group* bied rekenaar- sekretariële opleiding aan en is ook behulpsaam met voorbereiding vir werksonderhoude. *Communicare* bied byvoorbeeld praktiese opleiding in tuinbou en was-en strykdienste. Die uitbou van lewensvaardighede skep die trots vir selfversorging en selfonderhouding. Wetgewing ten opsigte van werksekuriteit moet strenger toegepas word. Daar moet byvoorbeeld gewaak word teen afdankings as gevolg van siekte.

6.2.3. Behuising

Deelname in gemeenskapsaksie byvoorbeeld behuisingskommittees en buurtwagte moet aangemoedig word. Opgradering van bestaande behuising met die hulp van die regering en privaat sektor word aanbeveel. Aanbevelings byvoorbeeld betrokkenheid van mediese personeel in die beplanning van behuising veral in TB geteisterde gebiede (Dudley 1999: 9) moet in werking gestel word.

6.2.4. Opvoeding

Moedig gemeenskapsbetrokkenheid aan by onderrig aangeleenthede deur middel van werksessies. Stimuleer die gebruik van leer hulpmiddels soos biblioteke by kinders en ouers. Bied sessies aan om lewensvaardighede uit te bou vir ouers sowel as kinders om minderwaardigheid te probeer hokslaan en selfvertroue veral by ouers te bou. Betrek ouers by skool sowel as buitemuurse aktiwiteite as aktiewe lede.

6.2.5. Voeding

Opleiding deur dieetkundiges aan gemeenskapslede veral die geïdentifiseerde ouer vroue. Hierdie opleiding kan in groepsverband geskied by die talle

kerkorganisasies en vroueklubs in die gemeenskap. Moedig selfversorging in die vorm van tuinbou aan. Kookkuns klasse met gepaardgaande dieetkundige voorligting kan aangebied word. Dieetkundige opvoeding moet uitgebrei word vanaf die kliniek na ander openbare geboue in die gemeenskap.

6.2.6. Substansmisbruik

Lei gerehabiliteerde persone op om berading te doen. Gebruik vrywillige gerehabiliteerde persone om 'n ondersteuningsgroep te stig met die klem op produktiewe vryetydsbesteding.

6.2.7. Probleme in die gemeenskap

Nadat die probleme deur gemeenskapslede geïdentifiseer is, word aanbeveel dat oorgegaan word tot 'n prioriteitsbepaling deur die betrokke lede self. Vermelde prioriteitsbepaling word voorgestel as verdere navorsingsprojekte in die TB geteisterde gebiede.

Bibliografie

- Anoniem.1996. World TB Day: 24 March 1996. In **CHASA Journal of Comprehensive Health**. Volume 7. No. 1.
- Anoniem 1998. Tuberculosis and HIV/AIDS. In **Health & Hygiene**. Volume 9. No. 6.
- Anoniem.1999. School Feeding. In **Health & Hygiene**. No.2. Vol. 10 Februarie.
- Anoniem. 1978.Primary Health Care. In **The Lancet**. 11 November.
- Balt E, Edginton M, Lotter D, Preller A. & Uys M. 1998. **Tuberculosis. A Training Manual for Health Workers**. First Edition. Department of Health.
- Benoit-Guilbot & Gallie. 1997. In Mingione E. **The Current Crisis of Intensive Work Regimes and the Question of Social Exclusion in Industrialized Countries** Discussion Paper.
- Bless C. & Higson Smith C.1995. **Fundamentals of Social Research Methods. An African Perspective**. Juta & Co. Kenwyn.
- Brynard P.A. & Hanekom S.X. 1997. **Introduction to research in Public Administration and related academic disciplines**. J. L. van Schaik Publishers. Pretoria
- Burkey S. 1993. **People First. A Guide to Self-reliant, Participatory Rural Development**. Zed Books. New Jersey.
- Cameron N, Ntombekhaya M. & Refiloe M. (Eds) . 1998. **Faces of TB**. TB Advocacy Publication. Dorfling Communications. Cape Town.
- Chambers R. 1997. **Whose Reality Counts? Putting the First Last**. Intermediate Technology Publications. London.

- Collins T. F. B. 1992. The prevention of Tuberculosis. Help yourself to better health: a community-oriented project. In **Educamus**. Volume 38. No. 5.
- Coovadia H.M. & Benatar S.R. 1991. **A Century of Tuberculosis. South African Perspectives**. Oxford University Press. Oxford.
- De Beer F. & Swanepoel H. 1998. **Community development and beyond: issues, structures and procedures**. Van Schaik. Pretoria.
- De Haan M. 1996. **The Health of Southern Africa**. Seventh Edition. Juta & Co. Kenwyn.
- Department of Health. 1996. **The South African Tuberculosis Control Programme: Practical guidelines**.
- Dick J, Clarke M, Tibbs J & Schoeman H. 1997. Combating Tuberculosis - lessons learnt from a rural community in the Klein Drakenstein area of the Western Cape. In **South African Medical Journal**. Volume 87 No. 8
- Dudley L. 1999. Tuberculosis: Beyond the medical model. **Report of a seminar organised by the Cape Metropolitan Council for Local Government in the Cape Metropolitan Area**.
- Elliot J.A. 1996. **An Introduction to Sustainable Development: The developing World**. Routledge. New York.
- Ellis J. 1996. A terrible new Tuberculosis. In **Femina**. Volume 128.
- Ellis J.H.P, Beyers N, Bester D, Gie R.P. & Donald P.R. 1997. Sociological and anthropological factors related to the community management of Tuberculosis in the Western Cape communities of Ravensmead and Uitsig. In **South African Medical Journal**. Volume 87. No. 8.
- Giddens A. 1997. In Gilbert L, Selikow T. & Walker L. **Society, Health and Disease. An Introductory reader for Health Professionals**. Ravan Press. Randburg.

- Gilbert L. Selikow T. & Walker L. 1997. **Society, Health and Disease. An introductory reader for health professionals.** Ravan Press. Randburg.
- Glatthaar E. 1991. **Tuberculosis.** J. L. van Schaik. Pretoria.
- Glatthaar E. & Barends L.J.A. 1995. The community and TB control: A success story. In **CHASA Journal of Comprehensive Health.** Volume 6. No. 4.
- Harding G.N, Nettleton S. & Taylor K. 1997. Social Inequalities and Health. In Gilbert L, Selikow T. & Walker L. **Society, Health and Disease. An Introductory Reader for Health Professionals.** Ravan Press. Randburg.
- Iseman M. D. (ed). 1998. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.** Volume 2. No. 11. November
- Kotze D. A. (Ed) 1997. **Development administration and management. A holistic approach.** J. L. van Schaik Publishers. Pretoria.
- Kellerman G. E. F. 1997. In Kotze D. A. (Ed) **Development administration and management. A holistic approach.** J. L. van Schaik Publishers. Pretoria.
- Krauss-Mars A. H. & Lachman P.I. 1992. Social factors associated with Tuberculous Meningitis. In **South African Medical Journal.** Volume 81.
- Liebenberg S. & Stewart P. (Ed) 1997. **Participatory Development Management and the RDP.** Juta & Co. Ltd. Kenwyn.
- Makhatha N. & Potgieter M. 1998. **Living in Western Cape. Selected findings of the 1995 October household survey.** Central Statistics. Pretoria.
- Marais D, Taylor J. & Kaplan A. 1997. **Action- learning for development: use your experience to improve your effectiveness.** Juta & Co Ltd. Cape Town.
- McLachlan M. 1998. Nutrition in the News. In **Health & Hygiene.** No. 7. Vol. 9 (July)

- Mingione E. 1997. **The Current Crisis of Intensive Work Regimes and the Question of Social Exclusion in Industrialized Countries.** Discussion Paper. Wissenschaftszentrum Berlin Fur Sozialforschung. Berlin.
- Ministry in the Office of the President. 1995. **Key Indicators of Poverty in South Africa.**
- Mouton J. & Marais H. C. 1988. **Metodologie van die geesteswetenskappe: Basiese begrippe.** RGN-drukkery. Pretoria.
- Mulholland S. 1998. Unemployed the losers in new labour dispensation. In **Business Day** 8 March.
- Packard R.M. 1990. **White Plaque, Black Labor.** University of Natal Press. Pietermaritzburg.
- Passmore R. 1979. The Declaration of Alma-Ata and the future of Primary Health Care. In **The Lancet.** 10 November.
- Schiller B. R. 1995. **The Economics of Poverty and Discrimination.** Prentice Hall Inc. New Jersey.
- Schoeman H, Parry C. & Schultz P. 1994. Perceptions of Western Cape health workers on substance abuse and Tuberculosis. In **Urbanisation and Health Newsletter.** No. 21 June.
- Schoeman J.H. (ed). 1994. **Substance Abuse and Tuberculosis Workshop Report.** Medical Research Council. Parow.
- Schutte D. Datum onbekend. Ongetiteld.
- Stewart P. D. S. 1997. What is development? In Kotze (ed). **Development administration and management. A holistic approach.** J.L. van Schaik Publishers. Pretoria.
- Suid-Afrika. 1997. **Behuisingswet.** No. 107 van 1997. Wysigings No. 60 van 1999 en no. 28 van 1999.

- Suid-Afrika. 1996. **Die Grondwet van die Republiek van Suid Afrika**. No. 106.
- Suid-Afrika. 1977. **Die Wet op Gesondheid**. No.63.
- Suid-Afrika. 1992 . **Die Wet op Maatskaplike Hulp**. No. 59.
- Suid-Afrika. 1997. **Die Witskrif op die Transformasie van Gesondheidstelsels**.
- Suid-Afrika. 1994. **Heropbou en Ontwikkeling Dokument**.
- Suid-Afrika. 1996. **Suid-Afrikaanse Skolewet**. No. 84 van 1996. Wysigings No. 100 van 1997 en No. 48 van 1999.
- Suid-Afrika. 1997. **Welsynswysigingswet**. No. 106.
- Swanepoel H. J. 1997. **Community Development: Putting plans into action**.Juta & Co Ltd. Cape Town.
- Swanepoel H. J. & De Beer F. 1996. **Communications for development: a guide for fieldworkers**. International Thomson Publishing. Johannesburg.
- Swanepoel H. & De Beer F. 1996. **Community capacity building: a guide for field workers and community leaders**. International Thomson Publishing. Johannesburg.
- Thomas J. 1999. Maatskaplike Werker. Stad Tygerberg – Tuberkulose-dienste. Onderhoud.
- Thomson E. M. & Myrdal S. 1986. Tuberculosis - the patients perspective. In **South African Medical Journal**. Volume 70.
- Viljoen J. 1994. Shocking picture of South Africans” poor quality of life. In **The Argus**. 9 March.
- Vlok M. E. 1996. **Manual of Community Nursing - Communicable Diseases**. Fifth Edition. Juta & Co.Ltd. Kenwyn.

Wilson F. & Ramphele M. 1989. **Uprooting Poverty. The South African Challenge.** David Phillip Publisher. Claremont.

World Bank Participation Sourcebook. 1996. World Bank. Washington D.C.

Yach D. 1988. Tuberculosis in the Western Cape Health Region of South Africa.
In **Soc. Sci. Med.** Volume 27. No. 7.

BYLAAG 1

TB STATISTIEKE: STAD TYGERBERG

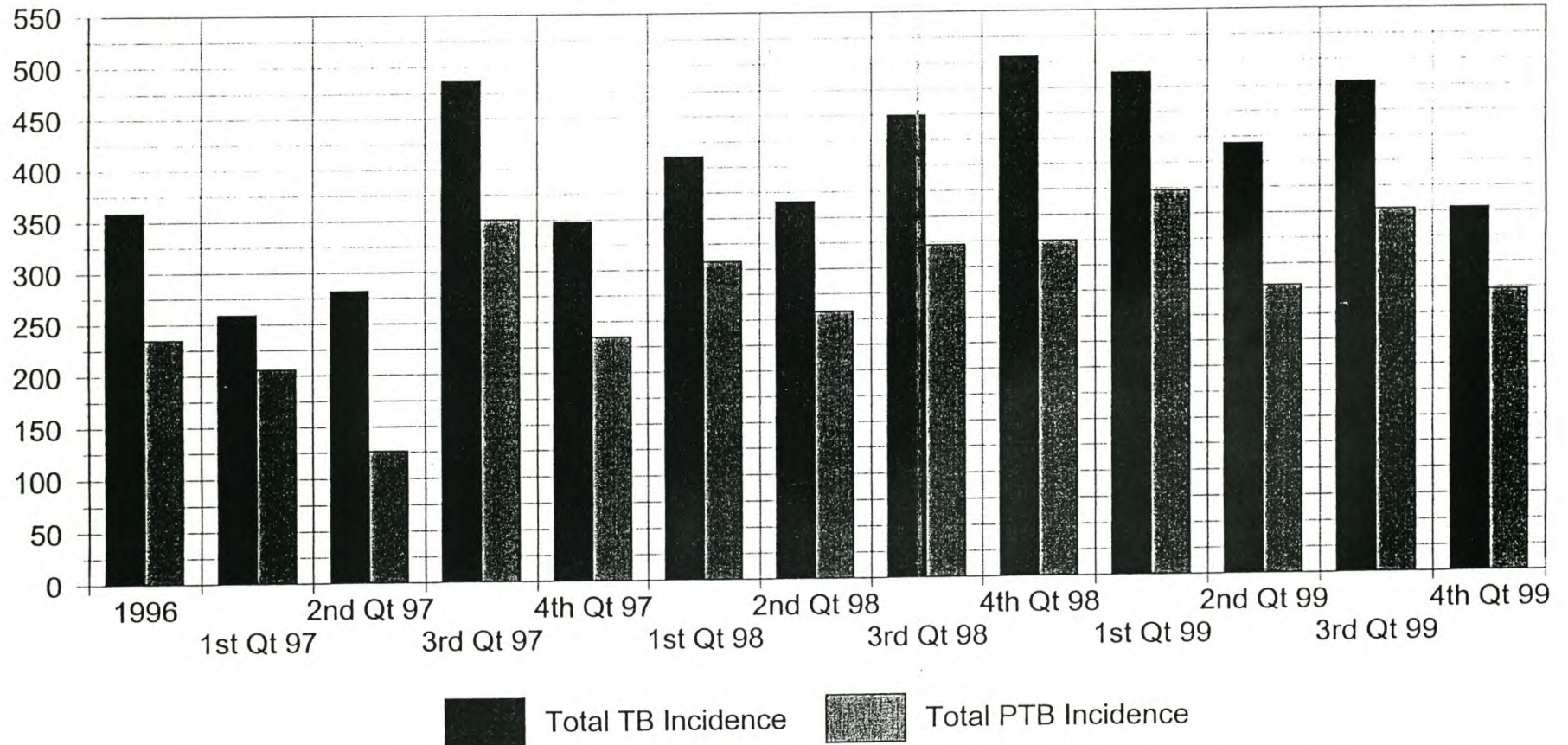
Date Run 12/06/00		NATIONAL TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAMME							
Prog: TbnAllPulQrtInPrt		Quarterly Report on Case Finding : All Pulmonary Tuberculosis Patients							
		From 01/01/00 to 31/03/00							
	Smear +ve	Smear -ve Culturs +ve	Smear -ve Culture -ve	Smear -ve Culture N/D	Bac. Not Done	Total	% Bac. Coverage	% Smear +ve	
EASTERN DISTRICT									
Belhar 1	7	0	0	0	1	8	87.50	87.50	
Belhar 2	40	2	0	2	0	44	100.00	90.91	
Durbanville	30	0	0	2	1	33	96.97	90.91	
Delft CHC	70	4	0	0	3	77	96.10	90.91	
Oranvallei	7	1	0	0	0	8	100.00	87.50	
BELLVILLE COM HEALTH CS	28	1	1	2	2	34	94.12	82.35	
Mfuleni	24	2	0	0	0	26	100.00	92.31	
Total	206	10	1	6	7	230	96.96	89.57	
KHAYELITSHA DISTRICT									
Empilisweni	28	2	0	0	0	30	100.00	93.33	
Zakhele	16	0	0	1	3	20	85.00	80.00	
Luvuyo	11	0	0	1	1	13	92.31	84.62	
Matthew Goniwe Clinic	32	2	0	0	0	34	100.00	94.12	
Mayenzeke	13	0	0	0	0	13	100.00	100.00	
Mobile Services	22	0	0	0	0	22	100.00	100.00	
Michael Mapongwana Hosp	22	0	0	0	0	22	100.00	100.00	
Nolungile	90	0	0	4	22	116	81.03	77.59	
Site B	176	6	0	8	7	197	96.45	89.34	
Total	410	10	0	14	33	467	92.93	87.79	
WESTERN DISTRICT									
Adriaance	43	5	0	3	1	52	98.08	82.69	
Bishop Lavis	29	9	0	1	0	39	100.00	74.36	
Vanguard CHC	23	2	0	2	1	28	96.43	82.14	
Bothasig	2	0	0	0	0	2	100.00	100.00	
Elsies River	27	7	0	3	1	38	97.37	71.05	
Leonsdale	21	8	0	3	1	33	96.97	63.64	
Matroosfontein	11	1	0	2	2	16	87.50	68.75	
Necreg	22	0	0	0	0	22	100.00	100.00	
Parow	8	0	0	1	2	11	81.82	72.73	
Ravensmoed	25	1	0	4	2	32	93.75	78.13	
Vitsig	23	4	0	2	1	30	96.67	76.67	
Valhalla Park	20	1	0	0	4	25	84.00	80.00	
DIRKIE UYS	8	1	0	1	1	11	90.91	72.73	
Total	262	19	0	22	16	319	95.28	77.29	
Grand Total	878	59	1	42	56	1,036	94.59	84.75	

BYLAAG 2

TB STATISTIEKE: STAD TYGERBERG, WESTELIKE DISTRIK

City of Tygerberg

Western District



12.JUN.2000 12:09

C.O.T HEALTH DEPT

NO.245 P.2

Date Run 12/06/00		NATIONAL TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAMME													
Prog:TbnNewPosQrtOutFrt		Quarterly Report on Treatment Outcome : New Smear Positive Patients From 01/01/99 to 31/03/99													
	Cured	Rx Com- pletion	Rx Failure	Rx Int- rupt	Died TB	Total	Succes- -ful Rx	Cure Rate	Suc. Rate	Int. Rate	Died Not TB	Trans- fer Out	Not TB	Outstan- ding D/C	
WESTERN DISTRICT															
Adriaanse	16	2	0	7	0	27	20	67%	74%	26%	0	0	0	0	
Bishop Lavis	21	1	1	3	0	26	22	81%	65%	12%	1	1	0	0	
Vanguard CHC	5	4	0	3	0	19	12	53%	80%	20%	0	1	0	0	
Bothasig	2	0	0	1	0	3	2	67%	67%	33%	0	0	1	0	
Elsies River	16	0	0	0	0	16	16	100%	100%	0%	0	0	0	0	
Leonsdale	8	1	0	1	0	10	9	80%	90%	10%	0	1	0	0	
Matroosfontein	5	2	0	0	2	9	7	56%	78%	0%	0	1	0	0	
Netreg	7	1	0	2	0	10	8	70%	80%	20%	0	0	0	0	
Parow	2	1	0	1	1	5	3	40%	60%	20%	0	0	0	0	
Ravensmead	11	4	0	1	0	16	15	69%	94%	6%	0	2	0	0	
Uitsig	3	0	1	2	0	6	3	50%	50%	33%	0	0	0	0	
Valhalla Park	13	0	0	0	0	13	13	100%	100%	0%	0	0	0	0	
DIRKIE UYS	5	4	0	1	0	10	9	50%	90%	10%	0	4	0	0	
Total	119	20	2	22	3	166	139	72%	84%	13%	1	10	1	0	
Grand Total	119	20	2	22	3	166	139	72%	84%	13%	1	10	1	0	

