

**DIE BELEWENISSE EN SOSIO-EMOSIONELE BEHOEFTE
VAN FAMILIELEDE AS PRIMÊRE VIGS-VERSORGERS
BINNE 'N EKOLOGIESE PERSPEKTIEF: 'N
KWALITATIEWE STUDIE**

DEUR

HESTER HELENA TERBLANCHE



**PROEFSKRIF INGELEWER VIR DIE GRAAD DOKTOR IN
MAATSKAPLIKE WERK IN DIE FAKULTEIT LETTERE EN
SOSIALE WETENSKAPPE AAN DIE UNIVERSITEIT VAN
STELLENBOSCH**

PROMOTOR: PROFESSOR SULINA GREEN

DESEMBER 2014

VERKLARING

Deur hierdie proefskrif elektronies in te lewer verklaar ek dat die geheel van die werk hierin vervat my eie, oorspronklike werk is, dat ek die alleen outeur daarvan is (behalwe in die mate uitdruklik anders aangedui), dat reproduksie en publikasie daarvan deur die Universiteit Stellenbosch nie derdepartyregte sal skend nie en dat ek dit nie vantevore in die geheel of gedeeltelik ter verkryging van enige kwalifikasie aangebied het nie.

Datum: Desember 2014

DANKBETUIGINGS

Ek wil graag die volgende persone opreg bedank vir die ondersteuning, motivering en leiding wat ek deur die loop van die navorsing van hulle ontvang het:

- Prof Green vir haar geduld, motivering, en die bekwame wyse waarop sy aan my leiding gegee het.
- Anton vir sy geduld en ondersteuning.
- Riaan vir sy belangstelling en hulp en raad wanneer ek dit nodig gehad het.
- Anneke vir haar belangstelling.
- Die deelnemers aan die navorsing vir hulle bereidwilligheid, geduld en samewerking.
- Aan Sharon vir haar hulp met die Engelse taalversorging.
- Elize vir haar hulp as onafhanklike kodeerder.
- Boweal, my Hemelse Vader wat my die krag en leiding gegee het om te volhard, soms onder moeilike omstandighede.

OPSOMMING

Weens 'n gebrek aan navorsing, en gevolglik ook aan literatuur rakende die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers, het die navorsers besluit om hierdie navorsingsprojek te onderneem. Die doel hiermee was om die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers te verken en te beskryf. Om die navorsing te rig, is 'n kwalitatiewe navorsingsbenadering vir die doel gebruik. Aandag is ook gegee aan die beskrywing en voorkoms van MIV/VIGS, asook die voorkoming en behandeling van MIV/VIGS. Die impak van MIV/VIGS is ook breedvoerig bespreek en is dit vanuit 'n ekologiese perspektief gedoen. Binne die kwalitatiewe navorsingsbenadering is daar van 'n fenomenologiese, verkennende, beskrywende en kontekstuele navorsingsontwerp gebruik gemaak. Die grense vir data-insameling het binne die George-area geval. Semi-gestruktureerde onderhoude is gevoer met familieledede wat as primêre VIGS-versorgers optree, en wat deur middel van 'n doelgerigte steekproeftrekking en die sneeubaltechniek vir deelname aan die navorsing gewerf is. Die ingesamelde data is ontleed aan die hand van die agt stappe van kwalitatiewe data-ontleding van Tesch soos uiteengesit in Creswell (1994). Guba se model soos dit in Krefting (1991:214-221) uiteengesit is, is gebruik om die vertrouenswaardigheid van die navorsingsdata te verifieer. Twaalf temas het na aanleiding van die prosesse van data-ontleding na vore gekom, naamlik:

- Kennis van die siektetoestand
- Versorging van VIGS-lyers
- Risiko-gedrag
- Ander mense se reaksie
- Versorger se gevoelens en reaksies
- Ondersteuning wat ontvang is met die versorging
- Effek van pasiënt se versorging op die verhouding tussen versorger en pasiënt
- Verandering van versorger se lewe as gevolg van die versorging van die VIGS-lyer
- Belewenisse ten op sigte van die sterwensproses
- Behoeftes ten opsigte van die versorging van die pasiënt
- Dienste wat benodig word
- Raad deur deelnemers aan ander familieledede as VIGS-versorgers.