STATS MONTHLY REPORT - WESTERN TB CO-ORDINATORS

APRIL 2000

HEALTH INFORMATION	ADRIAANSE	BISHOP LAVIS	BONTE HEU WEL	BOTTHASIG	DIRKIE UYS	ELSIES RIVER	LEONSDALE	MAFROOS FONTEIN	NETREG	PAROW	RAVENS MEAD	UITSIG	VALHALLA PARK
No New Smear Pos Pts April 2000	8	6	3	0	1	5	4	3	7	1	5	1	4
No PnRx Sm Pos April 2000	2	5	2	0	0	2	4	1	1	0	6	4	3
Baseline TB Cure Rate New sm Pts 01-01-98 to 31-03-98	65% (17/36)	75% (15/20)	94% (17/18)	75% (3/4)	90% (9/10)	89% (8/9)	88% (7/8)	75% (6/8)	89% (8/9)	86% (6/7)	81% (17/21)	50% (5/10)	100% (7/7)
01-04-98 to 30-06-98	75% (15/20)	83% (10/12)	85% (11/13)	100% (1/1)	75% (3/4)	71% (5/7)	86% (6/7)	50% (1/2)	73% (8/11)	33% (1/3)	86% (12/14)	80% (8/10)	63% (5/8)
01-07-98 to 30-09-98	64% (18/28)	86% (12/14)	67% (12/18)	0% (0/1)	75% (6/8)	73% (8/11)	86% (6/7)	100% (7/7)	80% (12/15)	50% (2/4)	68% (13/19)	69% (9/13)	100% (5/5)
01-10-98 to 31-12-98	72% (13/18)	71% (12/17)	57% (12/21)	50% (1/2)	82% (9/11)	75% (6/8)	67% (6/9)	67% (1/6)	78% (7/9)	83% (5/6)	89% (17/19)	86% (12/14)	83% (5/6)
01-01-99 to 31-03-99	67% (18/27)	81% (21/26)	53% (8/15)	67% (2/3)	44% (4/9)	100% (16/16)	80% (8/10)	56% (5/9)	78% (7/9)	40% (2/5)	69% (11/16)	50% (3/6)	100% (13/13)
New Sm Conversion 01-01-99 to 31-03-99	83.33% (29/24)	88.46% (23/26)	85.71% (12/14)	66.67% (2/3)	70% (7/10)	100% (15/15)	80% (8/10)	90% (9/10)	80% (8/10)	50% (2/4)	93.33% (14/15)	75% (3/4)	90.91% (10/11)
New Sm Conversion 01-04-99 to 30-06-99	58.82% (19/17)	69.23% (9/13)	87.5% (7/8)	0% (0/0)	100% (4/4)	66.67% (6/9)	60% (6/10)	70% (7/10)	75% (3/4)	0% (0/1)	76.47% (13/17)	77.78% (7/9)	70% (7/10)
New Sm Conversion 01-07-99 to 30-09-99	88.89% (24/27)	80.95% (17/21)	85.71% (12/14)	0% (0/0)	71.43% (5/7)	64.29% (9/14)	90% (9/10)	55.56% (5/9)	77.78% (7/9)	50% (1/2)	64.71% (11/17)	77.78 (7/9)	33.33% (4/12)
New Sm Conversion 01-10-99 to 31-12-99	68.42 (13/19)	55% (11/20)	76.92% (10/13)	0% (0/1)	60% (3/5)	54.55% (6/11)	83.33% (5/6)	75% (3/4)	62.5% (10/16)	50% (1/2)	92.31% (12/13)	40% (4/10)	80% (4/5)
Interruption Rate (All PTB) 01-01-98 to 31-03-98	22% (9/41)	23% (8/35)	0% (0/29)	0% (0/5)	10% (4/20)	11% (3/27)	13% (2/13)	13% (3/17)	11% (2/15)	14% (1/9)	10% (5/33)	30% (6/16)	7% (1/16)
01-04-98 to 30-06-98	26% (12/14)	29% (10/35)	5% (1/20)	50% (1/2)	10% (1/10)	10% (2/20)	25% (4/16)	38% (3/8)	13% (2/15)	43% (3/7)	13% (3/24)	15% (3/20)	0% (0/15)
01-07-98 to 30-09-98	24% (13/54)	21% (6/28)	20% (6/30)	67% (2/3)	23% (3/13)	13% (3/23)	0% (0/16)	7% (1/14)	17% (4/23)	40% (2/5)	20% (6/30)	24% (5/21)	25% (4/16)
01-10-98 to 31-12-98	30% (13/43)	24% (8/33)	16% (5/32)	0% (0/3)	14% (3/21)	6% (1/18)	11% (3/27)	0% (0/9)	8% (1/12)	10% (1/10)	17% (6/36)	13% (3/24)	22% (4/18)
01-01-99 to 31-03-99	31% (16/51)	26% (11/42)	20% (6/30)	33% (1/3)	24% (4/17)	3% (1/30)	11% (2/18)	30% (6/20)	23% (3/13)	22% (2/9)	13% (4/30)	30% (6/20)	0% (0/21)

BYLAAG 3

TB STATISTIEKE: BISHOP LAVIS

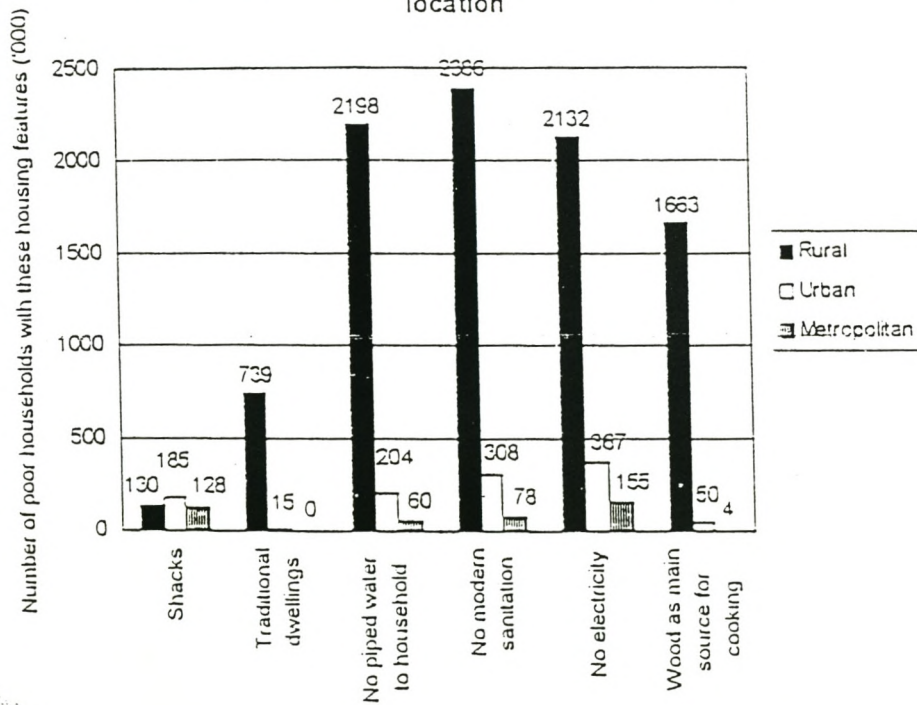
Date Run 12/06/00		NATIONAL TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAMME							
Prog:TbnRetPulQrtInPrt		Quarterly Report on Case Finding : Retreatment Pulmonary Tuberculosis Patients							
		From 01/01/00 to 31/03/00							
	Smear +ve	Smear -ve Culture +ve	Smear -ve Culture -ve	Smear -ve Culture N/D	Sac. Not Done	Total	% Sac. Coverage	% Smear +ve	
EASTERN DISTRICT									
Belhar 1	1	0	0	0	0	1	100.00	100.00	
Belhar 2	15	1	0	1	0	17	100.00	88.24	
Barberville	13	0	0	1	1	15	93.33	86.67	
Delft CHC	22	2	0	0	1	25	96.00	88.00	
Groenvallei	1	1	0	0	0	2	100.00	50.00	
BELLVILLE COM HEALTH CS	10	1	1	2	1	15	93.33	66.67	
Mfuleni	7	2	0	0	0	9	100.00	77.78	
Total	69	7	1	4	3	84	96.43	82.14	
KHAYELITSHA DISTRICT									
Empilaweni	8	2	0	0	0	10	100.00	60.00	
Zakhele	1	0	0	1	2	4	50.00	25.00	
Luvuyo	4	0	0	0	1	5	80.00	80.00	
Matthew Goniwe Clinic	9	2	0	0	0	11	100.00	81.82	
Mayenzoke	2	0	0	0	0	2	100.00	100.00	
Mobile Services	3	0	0	0	0	3	100.00	100.00	
Michael Mapongwana Hoosp	4	0	0	0	0	4	100.00	100.00	
Nolungile	27	0	0	0	7	34	79.41	79.41	
Site B	43	2	0	2	1	48	97.92	69.58	
Total	101	6	0	3	11	121	90.91	83.47	
WESTERN DISTRICT									
Adriaanse	15	3	0	1	1	20	95.00	75.00	
Bishop Lavis	17	2	0	1	0	20	100.00	85.00	
Vanguard CHC	11	2	0	1	0	14	100.00	78.57	
Bothasig	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	
Elsies River	9	5	0	1	1	16	93.75	56.25	
Leonsdale	9	5	0	0	1	15	93.33	60.00	
Matroosfontein	7	0	0	0	0	7	100.00	100.00	
Netreg	4	0	0	0	0	4	100.00	100.00	
Parow	0	0	0	0	1	1	0.00	0.00	
Ravensmead	5	1	0	1	1	8	87.50	62.50	
Uitsig	13	4	0	1	1	19	94.74	68.42	
Valhalla Park	6	1	0	0	4	11	63.64	54.55	
DIRKIE UYS	2	0	0	0	1	3	66.67	66.67	
Total	98	23	0	6	11	138	92.03	71.01	
Grand Total	268	36	1	13	25	343	92.71	78.13	

BYLAAG 4

BEHUISING

(KEY INDICATORS OF POVERTY IN SOUTH AFRICA: 1995)

Figure 10: Housing characteristics among the poor by location



Ministry in the Office of the President. 1995. **Key Indicators of Poverty in South Africa.**

BYLAAG 5

PROTEIEN-ENERGIE-WANVOEDING-SKEMA

PEM register

Entry: Same as RMR or PEM Scheme

Exit: Same as PEM Scheme

Absent / fails treatment over a period of 3 months

RMR

7. # children < 3° and ≥ 60% expected weight-for-age for the first time of each episode
8. # children < 60% expected weight-for-age for the first time of each episode
9. # children with growth faltering for the first time of each episode

Growth faltering / failure is when the growth curve slows or is not rising as fast as the reference curve after 2 consecutive months on the Road to Health card. The growth curve is either flattened or dropping.

PEM Scheme

Infants 0 - 6 months

Entry Criteria	Exit Criteria
<ol style="list-style-type: none"> 1. Breastfeeding is contra-indicated 2. Growth faltering and re-lactation failed 3. < 3° and growth faltering and re-lactation failed 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Till infant is 6 months old (1.) 2. Sufficient weight gain for 3 consecutive months (2. & 3.)

Products: Breastmilk substitute

Infants 6 - 12 months

Entry Criteria	Exit Criteria
<ol style="list-style-type: none"> 1. < 3° and growth faltering 2. Growth faltering 	Sufficient weight gain for 3 consecutive months

Products: Breastmilk substitute & PVM Mealie meal

Children 1 - 6 years

Entry Criteria	Exit Criteria
<ol style="list-style-type: none"> 1. < 3° and growth faltering 2. Growth faltering 	Sufficient weight gain for 3 consecutive months

Products: PVM Mealie meal
PVM Mealie meal & Nutri A

Growth faltering: curve flattens or dips over 2 consecutive months

2. RECOMMENDED DOSAGES

Target Group	Supplement	Quantity per day Weight	Quantity per day Dry Volume	Quantity per month g or Kg	Cost Per Month
2.1 Children 1 to 3 years	PVM Mealie Meal + Nespray Milk Powder	100g + 30g	1 cup + 5 level table spoons	3x1Kg + 2x500g	R21.06 + R17.68 (=R38.74)
2.2 Children 4 to 6 years (under 3 rd percentile)	PVM Mealie Meal + Nespray Milk Powder	150g + 60g	1½ cups + 5 level table spoons x 2	4½ x 1Kg + 4 x 500g	R31.59 + R35.36 (=R66.95)

3. ADDITIONAL FOOD REQUIREMENTS: BASED ON 2.1 & 2.2

Target Group	Supplements Provide % of RDA	Additional Meals + Feeds Required / day
3.1 Children 1 to 3 years	125 % Protein 45 % Energy ± 70 % Vit C, B3, B6, Folic Acid, Zinc ±100 % All other vitamins and Minerals	Additional: Starches + Oil Fruit, Veges and Pulses (peas, beans & lentils)
3.2 Children 4 to 6 years	140 % Protein 59 % Energy ±100 % All Vits and Minerals except lower for Vit B3 and Folic Acid	Additional: Starches + Oil, Fruit, Veges and Pulses (peas, beans & lentils)

If your local authority / C.H.C. / Hospital is experiencing any problems with regards to product supply, packaging or any other problems with the implementation of the PEM Scheme, please do not hesitate to convey these in writing to our Provincial Office at address indicated below.

Thanking you for your participation to date.

L. Dunnett.

MS. L. DUNNETT
DEPUTY DIRECTOR: NUTRITION

5. RECOMMENDED DOSAGES

Target Group	Supplement	Quantity per day Weight	Quantity per day Dry volume	Quantity per month g or kg	Cost per month
5.1 Babies: 0 - 6 months	Breastmilk substitute: Pelargon	130 g	125 ml x 7 (5 level scoops x 7)	8 x 500 g tins	R 69,31
5.2 Babies: 6 to 12 months	Breastmilk substitute Pelargon + PVM Mealie Meal	56 g + 50 g → 100 g	200 ml x 2 (8 level scoops X 2) + ½ cup → 1 cup	3 ½ x 500g tins Issue 4 alternating with 3 tins per month + 2 x 1 kg → 3 x 1 kg	R 30,32 + R 17,55 (=R 47,87)
5.3a) Children 1 to 3 years	PVM Mealie Meal	150 g	1 ½ cups	4 ½ x 1 kg	R 31,59
5.3b) Children 1 to 3 years	PVM Mealie Meal + Nutri-A PEM	100 g + 30 g	1 cup + 5 level table spoons	3 x 1 kg + 2 x 500 g	R21,06 + R12,86 (= R33,92)
5.4a) Children 4 to 6 years (under 3 rd percentile)	PVM Mealie Meal	200g	2 cups	6 x 1 kg	R 42,12
5.4b) Children 4 to 6 years (under 3 rd percentile)	PVM Mealie Meal + Nutri-A PEM	150 g + 60 g	1½ cups + 5 level table spoons x 2	4 ½ x 1 kg + 4 x 500 g	R 31,59 + R 25,72 (= R 57,31)
5.5 Children 4 to 6 years (decline in weight over 2 months)	PVM Mealie Meal	150g	1 ½ cups	4 ½ x 1 kg (issue 4 alternating with 5 packets per month)	R31,59

BYLAAG 6

TRANSKRIPSIE VAN ONDERHOUDE

Transkripsie van onderhoude.

O - Onderhoudvoerder

R - Respondent.

Abraham Francis.

24. 04. 1999.

O: Abraham sê vir my waar is jy gebore?

R: In die Wellington.

O: En hoe oud was jy toe jy Kaap toe getrek het?

R: Elf jaar.

O: Het jy skool gegaan in Wellington?

R: Nee in die Paarl.

O: Hoe het julle skool toe gegaan, met die bus of...

R: Nee ons het skool toe geloop.

O: Dis ver...

R: Nee dit is nie ver nie...uit New York, uit Amstelhof se skool toe is nie ver nie - dis net oor die main road.

O: En toe julle Kaap toe getrek het, wie het almal saam getrek?

R: Net ek alleen.

O: Nou hoekom het jy dan Kaap toe getrek?

R: Die lewe was te dood daar.

O: Maar vir 'n elfjarige kind, wat was te dood?

R: Nee vir my het dit...was dit net... net te dood.

O: Het jy toe kom verder skoolgaan in die Kaap?

R: Nee..

O: Watter standerd is jy uit die skool uit?

R: Standerd 2.

O: Sê vir my in Wellington, hoeveel mense was julle wat bymekaar gebly het, hoe groot was julle familie?

R: Drie kinders. Ek en my ander broertjie...hy was in die tronk gewees, maar toe kom hy uit...toe gebeur daar iets met hom.... toe slaat hulle hom dood...hy's nou dood, dis net ek wat oor is..en die ander drie susters.

O: So hulle is nog in Wellington

[Respondent beaam deur sy kop te knik]

En jou ouers?

R: My ma lewe nog maar sy is getroud met 'n ander man.

O: Maar toe jy grootgeword het, het jou pa nog gelewe?

R: Ja...

O: Het jou ma gewerk?

R: Nee sy het so los joppies gedoen...servant joppies aangevat.

O: En jou pa?

R: My pa het by die fisheries gewerk al die tyd...seventy five, seventy four toe het my pa nog gewerk.

O: Kom ons gesels bietjie oor siektes wat jy geken het as kind - watter siektes kan jy onthou wat julle gehad het?

R: Ek het kliniek geloop in die Paarl. Dan het ek altyd daai pakke melk gekry - nie nog pille nie net melk.

O: Toe jy nou Kaap toe getrek het, by wie het jy kom bly?

R: Ek het eers by daai mense daar oorkant [respondent wys na betrokke huis] daar waar hulle nou aanbou gebly.

O: Is hulle familie van jou?

R: Nee hulle is nie familie van my nie...hulle ken...die man is getroud in my familie in. Nou daarvoor ken ons mekaar.

O: Toe hoe lank het jy by hulle gebly?

R: Toe... hoe lank...ek het grootgeraak by hulle en daarvanaf is ek nou... iets gedoen toe sit hy my sommer uit...toe kom bly ek maar sommer hie.

O: So het jy net daar en hier gebly?

R: Atlantis, Hanover Park, Mitchell's Plain....

O: Het jy daai tyd toe gewerk?

R: Ja toe daai tyd was ek op die see.

O: So jy is 'n visserman?

R: Ja ek was op die see.

O: Van watter ouderdom af het jy gewerk?

R: Sestien...toe ek sestien raak toe gaat ek see toe...en toe van sestien af toe vat ek al my birthdays op die see.

O: Tot wanneer?

R: Tot eighty nine...toe kom ek trug, toe gaat ek weer op die Kaapse skuire klim, daai ander was Taiwan, toe wil ek nie meer werk nie.

O: Hoekom wou jy nie meer werk nie?

R: Deur 'n vrou.

O: Nou sê my is jy getroud?

R: Nee.

O: Was jy al ooit getroud?

R: Nog nie.

O: Kinders?

R: Ek het kinders.

O: Hoeveel kinders?

R: Klomp kinders.

O: Hoeveel is klomp?

R: Sê omtrent tien.

O: Waar is hulle?

R: [respondent skud sy kop en trek sy skouers op]

O: By verskillende dames?

R: Ja.

O: Sien jy hulle ooit?

R: Nee

O: Is dit nie vir jou belangrik om te sien hoe hulle grootword nie, te kyk dat hulle skoolgaan?

R: Ek sal nie weet nie...waar bly hulle nou...waar is hulle nie.

O: Wat sou jy graag vir jou kinders wou gehad het? As jy nou na jou lewe kyk. Jy het op 11 uit die skool gegaan en getrek van jou ma-hulle af. Hoe sien jy vir jou kinders 'n lewe?

R: Wel as hulle by my is, is hulle oriaat. Ek sal vir hulle als koop wat hulle norag het.. dis al ek sal dit vir hulle koop.

O: Maar wat is nog belangrik vir kinders? Wat van as hulle groot is?

R: Skool...en as hulle belangrike goet het wat hulle wil hê gee ek vir hulle.

O: Die mense by wie jy nou bly , is hulle familie van jou?

R: [pespondent skud sy kop onkennend]

O: Wanneer het jy hulle leer ken?

R: Dis nou... van laas jaar, vroeg in laas jaar...dis nou omtrent 'n jaar en twee of vyf maande.

O: Hoe support jy jousef?

R: Ek kry net disability.

O: Hoekom kry jy disability?

R: Vir die accident wat ek gehet...gekry het.

O: Watter accident het jy gehad?

R: 'n Hyster het op my geval.

O: Wat is 'n hyster?

R: 'n Forklift het op my geval by die werk.

O: Waar was dit? In die hawe?

R: Nee dit was by die werk, by die werk in Sarepta.

O: O het jy in Sarepta ook gewerk?

R: Ja ons het by die chemicals gewerk waar hulle Surf en Omo en sulke goed maak.

O: Nou hoe lank het jy daar gewerk?

R: Sê nie lank nie...so omtrent ses of agt maande.

O: Wanneer het jy die ongeluk gehad?

R: Op my birthday hoeka soos vadag op my birthday.

O: Verjaar jy nie eers môre nie?

R: Nee vadag het dit gebeur, 'n dag voor my birthday.

O: Nou watter jaar was daai?

R: In 1984....die vierde maand, die een-en-twintigste.

O: Kry jy al van 1984 af disability?

R: [respondent knik sy kop bevestigend]

O: Kan ek maar vra hoeveel dit is?

R: Ek gaan nou nie meer weet daai time nie...hoeveel dit is nie.

O: Hoeveel kry jy dan in die maand?

R: Dis nou R500.

O: Is dit genoeg vir jou?

R: Ja daais oorgenoeg. Ek moet my board betaal, my klere goete moet ek koop. Ek betaal R150 vir board en ek koop vir my, en goedjies vir die kinnere- skoene en goete...wat ek nou...wat ek nou dink van.

O: Is dit nou vir die kinders hier waar jy bly?

R: Ja.

O: Rook jy?

R: Sigarets juffrou, ja.

O: En drink jy?

R: Nee ek drink nie nog eintlik nie...net so...naweke so op 'n Vrydagaand. Nie heel naweek nie - kerk toe ek moet kerk toe gaan.

O: As julle nou gaan drink koop jy self of club julle vir die dop?

R: Nee ek koop dit self...nee ek koop dit self dan gee ek nog vir jou ook.

O: Nou hoeveel geld sal jy op so 'n Vrydagaand uitgee?

R: Nie so baie nie net so 'n R5, net 'n bier nie wyn nie. Nou hoekom as ek wyn drink dis amper soes 'n gat hie op my knie. Die accident, noud my hele heup uit...hy't gebreek...my hele heup nou die een been het verlam, toe kom brand ek my nog op dieselfde been toe kan ek mos nie voel met hom nie.

O: So behalwe vir die been, is daar ander siektes wat jy gehad het?

R: Ek het net TB gehet.

O: Jy sê jy is eintlik 'n gesonde man, gaan nie dokters toe vir ander kwale nie?

R: Nee ek gaan môre Tygerberg toe vir die been.

O: En behalwe die been?

R: Nee daar is nie ander goeters nie.

O: Het jy klaargemaak met jou TB behandeling?

R: Klaar. Ses maande het ek in die Wellington geloop. Ek het eerste hie in die Lavis en toe gaat ek Wellington toe en toe word ek weer ingeroep van die hospitaal af toe moen ek weer hie kom.

O: Dis nou alles binne die een ses maande?

R: Ja toe maak ek net klaar daar in Wellington.

O: So gaan jy nog Wellington toe?

R: Ja.

O: Weet jy van enige iemand anders wat TB gehad het daai tyd toe jy siek was?

R: 'n Klomp, maar ek weet nie nou die name nie. Net ek daar by 35 het daai tyd TB gehet.

O: Was van jou vriende miskien ook daai tyd siek?

R: Nee daar was ene daar by daai huis maar hy is hospitaal toe en weer uit die hospitaal uit.

O: Was hy in Brooklyn?

R: Nee hy was in Conradie.

O: Jy sê jy was in Wellington die tyd toe jy TB gekry het?

R: Ja.

O: Van die familie in Wellington ooit TB gehad?

R: Die ene...die pa van my ma het TB gehad.

O: Was dit voor jy TB gekry het?

R: Nee ek kom kry vir hom met die TB. Hy gebruik ook die pypie...die asma pypie.

O: Het hy sy pille klaargemaak?

R: Ek sal nie weet hoe hy sy pille gaat haal nie, maar ek was al saam met hom daar.

O: Gaan kuier jy nog steeds in Wellington?

R: Nee van ek TB gehet het was ek nog nie weer daar nie.

O: Toe jy TB gehad het, het mense jou vertel van TB? Hoe 'n mens dit kry, hoe kan jy gesond word?

R: Ja vroumense.

O: Watter vroumense?

R: Die mense hie in die pad maar nie in Wellington nie, hie in Lavis.

O: Het jy nog inligting oor TB gesoek?

R: Nee.

O: Het jy ooit die kliniek mense uitgevra oor TB?

R: Nee ek en die ander persoon wat by 35 bly ons het eendag kliniek toe gegaan, toe spuug ek mos nou bloed en hoes as ek lê dan kom daar bloed uit toe gaan ek kliniek toe.

O: Was dit die eerste keer dat jy opgelet het dat daar iets verkeerd was?

R: Nee my maag het baie gewerk...so maagpyne ...ek was mos twee keer geopereer. Toe sê hulle by die kliniek ek het tering en sê meneer nou

moet jy elke dag kom vir behandeling en ek het elke dag geloop, daar is nie een dag wat ek geslip het nie.

O: Het jy verstaan hoekom jy ses maande moes kom vir behandeling?

R: Sodat die teringgeit kan uittrek.

O: Hoe kry mense tering?

R: Van rook, drink, drink uit ander mense se glas uit, jy weet nie wat hy het nie. Daais al.

O: Die dag toe jy vir die eerste keer pille gedrink het, het daar mos 'n vrou met jou gepraat oor TB. Het jy verstaan wat sy gesê het?

R: Nee.

O: Het sy Afrikaans gepraat?

R: Nee ek het nog ook nie daai verstaan nie. Ek weet nog nie so lekker nie.

O: Raak 'n mens gesond van TB?

R: Nee 'n mens moet nie gaan lê nie.

O: Voel jy 'n mens kan gaan werk na jy TB gehad het?

R: Ja 'n mens kan gaan werk het. As dit nou nie so gewees het nie was ek nou al weg.

O: Nou jy sê jy was 16 jaar oud toe jy op die bote gaan werk het, was dit jou eerste werk?

R: Ja toe werk ek hier agter in Epping, daar wat hulle die swembad goete maak, die nette wat hulle tennis mee speel, wat hulle in die water kan speel, sulke goet het ek daar gewerk.

O: Hoe oud was jy toe?

R: 14 jaar. Ek was 'n pakker. Ek het 2 jaar daar gewerk.

O: Het jy enige training by Alnet gehad?

R: Nee.

O: En op die bote?

R: Nee daar werk net almal saam, as jy nie die weet nie sê die ander man vir jou jy moet so maak. Jy doen nie net een werk nie, jy doen al die werk op die boot wat hulle doen. Jy sien en jy vang met die oog. Agter daai dan sê hulle nie meer vir jou so nie want hy is mos nie ons nasie nie hy is Chinees.

O: Hoe het julle mekaar verstaan?

R: Nee ons verstaan hulle praat so onnooslik Engels maar ek verstaan hulle.

O: Wanneer het jy klaargemaak op die bote?

R: In 1989.

O: Waar het jy toe gewerk?

R: In Sarepta. Ek was in die tronk ook in 1990 toe kom ek in 1993 uit toe werk ek in Sarepta tot ek die ongeluk gehad het.

O: Hoekom is jy van die bote af?

R: Deur 'n vrou... 'n meisie wat ek gehet het.

O: Watter werk sou jy eendag graag wou doen. Van kleins af?

R: Toe ek klein was het ek gesê eendag gaan ek op 'n skip ry, en ek het op 'n skip gery tot 1989. Daai was my belange op die see. Lande alle lande Taiwan, Singapoer, Panama, Sri Lanka, Mauritius. Hulle betaal goed R1000 'n maand nou.

O: Kom ons gaan weer bietjie terug na die kinderdae. Vertel my van die huis waarin jy grootgeword het?

R: 'n Council huis. Net drie vertrekkies, 'n kamer, 'n badkamer en 'n kombuis.

O: Het jy al ooit op jou eie gebly?

R: Nee net by my ma-hulle en toe by die mense oor die pad en nou hie.

O: Hier waar jy nou bly, hoeveel vertrekke is hier?

R: Een, twee, drie, vier maar hier is net een slaapkamer.

O: Hoeveel mense bly hier?

R: Drie en twee kinders.

O: Gaan die kinders nog skool?

R: Nee een is 'n baby en een gaan skool.

O: As julle net een slaapkamer het, waar slaap al die mense?

R: Ons het 'n hok hieragter.

O: So jy bly nie in die huis nie, in jou eie hok. Hoeveel vertrekke het die hok?

R: Net een. Ek gebruik die huis se badkamer en toilet.

O: Wie bly almal saam met jou in die hok?

R: Net ek en my vrind, die pa se seun.

O: Maak julle julle eie kos?

R: Nee ons eet in die huis.

O: Hoe groot is die hok?

R: So die helfte van die vertrek

O: Dis dan so 2x2 meter.

R: Daar is 'n kooitjie....2 kooitjies en 'n kas in die hok. Dis al.

O: As jy jou eie huis kon gehad het, hoe sou jy hom wou hê?

R: Upstairs...upstairs en nog enige iets wat my oë sien, wat ek like...maar my hokkie is oriaat....daar kom niks water in nie, dis warm daar.

O: Julle is 4 grootmense, hoeveel werk?

R: Nee ons is 5 grootmense. Dis net die een dogter wat werk en ek wat disability kry.

O: So hoeveel is die inkomste altesaam?

R: Ek sal nie weet nie. Ek weet nie hoeveel sy pay nie.

O: Hoe oud is die seun wat saam met jou in die hok bly?

R: Hy is 22 nee 23.

O: Het hy skoolgegaan ?

R: Ja hy is standerd 7 uit. Hy het gewerk nou wag hy vir 'n persoon om hom inte bring. Dis ook 'n plek wat nou oopgegaan het dan gaat hy inval daar.

O: Jou disability, as hulle dit nou vir een of ander rede moet wegvat, hoe gaan jy lewe?

R: Ek sal nie weet nie. Dan voel dit vir my baie swaar...die been...ek kan dan nie werk nie.

O: Jy het nie enige ander werkjie geleer nie? lets doen met jou hande waar jy kan sit nie?

R: Nee ek sal nie weet waar leer mens sulke goet nie.

O: Wat maak jy heeldag?

R: Ek is heeldag op die yard. Ek maak skoon, sit die vullisdromme uit dan gaat ek 'n bietjie agteroor lê vir die dag.

O: Dis 'n klomp ure vir agteroor lê. Wat lê en maak jy?

R: Nee...ek dink...wat is dit wat ek môre doen en wat ek nou moet doen...so.

O: Het jy baie vriende?

R: Nee ek worry nie meer van vrinne nie - nou al 'n lekker tyd. Ek voel nie meer vir hulle nie, hulle moet maar buite staan. Ek sal hom roep.

O: En wat maak julle as julle bymekaar is?

R: Nee ons gesels onse goed wat ons wil gesels.

O: Werk jou vrinne?

R: Nee ge-een werk nie. Hy is uit die skool uit, wat nie meer wil skoolgaan nie. Hulle wil nie meer skoolgaan nie

O: Het jy al ooit gevoel jou disability is te min? Jy moet miskien nog 'n werkie by kry?

R: Ek kan nie sê nie. Daai is genoeg vir my. Ek betaal die board en ek eet hie.

O: Wie koop gewoonlik julle kos?

R: Die ma.

O: Waar koop sy die kos?

R: By die winkel (waar?) Hier, Parow ek sal nie nog kan sê nie.

O: By watter winkel?

R: Shoprite, Foodworld enige winkel daar waar sy nou moet ingaan, gaan sy in. Diskom en daai plekke.

O: Wanneer koop sy gewoonlik die kos ?

R: Vrydae, Saterdag Saterdagoggende.

O: Wat is alles in die sakkies?

R: Botter, suiker, cottage cheese, alles wat in die huis makeer is daar in . Eiers, pap, alles wat jou vol maak.

O: Wat eet jy vir brekfis?

R: Ek eet nie in die oggend nie, my maag kan dit nie staan nie. Ek eet eers 12uur, 'n eier of 'n stukkie vleis. Ek maak dit sommer self gaar. Dis net in die aande, dan maak die antie vir ons kos.

O: Watter soort kos maak sy in die aand?

R: Tamatie, enige soort kos. Braai aartappels en rys. Hoender en tjops of op 'n ander aand doedels...die met die macaroni in.

O: En stews?

R: Groenboontjies, kool en kerrie is die vernaamste wat sy maak.

O: Jy skip nou klaar brekfis, vir lunch eet jy lig en saans kook die antie.

R: Ja.

O: Het julle 'n elektriese stoof?

R: 'n Braaipan...die stoof kom nog...die nuwe een kom nog, maar ons gebruik sommer die 2 plaat ene daar agter, van die kind se ma.

O: Wie koop brood elke dag?

R: Die pa.

O: Wit of bruin?

R: Bruin die wit maak winde in jou maag.

O: Vir wie sal jy hier in Bishop Lavis kan gaan vra wat gesonde kos is?

R: Ja ek sal weet...ek vra sommer hier langsaan en oorkant die pad...vir enige een wat daar in die huis bly, maar ek sal nie vra nie solank ek net iets in my maag het, want dis mos nie gif nie.

O: Is dit nie vir jou belangrik wat jy eet nie?

R: Nee solank ek net elke dag kos het. Dan het jy darem iets in jou maag, maar ek sal sulke dinge vir 'n groot vrou vra.

O: Weet jy van die dieetkundige in die kliniek?

R: Nee ek sal nie weet nie.

O: Gaan jy nooit uit nie?

R: Nee.

O: Toe jy in 1995 TB gehad het, het jy toe baie uitgegaan?

R: Dan gaan ek docks toe, dan kyk ek wat ek kan opdoen daar, soos vis of chokka dan bring ek dit huietoe. Daais nou die seelewe in die koslyn.

O: En as jy drink, waar drink jy?

R: Net hier in die yard. Ek gaan koop dit by die Ernie Inn hier reg agter. Somtyds sit ek so 'n bietjie daar, nie te lank nie...en by Parks oor die lyn...in Matroosfontein.

O: Is Parks ook 'n shebeen?

R: Ja Vrydae aande...daar is nie nou nog onbeskoftegeit nie. Jy drink jou goeters en as jy klaar is loop jy maar net weer uit. Dan kom ek weer lê.

O: Watch jy sport? Sokker of rugby?

R: Nee niks nie.

O: Kuier jy by mense buite Bishop Lavis?

R: Ek is nie eintlik iemand wat baie kuier nie. Ek pas maar die huis op.

O: Die plek, Bishop Lavis is sommer 'n lekker vuil plek. Wie dink jy moet sien dat die plek netjies is en bly?

R: Die pa en die ma...hulle moet vra dat iemand dit skoonmaak. Die council moet die pad skoonmaak, maar as dit jou eie huis is moet jy self skoonmaak. By witmense maak hulle so skoon daar is nie eens 'n papiertjie nie. Nee jy dink van jou yard as daar skoon is en agter skoon is dan hou jy hulle maar dop. Jy sal either oor die goete klim maar jy sal dit nie optel nie....dis nou die mense wat hier in die pad bly. Hy sal sien, hy sal nie eens dink goidaai uit uit die pad uit nie.

O: Wie moet vir die mense leer om die plek skoon te hou?

R: Hulle is te dom in die pad.

O: Hoe kan hulle geleer word om die strate skoon te hou?

R: Hier kom lorries af wat dit moet skoonmaak maar in die pad as dit reën is daai drain altyd verstop dan loop die water tot hier waar die kar staan. As hulle dit oopmaak dan loop die vullis hier reg af.

O: Maar die vullis moet mos in die drom wees nie in die pad nie

R: Maar daais mens...

O: Jy sê hier is baie jong laities wat nie skoolgaan nie. Praat jy ooit met hulle sodat hulle kan teruggaan skool toe?

R: Nee ek het mos skoolgegaan, ek gaan nie nog uit en in vir hulle vra nie. Sy ma, sy ma is die oorsaak daarvan. Hy sê ma jy sê nie vir my nie. Ek sal nie eers worry van hulle nie. Hy moet mos luister na sy ma. Wat reg is, is reg.

O: Wat is reg?

R: Jy moet leer wat jy moet doen en wat jy nie moet doen nie.

O: Dink jy kinders moet aangemoedig word om skool te gaan?

R: Ja tot by standerd 10.

O: En dan?

R: Daarvandaan gaat hy kyk wat gaat hy nou maak.

O: Die kinders, kry hulle darem vir hulle so nou en dan 'n werk?

R: Nee maar hy moet mos skoolgaan en hy is te lui. Hulle soek nie eens werk nie.

O: Dink jy daar is werk vir hulle?

R: Ja nee daar is factories, gebou ja alle soorte werke is daar, enige soort werk is daar al het jy nie skoolgegaan nie dan kry jy nog altyd 'n werk.

O: Nou hoekom dink jy is daar so baie mense wat nie werk nie?

R: Ek sal nie weet nie, hoekom hulle nie werk nie. Miskien van siekte wat hulle gehad het wat hulle nie werk nie.

O: Watter siektes?

R: Tering en sulke goed.

O: Ken jy mense wat tering gehad het en nie weer gaan werk het nie?

R: Hiers 'n mannetjie langsaan wat tering het , maar hulle sal either op die pad staan en aanklop "ou broer gee my so en so"

O: Moet daar iets gedoen word aan die klomp jong mense wat nie werk nie?

R: Mevrouw ons kan niks sê nie as die ma wat hulle moet leer wat hulle moet doen nie so en so maak nie. Hulle staan vroeg op en dan kom staan hulle op die hoekie en praat en rook dagga ook. Die ma worry nie die ma is dieselfde daar in die smokkelhuise in en die kind worry nie. Die ma gaan so en hy gaan ook net soos die ma. Die kind moet vir die ma wys. Hou jou eenkant dan sien die ma sy kan vir jou sorg.

O: So die voorbeeld is nie reg nie?

R: Ja so is dit in die pad.

O: Dankie Abraham.

Stephen Jacobs
22. 04. 1999

O: Stephen vertel vir my van jou kinderjare.

R: Ek is gebore in die Bishop Lavis. 28 Berg straat, daar het ek groot geraak tot op 7 jaar oud toe trek ek Steenberg weg daar het ek toe weer groot geraak. Die agtergronde in Bergstraat daai was lekker tyd. Ons het nie nog so watswonders groot geraak soos die mense soos hulle nou kry als op hande en so ante nie. Ons het maar baie swaar deur die lewe gegaan. So dan my pa en my ma en so ante. Ons was 7 broers... ons het nie ... my ma wat al een wat gewerk het. Werke gedoen soos char en so ante. Ons is nie nog goed opgevoed en so ante nie.

O: En jou pa het hy gewerk.

R: Hy het gewerk op die werk maar hy is meer op die drinkvrinne gestudy en daarvoor ons kan nie nog vorentoe gegaan het en so ante nie. Hy was net op die dronknes uit en my ma was op die pad van bekering en so ante en so het ek nou groot geraak deur almal die dinge tot ek nou ... tot op die stadium wat ek nou is.

O: Hoe oud is jy?

R: Ek is nou 26 sista.

O: Het jy skoolgegaan?

R: By Bergville het ek skoolgegaan tot st.1 toe, toe gaat ek by William Mason verder aan tot st.3. Van daai tyd af het ek nie meer geworry nie want hoekom my mense is nie nog ... hulle het nie nog note gevat nie toe het ek ook maar die lewe so ingegaan ek het nie nog geworry nie en ek het my eie way geslaan en ek het weggeraak van die huis af en by vrinne gaan bly soos in die Belhar en so ante. Ek het my maar ingepas by hulle. By hulle was dit amper vir my ek voel meer gelukkiger daar.

O: En die ander kinders het hulle skoolgegaan?

R: Ja al twee my broers het ook by William Mason skoolgegaan. Die oudste en die tweede oudste. Ek het eintlik 7 broers en my suster sy is nou st. 5. Hulle ... daar is 2 st. 6 uit die skool uit en die oudste ene ok ek kan nie van hom praat nie want hy het nie nog skool gegaan nie. Hy het meningitis gehad hy is 'n sieklike person. Verder die ander en hy is st.7 en st.5 die anner ene. Die jongste 2 gaan nog skool.

O: Lewe jou pa nog?

R: Ja my pa lewe nog maar soos ek vir Sister gesê het hy is ... hy bly eintlik daar waar hulle wyn verkoop en so ante. Sy belangstelling is nie nog by ons nie by die huis nie en daarvoor ken ek nie nog much nie want hy is meer in die wynbedryf as wat hy sy kinders consider.

O: Is jy getroud?

R: Ek is getroud ja. Ek het 2 kinders een is 3 en een is 9 maande.

O: Toe jy TB gehad het was jy baie siek?

R: Sien Suster ek het baie gerook. Ek het dagga gerook en so ante. Agterna ... my liggaan het nie meer dieselfde gevoel. Toe ek in die begin geleer het om te rook. Toe ek normal... toe ek deelgeneem het in sokker. My liggaam was nog nie hier dieselfde nie. Toe ek begin dagga rook toe verswak ek ... toe kan ek voel aan my body, my binneste as ek miskien hoes né ek kry seer. En ek het altyd gekla maar ek het nie nog note

gevat nie ek gaan by 'n dokter uitkom en so ante nie want ek het dit so gevat dis miskien net 'n steek of iets soos daai soos mense gewoonlik 'n steek kry, ok so het ek gevat dis maar net 'n steek. Agterna toe besluit ek ek hoes, ek het slym op my bors. Dit kom nie nog uit nie soos dit altyd uitgekom het nie. Amper soos dit laat was amper soos hoe kan ek se soos 'n kat wat grom (onduidelik). Ek het nie nog 'n eetlus gekry nie, hoe kan ek sê, ek het my min gesteur aan kos, maar as ek iets gesien het, ek wil net opgooi, maar vir my het dit so gevoel as ek nou die ding gaan dinges dan gaan ek nie ... Ek raak nie eers honger of iets soos daai nie. Ek het nie geworry met kos nie. En so het ek myself verswak. My liggaam het verswak en toe het my ma my gese ek moet by die dokter uitkom. Ok, ek het haar toe aangevat. Ek het dokter toe gegaan toe het hulle my gesê ok. Ek het nou 'n touch ... dis eintlik die touch wat ek gehet het maar voor dit verder gaan moet hulle my nou behandeling gee sien suster. En ek het toe gegaan vir die behandeling. Ek het die behandeling gekry vir 6 maande en so het ek my behandeling gevat elke dag 4 pille en so ante en soos ek die behandeling gekry het soos ek nou die pille gedrink het toe het ek gevoel my liggaam begin nou weer ... ek kry nou weer eetlus. So het ek nou gekom dat ek die behandeling was toe klaar gewees toe is ek weer daai selfde normale person soos voor ek gerook het. Toe voel ek weer my liggaam bou nou weer op en ek is nie lê -erig nie ek kry nie meer daai koue gevoel nie.

O: Waar het jy behandeling gekry?

R: By Bishop Lavis se kliniek.

O: En nadat die behandeling klaar was het jy weer dagga gerook?

R: Ek het nie weer gerook nie.

O: Het jy gedrink?

R: Ek het nooit geworry met drank nie maar mostly het ek gerook. Sigaret nog so af en toe. So 2 keer 'n dag.

O: Het jy enige ander siekte?

R: Nee.

O: Toe jy TB gehad het het jy toe iemand geken wat TB gehad het?

R: By ons niemand, maar die neighbours langsaan daar was sommer so 3-4 wat TB gehet het sien suster. Ek het eintlik in 'n cabin gebly. OK dan kom hulle by my, ek drink saam met hulle uit een koppie uit dan vergeet ek later van tyd die ma het TB dan drink ek ook saam uit een koppie uit. Rook saam met mekaar nou daai kan dit seker gemaak het dat ek die touch kry want hoekom die mense in my huis het nie TB gehet nie.

O: So dit was die neighbours. En enige van jou vriende?

R: Nee..

O: Toe jy behandeling gekry het by die kliniek hoe was die houding van die personeel. Het hulle jou baie vertel van TB?

R: Hulle het vir my gesê dit is 'n ding wat jy kan doodgaan as jy nie jou behandeling gebruik soos wat hulle dit vir jou gee nie dan sal jy bly 'n TB lid. Nog 'n ding hulle het my gesê... hulle het my geneem in 'n kamer en my gese wat soort kos ek moet eet en so ante. Hulle het my gevra hoeveel glase water drink ek en hulle het my nog vrae gevra., toe beantwoord ek hulle en die voedsel wat ek moet kry wat ek moet sê wat vir my gaan opbou en so ante. Daai het ek gemaak soos hulle gesê het.

O: Hier waar jy nou bly is hier mense wat TB het?

R: Nee.

O: In die kamer het hulle vir jou van TB ook vertel.

R: Ja hulle het verduidelik dat TB kan so is dit ... dit kan miskien wees die huis wat ek bly, miskien die koue ... so 'n siek kan so ontstaan deur saam met die persoon wat jy mee rook en die kouete die grond, miskien buite slaap daai kan ook maak dat jy TB kry.

O: Het jy verstaan wat hulle jou daar vertel het?

R: Daars mostly van die goed wat ek verstaan het suster maar nie nog veel nie. Dis nou net oor die ... hoe jy moet maak. Hulle het ook gevra hoe jou huislike goete hoe lewe jy, hoe eet jy en almal daai dinge. As jy nie gesonde kos eet nie sien suster. Jy kry mos vit. A vit. C, brood melk en sulke dinge moet jy eet.

O: Het jy ooit gelees oor TB?

R: Ek het nooit gelees nie. Ek het altyd gekyk na die advert oor die tv.

O: Het jy die advert verstaan?

R: Die van die poppe en die dinges, die toutjies. Ek kan nie sê dat ek verstaan nie maar ek het hom gesien.

O: En die radio?

R: Nee Suster.

O: Op die oomblik werk jy mos nie. Vertel vir my bietjie, waar het jy al gewerk?

R: My eerste werk was toe ek 15 was. Dit was by Cape Doors. Ons het deure gemaak, binne deur. Ek het gewerk by KMI, dis ook in die Epping. Daai is dry portitions wat so inmekaar fit. Daai is eintlik my amp. Wat ek nou geleer het .

O: Waar het jy jou amp geleer?

R: Ek het dit eintlik ... ek het eintlik 'n kurses geloop hier by ook in die Epping in. Wat ek nou begin werk soek kry ek in dinges daai. Toe leer ek nou daar. Maar ek het eintlik gekies wat ek nou gou kan opvang. Toe is dit nou die dry portitions opsit. En ek het gewerk op die Council en het vir Prestige Plumbing... ek het vir hulle gewerk in die Parow' 'n ek het gewerk vir Ro-builders in die Bloubergstrand, dis ook waar 'n ou wat kontrakte teken, ek het vir hom ook gehelp. Ek het al saam met die painters gewerk al. Ek het al 'n lekker paar jobs en ek het kennis van al die dinge suster.

O: Hoe lank is jy nou sonder werk?

R: Ekke nou al 'n jaar en 5 maande, maar ek kry my casual so.

O: Het jy enige ander training gehad?

R: Die houtwerk het ek geleer by die plek waar hulle die deure maak, ek het geleer van vrinne af op die job.

O: Het jy gewerk toe jy TB gehad het?

R: Uit werk uit Suster.

O: Hoe lank na die TB het jy weer gaan werk?

R: Seker maar 3 weke na ek klaargemaak het toe gaan werk ek weer. Toe het ek ook weer begin sokker speel as ek uit die werk uitkom. Ek het self begin dink ek wil nie meer in die siekte in wees nie, want jy voel nie lekker nie, jy wil nie eers praat nie, jy sweet, jy spuug hier. Daais 'n ander soorte siek.

O: Speel jy nog altyd sokker?

R: Ek speel weer sokker, krieket saam met die kinders en ek speel hier op die velde Saterdag Sondag Club Tournaments.

O: Toe jy aansoek gaan doen het vir werk, het jy vir die mense gesê jy het TB gehad?

R: Nee hulle het nie nog gevra nie, daarvoor het ek nie nog gesê nie ek het TB gehad nie en as hulle gevra het dan het ek vir hulle geexplain hoor hier ek is gesond.

O: Wat sou jy graag vir jou kinders wou hê?

R: Ja Suster ek sal laaiks soos ek het nie nog much skoolgegaan nie ek sal laaiks hulle moet beter wees as wat ek is ...ek sal hulle self aanhelp ... Sien suster soos ek wat nou die ouer is ek moet hulle ... sit en gesels as hulle nou miskien groot is en hulle gaan skool dan kan ek hulle miskien vertel van daai tyd soos ek gewees het. Hulle moet nie nog so wees nie. Daar is ek as die ouer wat hulle moet help ek wat die ouer is moet eintlik vir hulle die pad vorentoe wys.

O: Wat sou jy graag wou hê jou kinders moet word?

R: Dis nie nodig om iets te word nie, maar my belangstelling is as hulle groot is moet hulle vir hulleself ... hulle moet goeie werke kan hê.

O: Hoe sal hulle goeie werke kan kry?

R: Deur geleertheid. Hulle moet skoolgaan om goeie werke te kry. Sonder daai beteken dit ook niks nie want hoekom jy kan nie lekkertel of jy kan nie.

O: So wat gaan jy maak om te sorg dat hulle die geleerdheid kry?

R: Ek wat die ouer is moet voorsorg, ek is iemand wat moet vir hulle kan gee wat vir hulle kan ophelp en vir hulle kan beter gedagtes gee as wat ek van gehad het. Hulle moet kan besef die pa is reg ... dit moet so en so is, ek moet skoolgaan.

O: Hoeveel mense bly hier?

R: Drie en een kind. Die ander een bly nie by my nie. Hy is buite egtelik. Sy bly by haar ma.

O: Hoeveel van die grootmense werk?

R: Dis net my vrou wat werk. Sy kyk agter die kinders (wys na nog 'n inwoner) ... ek wat ook maar uitstap en gaan kyk ,daar waar ek kan 'n werk kan kry, maar ek doen dit gereeld. Dis eintlik my plig

O: Is jy tevrede met die huis soos hy is?

R: Die huis het 4 vertrekke. Ek sal gelyk net soos in 'n huis gewoonlik moet is. Net ordentlik binne en buitekant. Miskien burglar bar hekke en miskien vir 'n stoep. Verder aan sal ek niks maak nie.

O: Julle het elektrisiteit in die huis en lopende water en 'n toilet binne.

R: Buite. Daar sal ek van lyk die toilet moet binne wees en ek sal daarvan hou om miskien warm water en lou water te hê.

O: Wie kook julle kos?

R: Ek kook self suster. Soos mieliepap in die oggend, mostly kook ek groente, hulle laaik van groente.

O: Waarop kook jy?

R: Op 'n stove suster. Dan kook ek rys, aartappels, uie moet mos inkom. Koolkos enige ding suster. Ek maak enigeiets soos wat hulle nou wil hê. Of ek smaak nou vandag vir dit, dan maak ek. Sommer 'n pot kool, vleisie dan gooi ek my aartappels in, dan kook hy dan gooi ek my kool in.

O: Waar het jy leer kook?

R: By my ma se huis.

O: Hoeveel keer op 'n dag eet jy?

R: Ek sal vir suster sê drie keer, maar as jy nou 'n groot eter is, meer as drie keer. Maar ek eet baie, somer heeldag. Ek drink baie water want ek laaik sout. Daarom rook ek nie baie nie.

O: As jy dan die dag vashaak met die kos. Of dit reg of gesond is of nie vir wie gaan vra jy?

R: Ek vra hier by die mense hier... 'n ander groot man wat ook kos maak. Hy kom van die see af of ek vra somer sy vrou.

O: As jy nou sal wil weet wat is die gesondste kos. Vir wie sal jy vra?

R: Ek kan vir enige een hier in die rondte vra. Die groot mense weet daai goeters.

O: Behalwe vir die sokker en die krieket wat anders doen jy met jou vrye tyd?

R: Ek maak skoon die yard. Ek hou my altyd besig. Ek hark hier of ek dol die tuin om. Daais al my dingetjies wat ek doen As ek sien hier is 'n ding verkeerd dan maak ek hom reg en ek luister radio. Radio Tygerberg daais eintlik die radio wat ek luister.

O: Gaan jy baie uit? Dans?

R: Daais nie nog eintlik my belangstelling nie suster want sien die dinge wat gebeur op daai patte (paaie)... ek wil nie nog sulke dinge deurgaang nie.

O: Wat is jou belangstelling?

R: Meeste van die tyd is dit my huismense maar mostly van die tyd is ek maar op die sokkerveld en so nou en dan gaan ek saam met die vrinne stap.

O: Het jy vrinne buite Lavis?

R: Ja suster soos die in die Bellville Suid en in die Belhar.

O: Onder jou vrinne in Bellville en Belhar was daar mense met TB?

R: Ja want daar was baie rokers. Daar het eintlik die dinge aangegaan sien suster. Toe het die ding daar begin. Dis net rook aanmekaar. Die drug of knowledge.

O: Hoe het jy die rook opgegee?

R: Ek rook so nou en dan 'n entjie en verder hou ek my net besig maar suster sien ek het my geskei van die vrinne as hulle begin rook loop ek weg.

O: Kry jy nog lus vir rook?

R: Daai is nie nog in my nie.

O: Hoe het jou familie dit gevat dat jy TB het?

R: Hulle wou nie gehad het ek moet nog saam met hulle uit een koppie drink nie ek moet nou somer 'n lepel vat...as ek nou vir my ma tee maak en ek proe... dan sê sy nou op hieroor en ek moet nie nog as ek miskien hier sit en sy sit daar...ek moenie nog loop en spoeg nie. Dis amper so...hulle was nie nog against my nie maar sy het baie aangegaan saam met my. Ja jy moenie die kind miskien nou soen in die mond nie.

O: En jou vrinne?

R: My vrinne... tussen hulle het ek maar gesit en ...ek het nie nog much lus gehet om met hulle te praat nie. Die siekte het my al so beet gehet dat ek nie nog much tyd gehad om te praat nie.

O: Behalwe vir die sport, is jy betrokke by nog iets in die gemeenskap?

R: Nee suster ek worry nie nog met die sokker se funksies nie... net na die vergaderings toe.

O: Wat dink jy is die probleme in Bishop Lavis?

R: Ek sal vir suster sê... hier is baie mense wat rook...drugs... hies meer drugdealers in die plek as daggaverkopers. Hulle rook hulle half versin (bewusteloos) dan weet jy nie wat in jou liggaam aangaan nie. Nou suster sien dis amper soos in die team wat bymekaar kom. Ons almal rook nou uit een pyp uit. Hier spoeg iemand... hier is klein kinders in die rondte... hy tel miskien nou 'n chip op wat geval het...die chips val binne in daai spoeg... daai klein kindjie gaan dit optel en hy gaan dit eet. Die mense gaan aan met hulle rokers. Hulle gaan nie sulke dinge... nou daarvoor gebeur die dinge. Die mansmense hulle... die vroumense hulle wat rook hulle maak nie nog plan nie...dat hulle na hulleself...hulle wil nie na hulleself kyk nie want hoekom sy mind is nou net by sy rokers. Hy verswak maar hy sal nie 'n effort maak nie. Jy wat miskien beter dink as wat hy dink, jy moet vir hom sê...wat miskien nou al die dinge al deurgemaak het, jy moet praat. Jy kyk hoe hoes jy, jy spoeg bloed, jy ou bra jy moet gaan man. Jy moet vir hom kan help. Daarvoor sê ek suster hies te veel rokers, drug rokers. Drugs bly mos in jou system in tot wanneer hy nou deur jou kop slaan. Suster sien ek dra kennis.

O: Wat is die ander probleme?

R: Die bendes .Daais 'n hele deurmekaarspul.

O: Wat het die bendes met TB te doen?

R: Hoe kan ek nou sê...hulle is nou net op die siek mensehulle druk nog verder in die dinges in . Daai saam rook hulle kry uit daai goed sien suster. Hulle sê nou gaat saam ...dan het hulle nou daai touch...dis jong laaities sien suster en deur een mens kan ek 'n hele klomp mense siek maak....so kan 'n ander man ook daai ding kry. Dis drugs,ghanja en hulle staan by tyre vure..daais almal die goed wat maak dat jy TB kry.

O: Die Bishop is 'n vuil plek. Wie se werk is dit om die plek skoon te maak?

R: Ja suster dis 'n vuil plek. Die mense wat in die plek in bly...as hulle wil skonegeit hê dan moet hulle 'n plek skoonmaak soos hulle dit wil hê...maar mostly van die mense het nie nog tyd nie, hulle gooi sommer hulle gemors in die straat.

O: Wat bedoel jy hulle het nie tyd nie, hulle is dan by die huis?

R: Hulle maak nie tyd nie suster, hulle dink nie eers daaraan nie. Elkeen het mos nie een brein nie, almal kan nie saam een ding dink nie. Daarvoor sê ek hulle gebruik nie hulle mind nie. Hy sien die ding is nie reg nie, dan kan hy dit reg maak maar hy wil nou eerste wag dat die ander maatjie moet kom...hy moet nou eers sien daai man doen daai ding voor hy nou lus kry. Hulle vat min note van dinge.

O: Het jy al ooit swaar 'n werk in die hande gekry?

R: Ja suster soos nou...soek ek maar sometimes raak mens so moedeloos dan dink jy wag man ek gaan maar either by die huis sit, soos nou. Maar ek het 'n vertrouwe, ek laaiks uitstap, dis 'n man se plig om te werk vir sy kinders en sy huis.

O: Hoekom is jy weg by jou vorige werke?

R: Suster daai een plek Cape Doors, hulle het eintlik toegemaak. Hulle het eintlik hulleself besteel sien suster. Hulle het nie nou nog lekker geld gemaak nie. Die factory was... die managers hulle het hulself besteel, toe raak die plek mos bankrot en toe moet ons maar...Dieselfde met

Xcel...het ook so gebeur. Hulle het ook nie meer jobs gekry nie. By Prestige het hulle nie nog baie jobs gehet nie, maar gebouwerk as dit reent dan werk jy totaal nie, dan moet jy by jou huis sit. Ek kan nie so werk nie suster. As dit miskien nou so drie dae in die week reën dan het jy nie werk nie, dan kry jy net twee dae se geld en wat is daai. Daais mos niks nie.

O: Het jy al ooit self uitgestap uit jou werk uit?

R: Nee suster ek het nog nooit uit my eie uit geloop nie. Ek is verleë en sal nie self loop nie.

O: Waar gaan jy vir die casuals?

R: Ek gaan hier in Epping suster by die ou plekke. Dis ook maar net wanneer hulle aanvat.

O: Dankie Stephen.

Neville van Rooyen
22.04.99

O: Waar is jy gebore en vertel my bietjie van jou kinderjare?

R: Ek is gebore in die Bishop Lavis in die River Road. Ek het opgegroeï by my suster. Destyds toe my ma en pa uitmekaar uit is en tot op my troudag, tot ek op my eie gekom het, van geboorte af al, van ses maande af al is ek by my suster.

O: Was jou suster getroud toe?

R: Ja en dit is hoe ek gekom het tot hier dat ek nou op my eie is.

O: Hoe oud is jy nou?

R: Ek is nou...ek word nou nege-en-twintig.

O: So jy het net in Bishop Lavis gebly

R: Ja

O: Hoe groot was die gesin by jou suster?

R: Sy het net twee seuns gehad en ek en sy en haar man

O: Het jy weer kontak met jou ma-hulle gehad?

R: Ja so af en toe...sien ek my ma. Ek het net sê weer vir 'n jaar by my ma gebly...in Clarke Estate... net vir 'n jaar nog voor ek getroud gewees het

O: Het jy skoolgegaan?

R: Ja by Riverton. Ek het tot by Std 5 skoolgegaan. Daarna het gaan werk in die Pinelands by Pie City. Ek het by die oonde gewerk en die fridge, dis seker waar ek daai siekte gekry het.

O: Hoe oud was jy met jou eerste werk?

R: Met my eerste werk was ek so sewentien...agtien

O: Wat het jy gedoen vandat jy uit die skool is tot jy jou eerste werk gekry het?

R: Ek was by die huis... en het so gecasual so nou en dan op die taxis

O: Het jy enige ambag gedoen, enige opleiding gekry?

R: Ek het net.....sorry suster ek het vier maande by Tygervalley gewerk, by Master Glass, dit was eintlik my eerste werk daai. Toe het ek eers daai werk gekry by Pie City.

O: Hoe lank is jy al uit werk uit?

R: Baie lank...ek het 1994 laas gewerk.

O: Werk jou vrou?

R: Nee suster nie op die oomblik nie

O: Van watter inkomste leef julle dan?

R: Hoe kan ek nou sê... die 2 kinders wat sy het... dis mos nie my kinders nie. Die pa het vir hulle gelos. Hy onderhou die kinders.

O: Is daar nog 'n inkomste?

R: Nee suster

O: Bly julle op julle eie?

R: Ons bly agter in 'n yard in 'n wendyhouse. Dis 'n twee vertrek, 'n kamer waar sy en ek alleen slaap en haar suster en haar kinders slaap in die ander kamer.

O: Werk haar suster?

R: Nee sy kry ook maar geld van haar kind se pa... so dan het ons darem elke week.

O: Waar slaap haar kinders?

R: Al die kinders slaap by haar suster. Haar suster het net een kind.

O: So julle is dan drie grootmense en drie kinders in die wendyhouse. Het julle julle eie toilet?

R: Nee ons gebruik die buitetoilet en ons bad sommer vir ons daar waar ons slaap.

O: Is daar elektrisiteit in die wendyhouse?

R: Nee ons bad in koue water

O: Toe jy in 1995 TB gehad het, was dit die eerste keer?

R: Ja die heel eerste keer.

O: Hoe lank was jy op behandeling?

R: Vier maande daar in Brooklyn Chest gelê en die ses maande hier klaargemaak.

O: Het jy enige ander siektes gehad?

R: Net my been wat gebreek was - Polio het hulle my daar in Brooklyn Chest gesê. So geswel gewees die gebreklige been. Die been is al van kleins af so...ek is gebore met die been.

O: Was daar enige familieledede wat al TB gehad het?

R: Nie wat ek kan onthou nie.

O: En vriende?

R: Al een in die huis is die een wat suster ook ken. Hy is al een wat ek van weet. Hy het mos gebly daar by ons.

O: Het jy in die jare wat jy TB gehad het enige kennis oor TB opgedoen?

R: Ek weet nie nog baie nie. Ek weet net hoe jy TB kry.

O: So hoe kry jy dit?

R: Daar is baie soorte maniere van TB kry. Hulle sê soos gewoonlik as jy baie hoes, te veel hoes en te veel sweet in die nag ook. Dis wat daai dokter my gese het. Gewoonlik as jy bloed spoeg ook. Dis nou eintlik al wat in my breins is.

O: Het hulle baie met jou gepraat oor TB?

R: Nie eintlik... net een keer...wat hulle vir ons na 'n saal toe gevat het...nie eintlik 'n saal nie net 'n kamertjie. Nou almal het nou daar gesit toe gee hulle nou die simptome van TB en so.

O: Het jy verstaan wat hulle daai dag vir jou gese het?

R: As ek nou vir suster die waarhied moet sê...nie eintlik nie...ek was te pap gewees.

O: Jy het ook nie agterna vir iemand gevra oor TB nie?

R: Nee

O: En hier by die kliniek?

R: Hulle het hier niks gesê nie, maar voor ek Brooklyn toe gegaan het, toe was ek al hier. Toe het 'n ander suster my gesê hulle sal my Brooklyn toe moet stuur, want kon sommer self ook sien dat ek is nie reg nie. Ek was te pap.

O: Het hulle jou toe iets vertel van TB?

R: Nee net dieselfde behandeling en pille van TB toe tel ek nie op nie toe sê hulle ek moet dinges toe gaan.

O: Die inligting wat hulle gee op die TV en oor die radio en in die koerante - verstaan jy wat hulle daar probeer se?

R: Ja suster maar ek weet nie...ek weet nie wat is dit ...wat is dit...wat is TB. Ek weet net as jy TB het...vir my is dit anders ek weet nie of dit

dieselfde vir ander is nie. Soos my situasie nou suster ek het net lammerig gevoel en so.

O: Maar het jy al 'n advertensie oor TB op die TV gesien?

R: Ek het al.

O: Het jy 'n TV?

R: Ek kyk nie nog much TV nie

O: Lees jy baie?

R: Nee

O: Ons het netnou gepraat oor werk. Jy het nog net by Pie City en Tygervalley gewerk? Nog geen ander werk gedoen nie?

R: Nog net die casuals wat ek op die taxi's kry.

O: Die werk wat jy gehad het, hoekom het jy dit gelos?

R: OK die geld was maar baie min daai tyd.

O: Is dit die rede hoekom jy die werk gelos het?

R: Ja

O: En die werk by Pie City?

R: Die geld was ook te min suster. Daai tyd het ons gewerk vir nog nie eens 'n R200 nie

O: R200 'n week?

R: Ja suster

O: Nadat jy TB gehad het, het jy weer gaan werk soek?

R: Nog nie weer nie suster.

O: Hoekom het jy nie weer werk gaan soek nie?

R: Suster sien dis net low wages. Dis nie die moeite werd nie.

O: Watter tipe werk soek jy?

R: Ek stap in enige werk in sodra ek werk kan kry. Daarvoor casual ek sommer op die taxi's.

O: Maar as jy moet kies, watter tipe werk sal jy wil doen? In watter lyn?

R: Masjien werk...enige werk.

O: Nadat jy TB gehad het, het jy gesond genoeg gevoel om te gaan werk?

R: Ja.

O: As jy nou moet aansoek doen vir werk, sal jy vir die mense se jy het TB gehad.

R: As hulle wil weet. Sien different werke vra hulle vir jou watter soort siekte het jy. Hulle vra vir jou of jy gesond is. Ja ek sal vir hulle sê, maar om die werk te kry sal ek sommer sê nee.

O: Hoekom sal jy nee sê?

R: Sommer om die werk speedy te kry anders moet ek nog weer dokter toe gaan en almal die klas dinge. Ek is nou nie nog bang om die dokter te gaan sien of so nie, maar dan sê hulle hulle gaan jou laat weet. Hulle sê hulle gaan jou phone. Ek het werk gesoek suster weet, maar nee...

O: Jou suster en haar man, het hulle altwee gewerk?

R: Ja maar net hy. Sy het agterna begin werk, maar sy werk nie meer nie. Die man werk nog altyd.

O: Dink jy as jy verder as st 5 skoolgegaan het, jy 'n beter of makliker 'n werk sou gekry het?

R: Ja suster ek meen as ek miskien matriek klaargemaak het en verder studeer het, sal ek mos vir iets geleer het.

O: Vir wat sou jy graag wou leer?

R: Onderwys

O: Hoekom het jy dan die skool gelos?

R: Suster ek sê nou ek was baie stout gewees. Ek het baie stokkies gedraai en so...ek was geskors uit die skool uit. Toe die skool gesluit het daai jaar toe het ons gedrink op skool. Toe skors hulle ons almal wat saam gedrink het.

O: Was julle permanent geskors?

R: Nee

O: Toe hoekom het jy nie teruggegaan die volgende jaar nie?

R: Ek het net so gevat as 'n mens geskors is kan jy nie weer teruggaan nie.

O: Wat het jou suster gesê omdat jy geskors was?

R: Hulle het nie eintlik geweet daarvan nie. Ek het eintlik vir hulle gejoj toe sê die meneer dat ons gedrink was.

O: Drink jy nog altyd?

R: So af en toe....'n bier.

O: En waar kom die geld vandaan vir die bier?

R: Dis mos nou die vrinne daar op die yard en so.

O: Het jy baie vrinne?

R: Ja

O: Nou op die oomblik het een van hulle TB?

R: Net die een wat ek van weet, suster sien, ons het mos saam in een huis gebly daai tyd.

O: Waar gaan drink julle die bier?

R: Baie plekke, suster sien die tavern en by Ernest Inn en daars 'n klomp plekke en sommer so by die huis.

O: Gaan jy baie uit?

R: Ek loop baie rond maar nie danse en sulke goed nie. Maar net na my suster se plek toe of ek gaan so 'n bietjie by daai bra van my sit.

O: Speel jy sport, stel jy belang in sport?

R: Nie baie nie want suster sien die been...ek was mos in die hospitaal met die been vir 'n operasie.

O: So wat doen jy met al jou tyd?

R: Sit maar daar by my suster. Sy sê ek moet gou vir haar die doen of daai doen, miskien die lig betaal of so.... enige iets wat sy nodig het.

O: Maar het jy dan nie hobbies nie?

R: Nee

O: Daar waar jy so kuier en dan drink, rook julle dagga of gebruik julle drugs?

R: Nee suster net sigarets

O: So jy rook - waar kry jy geld vir sigarette?

R: Sien ek doen so odd joppies vir my suster dan gee sy my iets of ek vra miskien vir my vrinne.

O: Julle bly mos in 'n wendyhouse. Hoe gerieflik is dit vir jou?

R: Vir my is dit baie gerieflik, dis oraait so...soos ek dit nou sien is dit beter as ...dis mos net ons en my vrou se suster. Dis nou sy en die drie kinders wat op die groot kooi slaap - baie gerieflik -dan is dit nou ek en sy wat op die single slaap.

O: Sou jy dit verkies om in 'n ander tipe huis te bly?

R: Ja

O: Beskryf vir my die tipe huis wat jy graag in sou wou bly?

R: Soos vir my sal 'n vier vertrek genoeg wees suster. Dit sal baie geriefliker wees.

O: Watter vertrekke soek jy in 'n huis?

R: Voorhuis, kombuis, en twee slaapkamers.

O: Wat van 'n badkamer?

R: Daai sal ook oraait wees.

O: Die huise on Bishop Lavis, soos daar waar jou suster bly, is hulle oraait?

R: Hulle is ook baie in daai huis. Dis klaar ses kinders en hulle en dan die boarders, die vrou en die boytjie wat daar bly.

O: Is jy al een van hulle wat nie werk nie?

R: Ja suster op die oomblik.

O: Gaan al die kinders skool in die huis?

R: Twee gaan skool die ander een is nog klein. Die een gaan in Bonteheuwel skool.

O: Hoe survive julle?

R: Meen suster nou miskien iets te eet en so aan?

O: Ja hoe kry julle dit reg om elke dag kos te hê en rent te betaal?

R: Die waarheid suster ek kry by my suster kos en al die kos wat ek kry vat ek huistoe, my vrou gaan oorkant die straat en doen so los werkies en so aan dan kry sy ook kos.

O: Is dit elke dag so?

R: Nie elke dag nie want so nou en dan kry ek mos die casual op die taxi's

O: As jy so 'n casual kry, hoe lank hou die geld vir jou?

R: So drie dae...so min of meer.

O: En klere?

R: Nee daai... hulle het oorgenoeg klere. Suster sien ek is nou twee jaar getroud met daai vrou. Ek het vir haar gekry met alles wat sy het... soos klere en skoene en sulke goed

O: Waar kry die kinders hulle klere?

R: Hulle pa koop mos vir hulle klere en skoene, hulle tracksuits...soos hulle het nou die maand tracksuits gekry. Hulle pa koop dit by die werk dan gaan haal sy dit net.

O: Weet jy hoeveel geld gee hy vir haar vir die kinders?

R: Suster om die waarheid te sê hy het eers vir haar gegee tot op R300 vir altwee saam en nou van ek saam met haar getroud is, wil hy net elke keer vir my voorgooi. Toe sê ek hom kyk hier ek gebruik nie 'n sent van die kinders se geld nie hoekom ek weet daai kinders moet eet. Soggens moet hulle eet, saans moet hulle eet. Toe sê ek hom die geld gaan vir kos en lektriek. Toe hy die tracksuits koop toe gee hy haar net 'n R90. Vorige maand was dit weer R60.

O: Het jou vrou nooit gewerk nie?

R: Ek verstaan sy het gewerk maar daai tyd toe ken ek nog nie vir haar nie.

O: Maar vandat julle getroud is werk sy nie?

R: Sy bly sê sy gaan uitstap. Daar het een van haar vrinne ook gesê sy moet net bel. Dis by die fisheries. Ja ek gaan bel ek gaan bel, maar niks.

O: Sy is gesond nê. Sy het mos nooit TB gehad nie?

R: Ja sy het 'n soort siek waar sy net omkap en so. Vallende siek. Sy kry dit.

O: Kry sy behandeling?

R: Ja by die daghospitaal. Dis net so aan en af wat sy dit kry, nie elke dag nie.

O: Wanneer laas het sy behandeling gekry?

R: Ek het haar gesê sy moet daghospitaal toe gaan maar ek verstaan sy moet Bonteheuwel toe gaan.

O: Het sy 'n grant gekry?

R: Nie wat ek van weet nie.

O: Het jy 'n grant gekry toe jy TB gehad het?

R: Nee ek het net een keer daai dokter gesien daai tyd...dis al keer en ek wil so graag aansoek gedoen het vir die grant, maar toe het ek mos nie weer dokter gesien nie net die dag toe hy my ontslaan het.

O: Tot watter standerd het jou vrou skoolgegaan?

R: Ek weet self nie suster. Ek dink dis standerd 6 of 7.

O: Watter standerd is die kinders nou?

R: Die een is in standerd 3 en die ander een in standerd 1 of 2. Ek kan nie nou mooi onthou nie maar die grote is in standerd 3

O: Voel jy dis belangrik dat die kinders skoolgaan?

R: Ja suster dis vir hulle eie beswil.

O: Hoekom?

R: Dat hulle 'n goeie werk kan kry. Dat hulle iets kan bereik.

O: Soos wat?

R: Om vir iets te leer of miskien..hoe kan ek nou sê....kyk nou waar sit suster ook van skoolgaan. So dis vir hulle eie beswil dat hulle moet skoolgaan en hulle kan darem iets leer en so aan.

O: Hoe gaan jy seker maak dat hulle skoolgaan. Jy en jou vrou albei?

R: Ok ek verstaan waarop suster nou eintlik te neer kom. Ek meen suster bedoel nou eintlik vir my hoe hulle gaan studiegelde kry en so aan. (lang stilte)

O: Sê vir my wat dink jy?

R: Ek dink niks nie suster. Ek weet suster bedoel maar net in daai lyn van hoe hulle gaan studiegeld kry en almal daai klas dinge.

O: Maar is studiegeld al wat hulle nodig het?

R: Nee suster.

O: Wat het hulle dan nog nodig?

R: Hulle het mos skoolfoorie en almal daai goeters nodig. Kyk as hulle hoërskool moet gaan haal makeer hulle ander klere, 'n ander drag en so aan.

O: Is daar nog iets wat hulle nodig het?

R: Ja suster skoene en kos en slaapplek en so aan.

O: En wat nog? Wat het jy nodig gehad in st 5 sodat jy in die skool kon bly?

Lang stilte

O: Hoekom dink jy het ek nie uit die skool gegaan nie?

R: Want suster se gedagtes was net daar gewees.

O: Wie het die gedagtes daar gesit?

R: Dan nie suster se meneer of juffrou nie.

O: Nie entlik hulle eerste nie. Wie dink jy het eerste die gedagte daar gesit?

R: Suster se ouers.

O: So wat behoort ouers te doen behalwe skoolgelde, kos en klere?

R: Hulle moet sorg dat hulle kinders gereeld op skool is, gereeld netjies en skoon is.

O: Nou kom ons terug na die geld. Julle het nie 'n vaste inkomste nie. Wanneer koop julle kos, met watter geld koop julle kos en watter kos koop julle?

R: Sy, my vrou vat mos vleis by die mense langsaan tot die einde van die maand toe en as sy nou haar geld kry dan betaal sy nou en as haar suster nou die week haar geld by haar boyfriend, haar kind se pa, kry dan betaal sy solank die helfte daarvan, dan is dit mos nou nie so swaar vir haar nie, by die maand nie.

O: En as hy nou nie genoeg geld gee nie, hoe maak julle dan met die vleis?

R: Sy meen dit mos nou so as sy tot die maand toe vat dan gee die ander suster solank die week die helfte, kyk want dan is dit nog 3 tot 4 weke wanneer hy nou pay, nouja dan gee die skoonsuster solank en dan koop my vrou nou weer daarvan die vleis. So betaal hulle dit af.

O: En die kos?

R: Die kos is gereeld in die aande, die dag.

O: Hoe en waar koop julle dit?

R: As my vrou daar die vleis gevat het, en nou die mense oorkant die pad het 'n huiswinkel en haar oudste meisiekind werk mos somtyds by die huiswinkel en dan gee sy miskien nou brood en aartappels of so.

O: Werk die kind elke dag by die huiswinkel?

R: Ja dis mos net oorkant.

O: Maak jou vrou die kos?

R: Ja.

O: Kom ons praat bietjie oor die kos. Watter kos maak sy?

R: Sy maak mos nie elke dag kos nie, maar gewoonlik 'n regte bord kos.

O: Wat is dan 'n regte bord kos?

R: Different soorte kos, maar gewoonlik kool of so aan en sy maak dit na my sin.

O: Kook sy die kos of steam sy dit?

R: Nie net gekook, soos vroumense gewoonlik kos maak. Ek verstaan mos nou nie van kosmaak nie...steam of braai soos hulle dit nou noem of soos hulle sê hulle gaat 'n brys maak, net wat ek nie eet nie is as sy snyboontjies maak. Ek eet dit nie.

O: En wat eet julle vir brekfis?

R: In die oggende, brood miskien, ek eet mos nie porridge nie.

O: En die kinders?

R: Hulle eet mos brood en tee of so.

O: Iets by die brood?

R: Soos Peanut butter. Daai is goete wat ek altyd sê sy moet koop as sy pay.

O: Watter ander kossoorte eet julle nog?

R: Different kosse.

O: Maar as sy van die winkel af kom wat het sy in die sakkies?

R: Bedoel suster so. Sy koop gewoonlik vleis, rys miskien boontjies, ertjies miskien nou aartappels en sulke goete en dan koop sy kerse vir lig, visolie en sulke goete .

O: Wat koop sy om op die kinders se brood te sit?

R: Soms is dit french polony, kaas maar hulle wil net peanutbutter en jam hê. Die kinders is lief vir daai goed, daarom koop sy nie baie dinges polony nie.

O: As sy nou die dag nie by die huis moet wees nie en jy moet kosmaak en jy wil nou weet watter kos die gesondste is, vir wie....

R: Ek sal net blomkool kan maak. Dis al wat ek kan maak en so slightly breyani, want ek het al baie my suster dopgehou as sy breyani maak.

O: Maar as jy wil weet watter kos die gesondste is, vir wie sal jy vra?

R: Ek sal vir my suster sommer vra of ek sal miskien....ek sal nie skaam wees om te gaan vra nie.

O: Vir wie nog?

R: Ek sal vir enige groot vrou wat nou kennis dra gaan vra.

O: Dink jy die groot vrou dra die regte kennis?

R: Daar is soos miskien my suster, seker nie almal nie.

O: Weet jy dat daar 'n dieetkundige by die kliniek is?

R: Ekskuus.....nee.

O: Weet jy wat doen 'n dieetkundige?

R: Nee suster maar is dit nie 'n persoon wat jou leer van kos en so aan nie?

O: Dink jy dis belangrik dat 'n mens moet reg eet?

R: Ja suster om vir jouself gesond te hou en so. Sodat jy nie te veel van sulke goed en sulke goed kan eet nie veral wat cholesterol betref.

O: Jy self nou - wat eet jy vir brekfis?

R: Ek eet brood en ek koop miskien 'n aanmaak drink.

O: Wat is op die brood?

R: Ek eet droë brood. Ek eet mos nie botter nie.

O: En lunch?

R: Suster ek kan nie help nie ek eet eintlik nie baie nie. As ek in die oggend 2 of 3 snye brood eet en 'n glas *drink-a-pop* dan hie so 2uur - 3uur sal ek weer vir my 2 snye brood vat, miskien nou peanutbutter of jam en saans nou 'n bord kos.

O: Kook sy elke dag?

R: Nie eintlik elke dag nie ander aande is dit nou sandwiches en so.

O: Nou siende dat jy klaar TB gehad het, hoe belangrik is dit om gesond te eet?

R: Dit is baie belangrik suter. Soos ek eet gesond vir my is dit OK, al eet ek baie min. Soos ek nou eet soggens, middae en saans vir my is dit oraaait.

O: Toe jy TB gehad het, hoe het jou familie reageer?

R: Daar is niks wat ek kan sê wat hulle teen my gehad het nie. Ek het net eenkant geslaap.

O: Hoekom het jy eenkant geslaap?

R: Daai is van ek van Brooklyn af gekom het, was ek bang vir die aansteek. Ek wou nie hê die besigheid moet aansteek nie.

O: Weet jy hoe TB aansteek?

R: Suster ek kan nie help nie hulle het dit gesê maar ek kan glad nie onthou nie. Dis nou 'n lekker tyd terug.

O: Hoe was jou vriende?

R: Nee hulle het my gereeld besoek en vrugte en sulke goed gebring.

O: Jy is mos nou heeldag by jou suster se huis en op die yard, drink julle daar?

R: Ja

O: Wie betaal vir die bier?

R: Ek het suster mos gesê ek het 'n klomp vrinne.

O: Is jy betrokke by enigiets in die gemeenskap, sport, kerk, skool?

R: Niks van daai nie.

O: Weet jy van goed waar jy betrokke kan raak ?

R: Ja ek weet, daar is baie goed soos verkeerde vrinne.

O: Maar ek wil weet of daar iewers is waar jy kan gaan help siende dat jy so baie tyd het?

R: Miskien by 'n sportsoort, sokker want hulle speel baie sokker. Ek kan gaan maar ek is net bang vir die been hy is nog vol pyn.

O: Siende dat jou been seer is het jy al ooit gegaan vir opleiding vir werk wat jy met jou hande sittend kan doen?

R: Nee suster.

O: Weet jy waar jy kan gaan om te leer?

R: Ek weet glad nie.

O: Bishop Lavis is 'n redelike vuil plek. Wat dink jy van die plek?

R: Ek kan niks sê nie suster hoekom ek weet nie nou hoekom dit so is nie. Dit was 'n baie stil plek daai jare, dis maar nou wat die gangsters begin uitkom het, dat die plek nou so woelig en vuil is.

O: Maar omtrent die vullis....

R: Suster baie kere, soos nou jou tuinvullis, moet jy op die sypaadjie gegooi het. Dinsdae en Donderdae maar hulle doen dit nie meer nie. Dis dan nou 'n ander vullistrok van Atlantis wat Bishop Lavis kom skoonmaak.

O: Hoekom?

R: Ek kan self nie sê nie.

O: Die tuinvullis eenkant gelaat, wat van die gemors, papiere, sakke, blikke. Wat dink jy daarvan?

R: Dis maar die mense wat so is, hulle dink nie vir hulleself nie, dis net die mense. Hulle moet dink om self die vullis in 'n sak te sit tot die vullis lorie kom en daai kan hulle net teen die vullisdrom sit.

O: Hoekom dink jy doen hulle dit nie?

R: Ek weet self nie.

O: Is dit dan nie belangrik dat dit skoon moet wees nie?

R: Dit is. Daai vullis en kieme veroorsaak kieme en so aan.

O: Behalwe die vullis in Bishop Lavis wat sien jy nog as probleme?

R: Daar is baie soos veral die dreine want as dit nou aaneen reën dan bly dit sommer so vol water staan.

O: Wat kan die mense maak aan die dreine wat so oorloop?

R: Hier kom so 'n wit trok elke keer na die dreine kyk maar...

O: Maar wat kan die inwoners doen?

R: Ek kan self nie sê nie wat hulle kan maak nie, maar die mense vat nie note nie. Ons kan maar complain by die rentoffice ook hulle vat nie note nie. Hulle sal net sê hulle kom nou en dan kom hulle nie.

O: Is daar iets wat die mense kan doen dat hulle note vat?

R: Ek weet nie of jy miskien soos mense gewoonlik praat hoofkantore toe kan gaan en so aan nie.

O: Watter probleme sien jy nog in Bishop Lavis?

R: Gangsters is die ander probleem. Ander dae kon jy nog geloop het waar jy wil maar nie nou meer nie. As jy kan 8 uur in die huis wees is dit goed.

O: Is daar iets wat die mense kan doen omtrent die gangsters?

R: Ek weet nou nie. Die gereg lyk ook of hulle bang is vir hulle.

O: Nog probleme?

R: Net die gangsters "The firm"

O: Wat dink jy het Bishop Lavis nodig om beter te kan lewe?

R: Ek sal dink ons makeer 'n ander creche, miskien 'n nuwe park, swembaddens om dit gerieflik te maak vir die klein kinders. Baie mense makeer werk om 'n inkomste te kry. Daars klomp mense.

O: Die mense wat jy ken wat nie werk nie, tot watter standerd het hulle skool gegaan?

R: Ek weet nie. Die vrinne, die een het standerd 8 gemaak, hy't by Castrol gewerk, maar ons het alles nodig.

O: As jy enigiets in die lewe kan verander, wat sal dit wees?

R: Suster ek sal net verlang dat ek 'n werk kan kry. Ek wil op my eie kan wees, dat ek kan wegkom daar uit daai plek uit, aansoek doen vir 'n huis. Ek dink dan sal my lewe baie beter kan wees. Alles hang af van 'n inkomste, 'n salaris.

O: As jy dan werk kan kry, hoeveel sal jy wil verdien?

R: Miskien so 'n R1000 tot R1200. Dit sal goed genoeg wees vir ons, my vrou en die kinders. Die eerste ding wat ek sal wil doen is om in 'n huis in te kom.

O: Raak jy ooit moedeloos met jou situasie?

R: Somtyds dan sit en dink ek nou as ander mense uit die werk uit kom dan dink ek kan ek nie maar nou ook uit die werk uitgekom het nie.

O: Blame jy iemand as jy so dink?

R: Ek blame net myself. Ek moet net werk kry om my lewe te verander.

O: Hoe soek jy werk?

R: Baiekeer so af en toe dan vat ek 'n stappie Epping 1 en die volgende dag weer Epping 2, maar jy kom net in by die hekke dan staan daar "no vacancies".

O: Weet jy waar jy nog kan gaan kyk vir werk?

R: Parow Industry, maar ek kan nie so ver stap met die been nie.

O: Behalwe om te stap hoe anders kan jy werk soek?

R: Met die taxi of trein. Somtyds kyk ek in die koerante, maar hulle soek goete soos drivers en ek het nie 'n licence nie.

O: Hoe oud was jy in standerd 5?

R: 16 jaar.

O: Baie gedruip?

R: Nie eintlik nie, ek is mos laat skool toe, op 8 eers. Ek het een of twee jaar gedruip.

O: Wat het jy gedoen vandat jy uit die skool is totdat jy begin werk het?

R: Ek was maar op die taxi.

O: Dankie Neville.

William Constant
28/02/2000

O: William vertel my van jouself?

R: Nee ek is gebore hier in Bishop Lavis. Ek het by Riverton skoolgegaan in die West en daarvandaan toe verhuis ek na 22 Lark Road toe uit die West uit.

O: So jy het net in Bishop Lavis gebly jou hele lewe lank?

R: Ja sê maar so.

O: Het jy nie nou onlangs in Mitchells Plain gebly nie?

R: Ja omtrent 3 maande laas jaar.

O: Julle gesin, hoeveel was julle?

R: Ma, pa, 2 broers , 2 suster een suster is uitgetroud.

O: Leef jou ouers nog?

R: Ja. Al die kinders lewe nog en ons het 7 kleinkinders, een is dood.

O: Die kind wat dood is, waaraan is hy dood?

R: Dis mos die groot saak in die koerante. Daai man het haar verkrag en uitgebrand in Modderdam se bosse. Hy het 40 jaar gekry. Dis nou so 3 jaar al.

O: Watter siektes het jy gehad as 'n kind?

R: Suster die siekte wat ek nou gehad het was TB.

O: En as 'n kind?

R: Ek sal nie weet nie. My ma sê ek was nie 'n sieklike kind nie daarom kan sy nie glo ek is nog vrot van die TB nie.

O: Watter werk het jou ma en pa gedoen?

R: Right, my ma het in die Wingfield kamp gewerk. Sy het in die kombuis gewerk. My pa was 'n bus driver by dieselfde plek.

O: Werk hulle nog altyd?

R: Hulle is af gepension.

O: Wat het hulle gedoen vir ontspanning?

R: Saterdag is inkopies en Sondag is kosmaak en rus. Niks anders nie.

O: Nou sê gou vir my het jy skoolgegaan?

R: Ja ek het skoolgegaan. Ek is standerd 4 uit die skool uit.

O: Hoekom?

R: Na standerd 4 het ek gaan werk. Ai suster ek het gaan werk vir my ouers. Ek was lui vir skool toe gaan, toe moet ek gaan werk.

O: Het jy geslaag op skool?

R: Ja maar so tussendeur gedruip soos standerd 1.

O: Was jou ouers tevrede toe jy die skool, verlaat het?

R: Nie eintlik tevrede nie maar toe ek nou werk toe is, toe is hulle tevrede dat ek nie by die huis sit nie.

O: Is jy spyt dat jy nie verder skoolgegaan het nie?

R: Ja sê maar so want die gelerentheid is weg.

O: Is jy getroud?

R: Ongetroud maar ek het 2 kinders, 'n meisie en 'n jongetjie. Een is 11 en een is 12.... by dieselfde meisie.

O: By wie bly jy?

R: Nog steeds by my ma en pa. Daar was 'n argument, ek en my ander broer ...toe gaat ek uit die huis uit.

O: Werk die broers en suster?

R: Ja my een broer werk en my suster werk ook en ek is mos nou werkloos van laasjaar die elfde maand.

O: Is dit jou suster wat by jou is? (verwysing na dame buite)

R: Nee dis my meisie... nie die een wat ek kinders by het nie...maar ek is nog van plan om kinders by haar te maak, maar sy sê ek het nog TB....ek steek haar netnou aan.

O: Wat dink jou mense van die TB?

R: Hulle is ontevrede omdat die dokter die pille gestop het. Hulle is bang ek gaan hulle aansteek...ek moet nou in 'n hokkie bly...vra maar my meisie....dit stres hulle baie want hulle is bang ek steek hulle aan, en ek kan mos hulle aansteek as ek nie behandeling vat nie.

O: Toe jy die eerste keer TB gehad het, het jy die behandeling klaargemaak?

R: Die eerste keer...ja die eerste keer het ek klaar gemaak. Die tweede keer maar die derde keer oor die bakleiery in Rocklands toe stop ek sommer. Toe kom ek mos hientoe om te kom spuug. Nou wag ek mos weer vir julle vir die results, maar ek glo vas ek het weer TB. Maar dis mos nie die bakleiery waaroor ek my behandeling gestop het nie. Dis die dokter oor ek ses dae nie gekom het nie. Maar suster sien in Rocklands toe loop ek kaal arms toe sien die 27's aan my chappies dat ek 'n 28 is toe kap hulle my mos op. Toe kan ek nie kliniek toe gaan nie, sien suster. Dis eintlik die dokter se skuld.

O: Waar het jy oral behandeling gekry?

R: Net daar in die Rocklands en hier en met die tweede TB was ek in Brooklyn Chest.

O: Wie in die familie het nog TB gehad?

R: Ja daar was ook in die Mitchell's Plain, in Westridge my niggie en my antie hier in Clarke Estate.

O: Het jy baie by hulle gegaan?

R: So nie baie nie net so af en toe gaat visit.

O: Wie het eerste TB gehad jy of hulle?

R: Ekke suster.

O: Enige ander siektes in julle familie?

R: Ja daar is 'n uncle wat artiritis gehad het en ene in Mitchell's Plain, hy het 'n asma bors en dan my ma se bene swel enige tyd op.

O: Jy het mos al op drie plekke behandeling gekry. Wat dink jy van die staff?

R: Hoe meen suster nou wat dink ek van die staff. Dis hulle plig om my behandeling te gee. Ek vra mos nie vir die siek nie en die staff as hulle net so heeldag kan sit, hy worry nie. Hulle help my as hulle kan, maar kyk nou wat maak die dokter hy help my nie hy druk my af...so amper jy kan maar sat gaan.Ek was nou die dag by die lawyer met hom, ek gaat hom kry.

O: Jy het mos nou 3 keer TB gekry, hoeveel ken jy van TB. Die feite?

R: Die siekte self suster ek sal nie weet nie. Wel jy kry dit van buttons, dagga, wyn, stof, buitekant slaap so. Maar nou kyk vir my ek rook nie dagga nie, ek drink nie wyn nie maar dis my werke. Ek is 'n welder, dis deur daai werk wat ek die siekte gekry het....so dis nou van die stof, die aluminium wat afkom van die grinder. Daar is wel mondbakkies maar die

mense gebruik dit nie op die job nie. Gewone stof wat jy insniff kan ook TB maak.

O: Verstaan jy die advertensies en plakkate oor TB?

R: Ja.

O: Wat sê dit?

R: Hulle bewys deur wat jy kan TB kry en so aan soos die goed wat ek gesê het en paintruike want paint ruik skerp.

O: In die kliniek en in die hospitaal het die mense met jou gepraat oor TB?

R: Ja baie mense soos Gert, so 'n oldtimer maar ek weet nie so mooi van die staff nie. Maar ek het nog nie lessons in TB gekry nie. Die staff het nie nog tyd vir sulke dinge nie.

O: Dink jy jy kan eendag heeltemal gesond word?

R: Ja ek dink so ek kan as ek gereeld behandeling gebruik. Ek glo vas maar kyk wat maak die dokter nou hoekom sit suster nie dit daarin nie. Ek kan nie net doodgaan nie ek moet loop verby die gangsters, die susters kan mos die pille huistoe bring as dit so gevaarlik is. Dis die dokter wat maak dat ek nie gesond kan word nie, want hy maak my dae swaar by die huis ook. Ek moet nou in 'n hokkie bly soos 'n dier. Die mense by die huis hulle verstaan glad nie hulle is bang as ek hoes dan roep hulle gaan hoes daar agter. Dis mos nie mooi so nie.

O: Hoe oud was jy toe jy die eerste keer begin werk het?

R: Ek was 17 toe gaan werk ek hier in die Parow by Pelican Pools. Daar het ek 18 maande gewerk.

O: Maar hoe oud was jy dan toe jy uit die skool gegaan het?

R: Ek was 16 jaar ja 16. Ek was nog nie 'n jaar by die huis nie.

O: Toe waar werk jy na Pelican Pools?

R: Toe gaan werk ek in die docks. Ons het skippe gelaai en daar het ek 2 jaar gewerk. Daarvandaan was ek werkloos vir about 'n jaar en after that 'n casual daar by County Fair so 3 dae in die week in. Daar het ons nou net die bakke op die pallets gepak en daar het ek so 'n paar maandjies sê so 5 maandjies gewerk. Agter daai toe val ek in daar by Outdoor Lifestyle. Daar was ek 'n grinder. Dit was nou die laaste werk waar hulle my nou af siek gebook het. Ek het daar so plusminus 2 jaar gewerk. Ek het al weer vergeet dis na Pelican Pools het ek in die Eersterivier gewerk. Daar in Eersterivier het ek welding gedoen.

O: Het jy op enige stadium 'n trade geleer?

R: Ja ek het mos die trade geleer ons het dit hoeka by Pelican Pools geleer.

O: Gee redes hoekom jy jou werke gelos het?

R: Ja die werk wat ek nou by Outdoor Lifestyle gelos het, hulle het my mos afgebook vir poor health.

O: Is jy op sick of is jy afbetaal?

R: Nee ek is op sick so hulle moet my trugvat as die siek nou eers gesond is. Die ander werk, right die werk het skaars geraak toe betaal hulle my af.

O: Het jy al ooit jou eie werk gelos?

R: Ja ek het al.

O: Hoekom?

R: Die geld was nie reg nie dis die rede.

O: Hoeveel geld sal reg wees?

R: So R500 'n week of so R100 'n dag. Dit sal genoeg wees vir my kinders ook.

O: Dink jy as 'n mens eers TB gehad het jy swaarder werk kry?

R: Kyk party fabrieke het hulle eie dokter dan kan hulle jou nie aanvat nie.

O: Watter werk sal jy graag wil doen?

R: Ek sal nou like om cleaning werk, gardener en kantore skoonmaak. Tafels afstof en so aan. Sien suster ek raak kort van asem, dis die rede hoekom ek sulke werk soek. Kyk as ek nou verleë is vir 'n job maak nie saak nie dan vat ek hom.

O: Het hulle vir jou gevra watter opleiding jy gehad het?

R: Nee hulle vra nie vir jou nie hulle sê net jy doen daai, maar by engineering spotte of even die gebou ook vra hulle is jy 'n plumber of bricklayer of so.

O: Vra hulle as jy gaan werk soek of jy TB gehad het?

R: Nee hulle vra net as jy gesond is dan sê jy ja want as jy sê iets van TB dan sal hulle jou nie aanvat nie, hulle sal net sê gaan terug kliniek toe.

O: Jy sê jy bly in 'n hok, hoe groot is die hok?

R: Hy is maar net vir een mensie so een kooitjie. Ek bly alleen daarin. Hy is maar sommer van planke gemaak die dak ook met 'n seiltjie oor.

O: Hoe het julle huis gelyk toe jy 'n kind was?

R: Die huis, bakstene met 4 vertrekke, 2 kamers voorhuis en kombuis. Die toilet is aan die huis gebou buitekant. Ons het darem elektrisiteit en water ook gehad.

O: Waar het julle gewas?

R: In die toilet het my pa sommer 'n bad gebou...maar ons het net koue water gehad.

O: Hoe sal jy jou eie huis wil hê?

R: Kyk suster die meisie wat ek nou het het haar eie huis in die West. Dieselfde soos al die ander huise in Bishop Lavis, maar sy het haar huis uitgehuur en sy bly ook nou by my ma in die huis. My eie huis...ek het nog nie so gedink nie. Ek wil net 'n muurhuis hê met furniture in. Wel my kamer, my kinders se kamer en hulle leerkamer en die badkamer.

O: By jou ma, hoeveel mense bly in die huis?

R: Kyk saam met my en my meisie is ons 9 in die huis. Ons is 5 grootmense en 3 kinders. Ons is eintlik 8.

O: Het jou meisie kinders?

R: Ja sy het 2 kinders maar hulle bly by die kinders se pa.

O: Hoeveel mense slaap in een kamer?

R: My meisie en my suster en die 3 kinders slaap in een kamer en my ma en pa in die ander kamer. O ja sorry dan is dit my broer, hy slaap ook daar by my suster hulle. Hulle kamer, die kamer is afgedeel.

O: Maak jy vir jouself kos?

R: Nee my meisie maak vir my kos .Ek betaal board.

O: In die huis?

R: Ja

O: Hoekom eet jy nie by jou ma hulle nie?

R: Nee kyk elkeen is op homself daar dan betaal ons maar net board vir die slaapplek.

O: Wie koop die kos en waar?

R: My meisie en sy koop dit sommer by Foodworld hier in die Bishop Lavis.

O: Met watter geld koop julle kos?

R: Nou kyk as ek nou pay die sick benefit want daar is nie ander inkomste nie

O: Hoe gereeld koop julle kos?

R: Oraait ons koop net 2 keer soos Saterdagse koop sy die heel maand se kos.

O: Wat koop sy?

R: Suster aartappels, rys, visolie, groenboontjies, slaai besigheid, pampoen, komkommers.

O: Dink jy die kos is gesond wat sy koop?

R: Dit is gesond. Dit is eetbaar.

O: Hoeveel keer op 'n dag eet jy?

R: Ek eet gesond suster. Ek het vanoggend geëet en as ek nou hier weggaan gaan ek weer eet. Dan sal ek sê maar vanaand weer eet...laat want dit is warm.

O: Wie het vir haar leer kook?

R: Haar oorlede ma en as sy nie weet wat om te doen nie dan vra sy vir my ma hoe bak 'n mens die of daai, maar net vir my ma.

O: As julle nou wil weet watter kos die gesondste is vir wie sal julle vra?

R: Ons vra by my ma, sy sal weet sy het in die kombuis gewerk al die jae.

O: Kan jy kos kook?

R: Nee suster ek kan net bak soos aartappels bak en hoender bak, vleis bak daarom is die vroumense daar om daai werk te doen.

O: Wat eet jy vir brekfis, lunch en supper?

R: Brekfis, porridge oats en 'n pint melk en 3 snytjies brood met botter. Lunch is 2 eiers en 'n tamatie by en supper gekookte kos soos koolkos of so maar ek drink baie koeldrank.

O: Van die 5 grootmense in die huis hoeveel werk?

R: Dis net my suster en my broertjie en my ma en my pa kry mos pensioen.

O: Hoeveel is jou sick pay?

R: Dit is R540 in die maand maar ek kry dan 2 keer in die maand, dis so oor 'n duisend in die maand.

O: Hoeveel board betaal jy?

R: R250 dis nou vir ons twee.

O: Hoeveel geld gee jy vir jou kinders?

R: Kinders, hulle bly nie by my nie hulle bly by hulle ma. Hulle kry 'n grant. Ek koop vir hulle net die einde van die jaar maar dis nie eintlik nodig nie. Ek het my vasgeloop met die meisie.

O: Dink jy dis reg dat mense grant kry?

R: Nee dis nie reg nie, waar ek nou kan sê dis reg is kinders wat nie ouers het nie, wat moet getuig op die kinders nie. Hulle sê die mans is verloor of dood maar die mans dwaal maar hier rond, vat net die kinders se geld. TB geld is dan nou ook weggevat, ek verstaan nie die besigheid nie. Kyk my uncle wat arthritis het kan nie eens geld kry nie en hy kon.

O: Wat dink jy moet hulle met die grants maak?

R: Suster wat hulle moet maak...kyk daar is mense wat siektes ook het maar daar is wat onnodig kry, hulle mans lewe dan nog dan lieg die

mense mos. Die grants is eintlik nie my besigheid nie want hulle kan dit vir my gee ek het dit nodig.

O: Watter uitgawes het jy. Skuld en so?

R: Ek het nie skuld nie, ek spent die geld op my meisie. Ek koop skoene en klere en sit vir haar in die hairdresser want ek loop nie met skollie meisies nie. Maar toe straf ek haar, sy rook mos, dan koop ek nie sigarets nie.

O: En op jouself?

R: Ja maar net klere ek rook en drink mos nie. Nee ek het gerook sommer baie drugs, die rocks, en wyn maar die siek het gemaak dat ek sommer alles gelos het. Ek hou my nou maar besig met die kerkwerk Sondag.

O: Speel jy sport?

R: Nee suster ek raak te gou kortasem. Daar was tye op skool en in die tronk toe het ek nog sokker gespeel maar dis nie meer vir my nie.

O: Hoekom was jy in die tronk?

R: Ek was daar vir moord. My suster se man in '89. Hy het een Vrydagaand dronk ingekom toe vloek hy vir haar toe point hy my met 'n mes toe gaan haal ek vir my 'n ordentlike mes toe steek ek hom per ongeluk. Toe kry ek 5 jaar buite.

O: Het baie ouens in die tronk TB gehad?

R: Ja dis eintlik daar waar die TB 'n vervuiling is. Dis daar waar ek die tweede TB gekry het. Toe kry ek my behandeling sommer net daar. Suster Singh het dit daar gebring.

O: Wat doen jy vir ontspanning?

R: Nee glad nie sulke dinge nie, dans plekke ek gaan glad nie daar nie, net kuier by families, Atlantis en Darling en Mitchells Plain.

O: Het jy baie vrinne?

R: Nie eintlik nie ek gooi my maar so bietjie in die tuin en krap so bietjie in die yard. Sien ek kan mos nie lees nie omdat ek swak oë het of ek kyk TV. Soos my meisie sê ek is maar 'n boring burkie. En ek kan nie so baie uitgaan nie want die chappies op my arms sit my in die oë.

O: Hoe het jy afgekome van die drugs af?

R: Toe ek die derde TB optel toe stop ek sommer. Ek het dit sommer gelos. Vrinne van my het gerook dan steek ek maar 'n entjie op ek kry nie lus nie. Toe los ek sommer die entjies ook. En suster sien dis te duur dis nou R30 'n button. Die ouens verkoop sommer hulle nuwe klere aan die button merchants.

O: Hoe dink jy sien Bishop Lavis se mense TB?

R: Kyk suster ek het ook vrinne, hulle het ook TB hulle wil nie kom nie. Hulle dink niks van TB nie. Hulle dink seker daar is nie help nie. Hulle is skaam vir die waarheid, hy wil kom maar hy dink die tjommies sien dan bly hy weg. Baie mense is oor hulleself, nou hulle is bang. Maar hulle kan mos gesond word dit kos net vir jou om elke dag te loop. Die staat betaal mos alles.

O: Wat doen jy by die kerk?

R: Ek gaan Sondags en Woensdags diens toe. Sê my gebedjie, sing gesange maar ek is nog nuut by die kerk. Ek wil help maar het nog nie gevra nie.

O: Hoekom dink jy het Lavis so baie problems?

R: Omdat die mense hulle lewe nie saam nie en gangsters word elke dag gebore en jy kan hulle nie uitroei nie. Die polisiemanne is te min en te bang ook vir die gangsters. Die kinders se ouers kan nie meer vir hulle beheer nie omdat hulle hulle te groot hou. Dit baat nie die ouers praat met die kinders nie of hulle is hardkoppig en die ouers is nie 'n voorbeeld vir die kinders nie. As die kind sien sy ma en pa drink dan trek hy hardkoppig.

O: Wat dink jy is die grootste probleem hier?

R: In Bishop Lavis? Gangsters en ouers wat drink wat eintlik nou 'n voorbeeld vir die kinders moet wees. Drugs, shebeens, geld is skaars, werk is skaars, geweld, die arme klein kindertjies, gun skietery.

O: Hoe kan die probleme opgelos word?

R: As die gemeenskap saamstaan; die polisie werk nou saam met die gangsters. As jy sien daar gebeur iets dan moet jy 'n point maak om daarvoor te praat, so kan die gemeenskap saamstaan.

O: Wie is verantwoordelik vir gesondheid?

R: Ek wat die persoon is...as ek nie na my liggaam kyk nie...natuurlik gaan ek nie gesond wees nie, regte voedsel, ordentlike slaapplek.

O: En behuising?

R: Dis nou die council.

O: En die netheid van die omgewing?

R: As elke inwoner die buitekant van sy yard skoon hou glo ek sal die gebied skoon bly, maar nou doen ek dit dan doen die volgende persoon dit nie.

O: En wat van werk?

R: Die president en ek moet self sorg dat ek in 'n werk kom. Jy moet net loop en soek.

O: As jy enigiets verander wil sien in Bishop Lavis, wat sal dit wees?

R: Gangsters, daar is te veel verkragtings en moorde, al die taverns en shebeens moet uit die plek uit, klinieke en hospitale moet geseecure word en ek is tevrede met die res.

O: Dankie William.

Colin Damon
27. 03. 2000

O: Waar is jy gebore?

R: Ek is in Bellville gebore.

O: En hoe oud is jy nou?

R: 33

O: Het jy grootgeword in Bellville?

R: Nee hier in Bishop Lavis.

O: Hoe oud was jy toe julle Bishop Lavis toe getrek het?

R: Ek is sê maar nou van geboorte af hier in Bishop Lavis.

O: Het jy jou hele lewe lank in Bishop Lavis gebly?

R: Nie my hele lewe nie. Ek het gebly by familie van my ma in Hermon en in Worcester by my pa.

O: So kan ek aanneem dat jou ma en pa nie getroud is nie?

R: Nee.

O: Hoeveel kinders is julle?

R: Ons is twee. Net ek en my suster.

O: Jou suster, het sy saam met jou by die familie in Hermon en Worcester gebly?

R: Nee sy het by my ma groot geraak.

O: Hoe oud was jy toe jy weer Kaap toe gekom het?

R: Ek was so elf, twaalf jaar oud.

O: So waar het jy skoolgegaan?

R: Wat ek nog laaste hier skool gegaan het, het ek by Willim Mason skoolgegaan.

O: Watter standerd is jy uit die skool uit?

R: Standerd 5.

O: Het jy goed gevorder op skool?

R: Ja ek het altyd geslaag.

O: Hoe oud was jy toe jy die skool verlaat het?

R: Ek was so veertien, vyftien gewees.

O: Die familie by wie jy gebly het was hy 'n getroude man?

R: Ja.

O: Hoe lank het jy by hom gebly?

R: So 2 jaar.

O: En die ander persoon, hoe lank het jy daar gebly?

R: Dit was my pa, en ook so 2 jaar.

O: En die ander jare?

R: Toe het ek by my ma gebly.

O: Hier in Bishop Lavis?

R: Ja.

O: Watter werk doen jou ma?

R: Sy het die domestic werk gedoen, inslaap werk en so aan maar sy werk nie meer nie - sy is nou op pensioen.

O: Hoe oud is sy nou?

R: So oor die sestig.

O: En jou pa, watter werk doen hy?

R: Ek weet nie wat hy doen nie maar hy werk nog, ek worry mos nie nog met hom nie. Dis 'n security besigheid.

O: Nadat jy uit die skool uit is, het jy onmiddelik begin werk?

R: Ja ek het net so hier en daar...so 'n paar jaar by die huis gesit voor my eerste werk. Maar dit was ook nie lank nie, toe los ek dit toe kry ek weer 'n ander werkie, maar ook nie vir lank nie - suster sien my vrinne was deurmekaar.

O: Wat het die deurmekaar vrinne te doen gehad met jou werk?

R: Eintlik net die wat ek nou ...waar ek my nou aangesluit het...wat ek en die vrinne gedoen het.

O: Maar kan jy vir my sê wat julle gedoen het?

R: Ja ek het nou 'n gangster geraak en so aan...en so het dit gekom dat ek nou deurmekaar geraak het. Ek is afgedank want hoekom daar was klomp dinge.

O: Klomp dinge soos wat?

R: Ons het gangster dinge gedoen, gerook en die familie, die mense luister nie. My verhouding met my familie en my kinders was nie reg nie.

O: Van die kinders gepraat, dink jy dis belangrik dat hulle skoolgaan?

R: Ja ek dink so.

O: Hoekom?

R: Sodat hulle iets kan bereik?

O: Wat sal dit vir hulle beteken om iets te bereik?

R: Wel wat ek nou gesien het, wat ek miskien dink dit sal goed vir hulle wee as hulle geleerdheid het...as hulle so ver kan kom.

O: Is jy getroud?

R: Nee nog ongetroud.

O: By wie bly jy?

R: Nog altyd by my ma.

O: Hoeveel mense is julle in die huis?

R: Altesame? Ons is 11 en die kinders.

O: Wie almal bly by jou en jou ma?

R: Ek en my ma en my suster en haar man en die twee uncles en dan my suster se kinders en dan my seuntjie wat so nou en dan by ons bly en my meisiekind.

O: Jou kinders, waar is hulle ma?

R: Sy bly hier net in die agterste pad.

O: Was jy met hulle ma getroud?

R: Nee.

O: Wanneer het jy vir die eerste keer TB gekry?

R: Dit was in 1995.

O: Het jy jou behandeling voltooi?

R: Nee ek het omtrent vier maaande geloop vir my behandeling. Ek het al twee keer my behandeling voltooi. Ek het net twee keer uit my eie uit my behandeling gestop en die derde keer voltooi.

O: Hoekom het jy gestop?

R: Daai tyd was dit gevaarlik, 'n mens kon nie maklik loop nie. Ek het al gevra hierso by die kliniek, kan ek nie my pille kry nie. Daai tyd het hulle nie nog soos nou die mense in die community gehet wat vir jou TB pille gee nie. Ek het stryery gekry teen die pad as ek kom, maar die suster het net gesê ek moet elke oggend kom, maar enigiets kan teen die pad gebeur...jy kan miskien aangerand word. Nou elke keer het dit so gekom,

stryery gekry teen die pad en so aan dan los ek sommer want ek sal doodgaan van die behandeling.

O: Hoekom dink jy dat jy sal doodgaan van die behandeling?

R: Nie van die behandeling nie maar dis gevaarlik. Ek moet deur die gevare kom vir die behandeling daar van die huis af. Mense wat miskien nie van my hou nie of so nie. Dit het al twee keer so gebeur.

O: Dat jy bang was hulle rand jou aan?

R: Ja.

O: Behalwe hier het jy enige ander kliniek bygewoon?

R: Nee

O: Het jy gewerk in die tyd dat jy TB gehad het?

R: Ja ek het al gewerk toe ek TB gehad het.

O: En waar het jy toe jou behandeling gekry?

R: Hierso.

O: Steeds by die kliniek, glad nie by die werk nie?

R: Nee

O: Watter ander siektes het jy al gehad?

R: Ek kan self nie sê nie, ek het net laas so siek geraak toe moes ek hospitaal toe. Ek het so bloed opgebring, maar hulle het gesê dis nie die TB nie, toe wil hulle nie vir my sê waarvandaan kom die bloed nie. Die een dokter het net gesê ek het 'n swaar infeksie op my longe en ek moet behandeling kry hier buite vir die TB. Ek het die dokter gevra of ek nie cancer het of so iets nie, maar toe sê die dokter hy gaan nie nog tyd verspil nie ek moet net right away begin met die TB behandeling want hulle was nie verseker van die TB kiem nie. Maar daai ander suster sy het die uitslag gekry dis positive, toe start sy die TB behandeling. Toe het ek maar eers geweet ek het TB, maar ek weet nie van ander siektes nie.

O: Jy het nou al baie rondgebly by verskillende mense, kan jy dink aan enige iemand anders wat TB gehad het?

R: Daai een uncle van my het TB gehad.

O: Die een wat nou by julle bly?

R: Ja hy het nou net een long. Hy het mos in Brooklyn gelê. Hulle het mos die een long uitgehaal of iets soos daai, maar hy kry nog behandeling en disability en daai want hy kan mos nie werk nie.

O: Is daar enige ander siektes in die familie?

R: Ja net die asma.

O: Toe jy TB gehad het hoe was die houding van die staff teenoor jou?

R: Hier? Hulle was altyd vriendelik en so. Hulle het my reg ontvang, my vrae geantwoord en gehelp. Ek het nie 'n probleem met die staff nie.

O: Vertel my bietjie meer van TB?

R: Ek weet nie eintlik baie van TB nie.

O: Vertel my alles wat jy weet.

R: TB is iets wat jou doodmaak, dis 'n gevaarlike kiem en dat hy jou baie swak maak.

O: Hoe dink jy hoe kry 'n mens TB?

R: As jy nie kyk na jou liggaam nie, ook, drink.....

O: Al die praatjies in die kliniek oor TB, het jy dit verstaan?

R: Ja suster ek verstaan...ja ek verstaan.

O: Kan jy onthou of jy al ooit 'n advertensie oor TB op die TV gesien het?

R: Nee ek kan nie onthou nie.

O: Toe jy op behandeling was hier en in die hospitaal, was daar mense wat oor TB gepraat het?

R: Ja daai advisors...daars advice mense wat met ons kom praat het....

O: Maar ek wil hê jy moet vir my kan vertel wat hulle jou geleer het.

R: Ek kan nie so lekker onthou nie.

O: Hoekom nie? Het jy verstaan wat hulle probeer sê het?

R: Ja ek het verstaan ja.

O: Watter tyd het hulle die lesings gegee? Het die tyd jou gepas?

R: Nee die tyd het nie vir my gepas nie.

O: Hoekom nie?

R: Dit was altyds on phone tyd suster weet daar is altyd lang que's by die phones want almal wil mos sy mense bel.

O: In watter taal het hulle die inligting gegee?

R: Afrikaans meesal maar ook Engels vir die mense wat nie verstaan nie

O: Wat dink jy van die advisors wat die inligting gegee het? Was dit die regte mense om die opvoeding te doen?

R: Ek kan nou nie so sê nie maar wat ek kan aflei en daai dink ek so want die way soos hulle praat sê vir my dis nie sommer enige een wat daai job kan doen nie. 'n Mens kan sommer sien dat hulle geleer het vir die werk, want 'n mens moet leer om al daai goed te ken en hulle ken alles van TB.

O: Dink jy jy kan gesond word van die TB?

R: Ja ek kan gesond raak.

O: Wat kan jy doen om te verseker dat jy gesond gaan word?

R: Ek moet net sorg dat ek my behandeling voltooi en ek moet gesond eet.

O: Van gesond eet gepraat, kom ons gesels bietjie oor gesonde kos. Wie kook kos by die huis?

R: My ma.

O: Wie koop die kos?

R: My suster.

O: Waar koop sy die kos?

R: Sy koop dit by die winkels met die kaartjie?

O: Watter kaartjie?

R: Die kaartjie wat sy by die winkel kry.

O: Vertel my van die kaartjie?

R: Dis 'n credit kaart van Shoprite.

O: En by watter winkels koop sy nog?

R: By Woolworths en by Shoprite het sy 'n boekie met stamps in.

O: Hoe dikwels koop sy kos?

R: So twee keer 'n maand.

O: Koop sy net by Shoprite?

R: Nee sy koop sommer hier langs die pad en by Foodworld en by Diskom en by baie ander plekke. Die groente en so koop sy langs die pad sommer by die hawkers.

O: Het jy al gekyk na watter tipe kos sy koop?

R: Nee ek kan nou nie sê nie.

O: Het jy nog nie gesien wat sy uit die sakkies uitpak nie?

R: Ek het al gesien sometimes blikkieskos en so aan.

O: En wat nog?

R: Nee dis meesal blikkieskos en so aan, groente different soorte, melk en so aan.

O: Jy sê 'n jaar na jy uit die skool uit is toe gaan werk jy vir die eerste keer, watter werk was dit en waar?

R: Dit was by die docks, dit was maar labourer werk ...net die trokke aflaa.

O: En hoe lank het jy daar gewerk?

R: Dit was nie nog lank nie, minder as 'n jaar...10 maande.

O: Hoekom is jy daar weg?

R: Om nou eerlik te wees dit was eintlik deur my daggarokery...hulle het my gevang dagga rook toe jaag hulle my weg.

O: En die ander werke?

R: Ek het by so 'n klomp plekke gewerk..... ek het daar by die vis, daar waar hulle die blikkies vis gemaak het, daar het ek 'n hele tyd gewerk, meer as 14 maande en daai werk het ek verloor deur steel en so, daai is hoekom hulle my daar gesack het. Verder aan toe gaan werk ek net so hier en daar 'n casual werk, maar daar by die Airport daar het ek ook gewerk somer 'n hele tyd.....so 3 jaar en 2 maande en daar was ek ook weer gevang steel maar daar was 'n favoury toe het ek somer weggegaan.

O: Het jy op enige stadium enige opleiding vir werk gehad?

R: Nee.

O: Nooit 'n ambag geleer nie?

R: Nee.

O: Het jy by al die plekke labourer werk gedoen?

R: Ja

O: Hoe lank is jy nou uit werk uit?

R: 4 jaar.

O: Het jy op enige stadium terwyl jy TB gehad het gaan aansoek doen vir werk?

R: Nee toe het ek mos 'n werk maar agterna een keer.

O: Het jy toe jy die werk gaan soek het vir hulle gesê jy het TB?

R: Nee

O: Het hulle gevra?

R: Nee.

O: As jy kon kies watter werk sou jy graag wou doen?

R: Nee suster ek kan self nie sê nie maar wat ek graag wil doen is net 'n ambag of wat ek die graagste wil doen is om 'n driver te wees.

O: Nou het jy al 'n lisensie?

R: Nee nog nie maar ek het al getry.

O: Kan jy motor bestuur?

R: Ja maar ek sukkel om die licence te kry. Van ek mos die hou op my kop gekry het sukkel my brein mos maar, ek het die boeke maar ek kry nie die goed in my kop in nie. Suster sien daar waar ek laaste gewerk het toe slaat hulle my mos met 'n piksteel op my kop.

O: Was daai nou twee verskillende incidence?

R: ja

O: Was dit naby mekaar?

R: Ja dit was nie ver uit mekaar uit nie in dieselfde jaar.

O: Toe jy jonger was het jy ooit daaraan gedink om jou licence te kry?

R: Ja ek het baie daaraan gedink voor ek nog die Hyper werk gedoen het.
O: Het jy dan daar ook gewerk?
R: Ja
O: Hoeveel keer het jy al gaan try vir jou licence?
R: Nog nie gegaan nie - nog nooit geskryf nie ek kom nooit so ver nie want ek het nie geld om 'n appointment te gaan maak nie.
O: Hoe dink jy sal jy dit onder die knie kry?
R: Ek het al baie probeer soos daai tyd toe ek in die hospitaal gelê het het ek maar met die boekie gelê maar ek kry nie die goed in my kop nie.
O: Is daar nie op 'n ander manier wat jy die goed kan leer nie?
R: Ek het al gedink om na 'n driving school toe te gaan maar daarvoor moet 'n man ook geld hê, nou suster sien dit pas nie nog my sak nie.
O: Is daar iemand wat jy ken wat licence het?
R: Ja so twee, drie van my vrinne.
O: Dink jy hulle sal jou kan help?
R: Ek sal nie kan sê nie ons het nog nie so gepraat nie maar ek kan nie dink dat hulle my kan help nie.
O: As jy so vir werk gaan soek vra hulle of jy opleiding gehad het vir enige iets?
R: Ja dit all depends waar jy gaan dan vra hulle wat kan jy doen, kan jy daai werk doen like 'n machinist of wat.
O: En as jy nie opleiding gehad het nie?
R: Dan sê hulle net vir jou hulle soek so en so en as jy nou nie opgelei is vir die job nie vra hulle of jy al vantevore die werk gedoen het, so hulle soek dan eintlik experience.
O: So jy sê niemand het nog ooit gevra of jy TB het as jy gaan werk soek nie?
R: Nee nog nooit nie.
O: Hoeveel grootmense is julle in die huis?
R: Ons is vyf?
O: So hoeveel van julle werk?
R: Dis net my suster wat werk en haar man casual so nou en dan.
O: Jy het gesê jou ma kry pension, is daar nog mense wat pension of grants kry?
R: Ja my uncle kry grant.
O: En jy?
R: Nee ek kry geen inkomste nie.
O: Die kinders wat in die huis is, is hulle almal skoolgaande ouderdom?
R: Ja die een is nog in preschool en die ander twee is in gewone skool - en dan my seuntjie is meeste van die tyd by ons maar hy gaan ook nog skool.
O: Het jy al ooit 'n grant gekry?
R: Nee.
O: Wat dink jy van grants?
R: Hoe bedoel suster nou - of ek dink dis goed?
O: Ja
R: Ja ek ken baie mense wat grants kry en dis nogal iets goed maar dit hang af hoekom jy dit kry - as die ma - hulle nie vir die kinders kan sorg nie of as jy self te siek is om te kan werk maar daar is die wat niks makeer

nie of hulle speel mal dan kry hulle die grants, maar dis nogal iets goed soos vir my.

O: Het jy al ooit aansoek gedoen vir 'n grant?

R: Ja ek het al eens op 'n tyd maar toe kom dit nou so...ja dit was hoeka met die behandeling wat ek self gestop het - toe sê hulle vir my ek kan nie 'n grant kry nie want ek kom nie vir die behandeling nie. Hulle wil hê jy moet 100% loop voor hulle vir jou 'n grant gee, dis wat die social worker nog laas vir my gesê het. Maar sy het gesê sy kan try dat ek geld kry vir die kinders, maar ek was nog nie weer by haar nie.

O: Het die hof die kinders vir jou gegee?

R: Nee

O: Nou wie onderhou vir julle?

R: Al wat ek kan sê my suster.

O: Dra die kinders se ma by tot die kinders se onderhoud?

R: Nee.

O: Die mense wat wel grants kry dink jy hulle spandeer die geld reg?

R: Nee suster hulle gee die geld uit in die smokkelhuise.

O: Is daar iets wat die staat omtrent die grants kan doen?

R: Nee ek weet nie van die staat nie al wat ek kan sê want dit hang af van wat die dokters sê - kyk hulle besluit mos wie die grants moet kry en die staat kan niks aan hulle doen nie.

O: Mense wat nie inkomste het nie, hoe kan enige iemand hulle help om 'n beter lewe te lei?

R: Man vandag is dit net so niks is verniet nie die een moet maar net sien as hy 'n ander mens kan help moet hy help, maar dan moet jy jousef ook kan bewys.

O: Hoe bewys?

R: Jy moet nie net sit nie jy moet ook darem try om jousef te help, jy moet ook uitstap en gaan probeer.

O: Maar jy dink daar is 'n uitkoms?

R: Ja want daar was al baie uitkomkanse vir my, ek weet nou nie van ander mense nie.

O: Hoe bedoel jy daar was baie uitkomkanse vir jou?

R: As ek nie werk nie en ek het nie support nie dan was my familie darem daar om my uit te bail en ek kry baie odd joppies hier tussen die mense dan betaal hulle my.

O: Voel jy gesond genoeg om daai joppies te doen?

R: Ja.

O: Dan wat behels die joppies nou?

R: Baie mense ek sny hulle hare en hier en daar werk ek vir die grootmense in hulle tuine.

O: Jy het nog nie gedink daaraan om dit op 'n permanente grondslag te doen nie?

R: Nee want sometimes kry jy die joppie en sometimes nie.

O: Ons het nie klaar gepraat oor voeding nie, nou wil ek met jou praat.

Hoeveel keer op 'n dag eet jy?

R: Drie keer.

O: Sê vir my wat eet jy vir brekfis?

R: Ek eet mos nie eitlik pap nie meeste kere is dit brood met 'n smootjie.

O: Watter smootjie?

R: Die wat 'n mens maak met uie en tamatie somtyds kaas en 'n eier.

O: En lunch?

R: Dan eet ek gekookte kos wat my ma kook.

O: Watter kosse kook jou ma gewoonlik?

R: Sy kook baie bobotie en ertjies en koolkos, tamatiekos. Sy maak baie stews.

O: Almal praat van 'n gebalanseerde dieet, wat is jou idee van 'n gebalanseerde dieet?

R: Dis groente en so aan.

O: Maar jy is siek, dink jy jy behoort jou eetpatroon te verander?

R: Ek eet maar soos ek my hele lewe lank eet daar is seker niks mee verkeerd nie.

Solank ek net elke dag iets het om te eet. My ma sorg dat ek genoeg eet.

O: As jy nou wil weet watter kos is gesond, vir wie sal jy vra?

R: Ek sal vir my ma vra, sy het mos met kos gewerk so sy sal weet en my suster ook want sy het by my ma geleer. Hulle weet die dinge van gesonde kos en so aan.

O: Wat is jou ander uitgawes behalwe kos, waarvoor het jy nog geld nodig?

R: Net vir klere en so aan en die kinders vir hulle skoolgoete, want hulle moet geld het vir die dinge by die skool, en daai dinge, soos die skool gaan op uitstappies en so aan

O: Wie betaal hulle skoolgeld?

R: My suster en somtyds hulle ma as sy het.

O: Enige iets anders waarvoor jy geld nodig het?

R: Maar net vir klere en so aan.

O: Nou kom ons gesels bietjie oor behuising. Die huis waarin julle nou bly, watter tipe huis is dit?

R: Dis 'n gewone council huis, 'n steen council huis.

O: Hoeveel vertrekke het die huis?

R: 'n Kombuis, 'n voorhuis en twee slaapkamers.

O: Is daar 'n badkamer?

R: Daar was een maar ons het eintlik die bad uigemaal, nou is dit ook 'n kamer.

O: Is daar elektrisiteit?

R: Ja.

O: Wat sou jy dink is tekortkominge in die huis soos hy nou is?

R: Daar is twee dinge wat ek graag anders wil gesien het, 'n badkamer en elke kind moet sy eie kamer het, dan kan hy mos daar sy skoolwerk doen en so aan.

O: Toe jy in Worcester en Hermon gebly het, was die huise baie anders as die huis hier?

R: Nee nie eintlik nie. In Hermon het ons gebly in die spoorweg kamp. Die huis was klein en daai mense het 'n klomp kinders gehad en elkeen het nie nog sy eie kamer gehad nie maar by my pa-hulle se huis in Worcester was dit nou weer anders gewees. Daai was 'n lekker groot huis met 'n badkamer en drie slaapkamers.

O: So hoeveel mense slaap nou by julle in een kamer?

R: Daar is vier wat in een vertrek slaap. My ma en ek en die kinders en dan slaap my swaer en sy vrou en hulle kinders in die ander kamer, die

een seunkind slaap in die yard - in 'n bungelow agter in die yard en my uncle slaap ook in die yard maar hy kan mos nie in 'n toe besigheid slaap nie nou slaap hy sommer op die stoep - dis so onder 'n afdakkie, hy kan nie in 'n huis slaap nie oor sy asma.

O: Winter en somer?

R: Ja. Maar suster hy is al 'n groot man en hy reën nie nat nie maar hy sê hy kry te veel pyne in die huis.

O: Dink jy die vol vertrekke het iets te doen met die TB?

R: Ek kan self nou nie sê nie, hoekom daar is maar oral TB.

O: Is daar enige manier hoe julle julle huise in Bishop Lavis kan verbeter?

R: Wel as jy nou die huis kan aanbou en dit 'n bietjie groter maak dan kan jy dit doen maar die mense het ook nie geld daarvoor nie.

O: Wat maak 'n mens met jou vrye tyd in Bishop Lavis?

R: Ek loop rond en besoek my vrinne en gaan uit so saam met hulle .

O: As julle uitgaan, waarheen gaan julle?

R: Somtyds gaan kyk ons bigscreen en so aan.

O: Waar?

R: Hier so by die tavern.

O: Dan wat kyk julle op die bigscreen?

R: Sport en so aan en somtyds kyk ons videos by ander vrinne se huis.

O: Waar is die tavern?

R: Hier in Bishop Lavis in Breamway.

O: En gaan julle somtyds uit Bishop Lavis uit?

R: Ja dan gaan ons NI toe.

O: By die tavern, drink julle daar?

R: Ja.

O: Rook jy nog dagga?

R: Nee.

O: Waar kry jy geld vir die drankies?

R: In my geval haal ek baie weinig geld uit vir die drank, kry maar altyd by die vrinne. Maar ek het darem so af en toe so, R5 op my wat ek by my suster kry.

O: Rook jy sigarette?

R: Ja

O: Waar kry jy geld vir die sigarette?

R: Sometimes dan kry ek seker so 'n paar rand by my ma of my suster of my swaer kom uit die werk uit dan vra ek maar by hom 'n sigaret.

O: Neem jy aan sport deel?

R: Ek is maar baie swak in daai dinge.

O: Het jy ooit aan sport deelgeneem?

R: Ja ek het op skool sokker gespeel maar dit was lank terug, na ek siek geword het het ek nog nie weer gespeel nie.

O: So is jy glad nie meer betrokke by die sokker nie?

R: Nee maar ek skiet nou pool.

O: Waar skiet julle pool?

R: Klomp plekke sien ons maak nou miskien 'n team op dan gaan skiet ons by die teams se plekke.

O: Soos watter plekke?

R: Bellville miskien teen Nooitgedacht, Matroosfontien, Belhar.

O: Hoe gereeld skiet julle?

R: So twee keer, driekeer 'n maand, dan maak die buyer nou team op teen die ander buyer...

O: As jy nou sê buyer na wie verwys jy?

R: Suster weet mos die smokkelbesigheid, die een buyer maak 'n bet dat sy team gaan wen dan maak die ander buyer maar vir hom 'n team op. Nou suster sien die buyer kom na jou toe as hulle goeie guys soek dan kom vra hulle vir jou om op hulle team te wees dan kom haal hulle jou.

O: Nou word julle spelers betaal?

R: Hulle kyk nou as jy gewen het dan kry jy nou 'n paar biere en so aan.

O: Kry julle nie geld nie?

R: Nee

O: Behalwe die buyers se teams is hier nie ander clubs vir wie jy kan gaan speel nie?

R: Hier was maar hulle bestaan nie meer nie want die ouens het almal getrek na die buyers toe en die een club hier het nou Belhar toe getrek.

O: Bishop Lavis oor die algemeen is 'n vuil plek, wat dink jy is die oorsaak daarvan?

R: Suster dis net die mense wat self daarna maak want die council kom die vullis haal maar jy moet dit in 'n swart sak sit. Nou sien die mense doen nie eers dit nie maar die council het ook skuld.

O: In watter opsig?

R: Die council kom net een keer 'n week die vullis haal, in die boereareas kom hulle nog twee keer 'n week die vullis haal, maar die mense moet leer om die tuinvullis in sakke te sit en die papiere en goed moet hulle in die dromme gooi.

O: Wat dink jy is Bishop Lavis se grootste probleme?

R: Die probleme wat nou die grootste is is drugs en so aan, gangterism is nogal ook 'n groot probleem, smokkelry.

O: Hoekom kry mense in die plek so swaar?

R: Omdat hulle nie werk nie, hulle het nie werk nie of hulle wil nie werk nie. Die kinders wil nie skoolgaan nie en soos hulle sê as daar nie 'n wil is nie kan daar nie 'n weg wees nie. Die mense moet kan opstaan en hulleself kan help maar hulle wil ook nie

O: Wie dink jy is verantwoordelik vir gesondheid?

R: Wel die kliniek, dokters maar eintlik jy as jouself ook, jy moet jouself so lewe dat jy kan gesond bly.

O: Wie is verantwoordelik vir werkskeppng?

R: Hoe kan ek nou sê besigheidsmense en so aan. Kyk ek gaan nou nie sê die staat nie...

O: Hoekom nie die staat nie?

R: Kyk almal kan mos nie vir die staat gaan werk nie, hulle het nie genoeg werk vir almal nie.

O: En die behuising?

R: Nee kyk daar sal ek nou sê die staat, hulle weet hoeveel mense hier is so hulle moet sorg dat die mense huise kry - dat daar genoeg huise is - sien die huise dis baie min.

O: Nou sien baie van die mense werk nie so as die huise gebou word wie gaan die huise kan bekostig?

R: Dis nou eintlik die probleem.

O: Hier is baie kinders wat nie skoolgaan nie wat dink jy is die oorsaak daarvan?

R: Sien dis eintlik die ouers se skuld want dis kinders wat nog onder ouderdom is ma , pa die kinders kom van huwelike af wat nie hou nie, want jy wat ma of pa is moet mos voorsien dat die tipe ding nie gebeur nie. Hulle moet sien dat die kinders nie so rondswerf nie en sien dat die kinders in die skool is. Hulle moet praat en tyd opmaak vir die kind want ek glo daaraan as jy nie geleerdheid kry nie gaan dit jou niks baat nie, maar die ouers dink anders.

O: Hoe dink hulle dan?

R: Ek kan nou nie sê hoe almal dink nie but ek dink dis belangrik vir 'n kind om 'n sukses te maak van sy lewe.

O: Wat sien jy as sukses?

R: Ek kan nou self nie sê maar ek sal probeer om die kinders op die skoolbanke te hou sodat hy kan leer vir iets.

O: Vir die kinders om verder te kan leer gaan daar geld nodig wees. Hoe gaan jy verseker dat daar geld gaan wees vir jou kinders?

R: Ek het al so ver gedink maar ek kan self nie sê nie maar ek glo nie ek sal die geld kan kry nie . Ek sal nie geld het om eendag my kinders na 'n universiteit te kan stuur nie.

O: So waarmee gaan jy tevrede wees?

R: As hulle net standerd 10 kan maak dan kan hulle vir hulle 'n goeie werk kry miskien kom hulle aan iets beter.

O: Is daar ander maniere om kinders op universiteit te hou as hul ouers nie geld het nie?

R: Nee ek glo nie. Ek weet van polisse maar dis bietjie ongemaklik vir my.

O: Hoekom?

R: Ek lewe mos 'n anderster lewe.

O: Hoe anderster?

R: Dis bietjie personal....die gang wat ek in is maak mos die lewe anders...dangerous..so ek weet nie wanneer ek sal gaan nie.

O: Is dit vir jou 'n groot probleem, die feit dat jou lewe in gevaar is?

R: Nee want daar is baie protection vir my...ek is ook protection vir van die ander members...maar dit is gangbaar.

O: Hoe bedoel jy jy is ook protection vir iemand anders?

R: Suster sien soos ons loop daar is altyd enemies maar ons het vrinne oral so as ek nou miskien daar of daar gaan loop dan protect daai straat se vrinne my teen ouens met messe en so aan... nou so protect ek weer die vrinne wat in my straat loop...so ons contact mekaar voor ons gaan loop, dan sê die vrinne waar die gevaar is.

O: Jy het nou so baie probleme, so hoe groot is jou TB as 'n probleem?

R: Ja dit is nogal ...dit was in die begin maar ek het nou al use toe dit geraak....ek was eers baie ongemaklik veral tussen vrinne en so aan veral as ons nou so drink uit een glas uit of partykeer drink ons sommer so uit die bottel uit....dan dink ek gewoonlik wat dink jy nou of ek wonder of ek nie miskien aangekyk word met sulke gedagtes nie maar agterna het ek nie nog geworry nie want almal is al use toe dit want ek was die enigste een eintlik maar nou het meeste van my vrinne ook die siek gekry...daar is nou al die derde een wat nou die siek gekry het maar ek was nou die eerste een so te sê nou.

O: En die familie, hoe aanvaar hulle die siekte?

R: Hulle is oraait hulle het nog geen probleem nie, hulle ondersteun my baie en daai.

Hulle sorg dat alles reg is soos kos en so.

Ja toe ek nou so siek geraak het het my suster my baie bygestaan en haar kinders het altyd gesorg dat alles gereed was.....nee by hulle was dit nogal nie 'n probleem nie.

O: En die mense by die werk toe jy nog gewerk het?

R: Hulle het nie nog geweet daarvan nie, die voorman daar waar ek gewerk het was al een wat geweet het, maar hy was oraait saam met my.

O: Baie dankie dit sal eers al wees.

BYLAAG 7

DUIMDRUK VRAELYS

Diepte-onderhoude met TB lyers in Bishop Lavis

Naam van respondent:.....
Adres:.....
Groep:.....
Datum:.....
Plek:.....

Persoonlike inligting

- Waar gebore?
- Migrasie patroon.
- Gesinstruktuur.
- Kindersiektes.
- Ouers.
 - Beroepe.
 - Sosiale lewe.
- Skool ondervinding.
 - Belangrikheid daarvan.
- Eie gesinslewe.
 - Struktuur.
 - Behoeftes en ideale.
- Vergelyking tussen kinderdae en hede.
- Hoe affekteer TB u gesin?

Persoonlike inligting

Mediese geskiedenis

- Vorige TB
- Behandeling voltooi.
- Duurte van behandeling.
- Redes vir staking.
- Waar behandeling ontvang.
- Ander siektes – meer inligting.
- Familie geskiedenis van TB.
- Familie geskiedenis van ander siektes.
- Houding van gesondheidswerkers.

Mediese geskiedenis

Inligting oor TB

- Kennis van TB.
- Hoe bekom.
- Verstaan die inligting – elektroniese media.
- Kliniek: verstaanbaar?, toepaslik?, vir wie?, wanneer?
- Regte tyd?
- Regte plek?
- Regte persone?
- Persone wat nie kan lees nie – voorstelle?
- Persepsie van diagnose.

Inligting oor TB

Opleiding en werk

- Ouderdom tydens eerste werk.
- Opleiding vir werk.
- Werk ondervinding.
- Redes vir staking.
- Hoe verander TB u kanse om werk te kry?
- Watter werk sou u graag wou doen?
- Voorstelle vir bereiking van ideale.
- Opleiding aangevra by aansoeke.
- Reaksie op TB tydens aansoeke.

Opleiding en werk

Behuising

- Tipe behuising.
- Hoeveel vertrekke?
- Dienste.
- Tekortkominge aan huidige huis.
- Voorstelle vir verbetering.
- Aantal persone in huis.
- Hoeveel sou u verkies?
- Hoeveel slaap per vertrek.

Behuising

Inkomste

- Hoeveel werk?
- Hoeveel gaan skool?
- Pensioentrekkers.
- Tipe inkomste.
- Totale inkomste.
- Hoe kan inkomste aangevul word?
- Mening oor staatstoelae.
- Voorstelle vir inkomstegenerering.
- Alternatiewe vir staatstoelae.
- Opleiding benodig.

Inkomste

Voeding

- Wie koop kos?
- Waar word kos gekoop?
- Hoe dikwels word kos gekoop?
- Watter kos?
- Waar voorberei?
- Deur wie voorberei?
- Waarop voorberei?
- Hoeveel etes per dag?
- Mening oor gebalanseerde dieet.
- Leerskool t.o.v. voeding.
- Wie kan regte inligting verskaf?
- Uitgawes belangriker as kos.

Voeding

Rekreasie

- Keuse.
- Hoe.
- Waar.
- Hoe dikwels.
- Vervoer.
- Gevare.
- Gewoontes.
- Geld vir rekreasie en gewoontes.
- Voorstelle.

Rekreasie