Voortspruitend uit die navorsingsbevindinge, is tot sekere gevolgtrekkings gekom waaruit die volgende aanbevelings gemaak is: dat inligtingsessies deur maatskaplike werkers in samewerking met die verskillende klinieke op sekere dae gehou sal word; dat 'n gemeenskapsprojek van stapel gestuur word om vrywilligers te werf wat op 'n gereelde basis aan VIGS-versorgers ondersteuning bied; dat daar gekyk word na respite by ouetehuse of 'n hospice vir 'n tydperk van ongeveer drie weke om aan versorgers 'n ruskans te gee; dat versorgers betrek word by ondersteuningsgroepe in die gemeenskap; dat die media gebruik word om inligting oor VIGS aan die breë gemeenskap deur te gee; dat aandag gegee word aan 'n gesentraliseerde voedsel- en klerebank waarvandaan versorgers voorraad kan onttrek. Aansoek vir befondsing kan gedoen word by Departement Maatskaplike Ontwikkeling of Departement Gesondheid. Verdere aanbevelings wat gemaak kan word, is: dat 'n gemeenskapsprojek van stapel gestuur word om skoonmaakdienste en hulp met wasgoed was tot die beskikking van die VIGS-versorger te stel wat selfs as 'n werkskeppingsprojek begin kan word; dat 'n alternatiewe vorm van vervoer wat deur die familielid en pasiënt benut kan word, en wat geskik is vir pasiënt vervoer, ondersoek sal word; dat opleiding van tuisversorgers as hulp vir familieledes as VIGS-versorgers aandag sal kry; dat opleiding van tuisversorgers om behulpsaam te wees met berading van pasiënte rakende hulle medikasie dringende aandag sal geniet; dat familieledes as VIGS-versorgers uitreik na ander ondersteuningsbronne vir hulp; dat versorgers versigtig sal wees ten opsigte van verwagtinge van ander, maar dat hulle ook vrymoedigheid sal neem om hulle verwagtinge te verbaliseer; dat die maatskaplike werker sal ondersoek instel of die familielid as primêre VIGS-versorger, sowel as die pasiënt, vanuit al die vlakke van die ekologiese perspektief die nodige ondersteuning geniet, en indien nie, moet daar gekyk word na hulpbronne en dit moet gemobiliseer word ten einde hierdie noodsaaklike ondersteuning te bied; dat die raad wat deur die deelnemers aan die navorsing aan ander familieledes as VIGS-versorgers voorsien is, in gedagte gehou sal word wanneer met hierdie families gewerk word. 'n Aanbeveling is ook gemaak dat opvolg navorsing oor dieselfde onderwerp gedoen word onder die Wit, Indiër en Swart gemeenskappe, en dat veral klem gelê word op hulle behoeftes, aangesien deelname vanuit hierdie bevolkingsgroepe skraal was, of glad nie bekom kon word nie.

SUMMARY

Due to a lack of research, which, in turn, resulted in a shortage of applicable literature that focused on the experiences and socio-emotional needs of family members as carers of AIDS-patients, the researcher decided to undertake this research project. The aim of this was to investigate the experiences and socio-emotional needs of family members as AIDS care givers. To lead the research, the researcher made use of a qualitative research approach. Attention was also given to the description of HIV/AIDS, as well as the prevention and treatment of HIV/AIDS. The impact of HIV/AIDS was also given attention, and it was done from an ecological perspective. Within the qualitative research paradigm a phenomenological, explorative, descriptive and contextual research design was utilised. The boundaries for data collection were delineated to the George area. Semi-structured interviews were conducted with family members who acted as primary care givers of AIDS-patients who were recruited by means of purposive sampling and the snowball sampling technique. The data collected were analysed according to the steps for qualitative data analysis as proposed by Tesch (in Cresswell, 1994). To ensure the trustworthiness of the research findings, data verification was executed according to Guba's model (in Krefting, 1991). The following twelve themes emanated from the process of data analysis:

- Knowledge of the disease
- Caring for people with AIDS
- Risky behaviour
- Other people's reactions
- Care givers' feelings and reactions
- Support that was received with the care giving
- Effect of the care giving on the relationship between the care giver and the patient
- Changes in the care givers' life because of the care giving of AIDS patients
- Experiences regarding the dying process
- Needs regarding the caring of the patient
- Services that are needed
- Advice from the participants to other family members as AIDS care givers.

The following recommendations were made based on the conclusions derived from the research findings: Information sessions by Social Workers in collaboration with the different

clinics on certain days; a community based project to recruit volunteers to support family care givers on a regular basis; look at facilities, like old age homes and hospices, that can give respite for a week to three weeks; connect family care givers to support groups in the community; make use of the media to give information regarding HIV/AIDS to the broader community; a centralized food and clothes bank from which care givers can draw affordable food and clothes. An application for funding can be done at the Department of Social Development or the Department of Health. Another recommendation that is made is to investigate the possibility of a community based project that provides cleaning and washing services to family members as care givers, as well as the patients. This can even become a job creation project. Other recommendations are: to investigate an alternative form of transport that is wheelchair accessible and patient friendly; to train home based carers to help family members as AIDS care givers; to train home based carers to be of assistance with counseling of patients with regard to their medication; to train home based carers as AIDS care givers to help family members to reach out to other support services or groups; that care givers should be careful about expectations of other people and that they should be confident enough to verbalize their expectations; that Social Workers should investigate if the family member, as AIDS care giver, as well as the patient, gets the necessary support on all levels of the ecological perspective, and if not, he/she must look at ancillary sources and mobilize it to give support to the family care giver as well as to the patient; that professionals need to keep in mind the advice the participants was given to other family members as care givers when they are working with these families. A recommendation was also made to do a follow-up research on the same topic in the White, Indian and Black communities and especially that further emphasis should be placed on their needs, as participation by this population groups were scarce or could not be obtained at all.

INHOUDSOPGAWE

HOOFSTUK 1

ALGEMENE INLEIDING EN ORIËNTERING

1.1	TITEL VAN NAVORSING	1
1.2	MOTIVERING VIR STUDIE	1
1.3	PROBLEEMSTELLING EN FOKUS	2
1.4	TEORETIESE UITGANGSPUNTE, NAVORSINGSVRAE EN DOELWITTE	3
1.4.1	Teoretiese uitgangspunte	3
1.4.2	Navorsingsvraag	3
1.4.3	Doelstelling en doelwitte	4
1.5	NAVORSINGSONTWERP EN METODEDES	4
1.6	BEPERKINGE VAN DIE STUDIE	6
1.7	INDELING VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG	7

HOOFSTUK 2

NAVORSINGSMETODOLOGIE

2.1	INLEIDING	9
2.2	TEORETIESE GRONDSLAG VAN DIE KWALITATIEWE NAVORSINGSMETODOLOGIE EN –BENADERING	9
2.3	DIE FASES EN STAPPE INHERENT AAN DIE KWALITATIEWE NAVORSINGSPROSES	12
2.3.1	Fase 1: Die keuse van ‘n navorsingsprobleem, -onderwerp, of tema	13
2.3.1.1	Stap 1: Identifiseer ‘n navorsbare probleem, -onderwerp of tema	13
2.3.2	Fase 2: Formele formulering	16
2.3.2.1	Stap 2: Bepaal die geskiktheid van die navorsingsbenadering	16
2.3.2.2	Stap 3: Formuleer die navorsingsprobleem of -vraag, doelstelling en doelwitte	18
2.3.2.3	Stap 4: Skryf die navorsingsvoorstel	20
2.3.2.4	Stap 5: Oorweeg die etiese implikasies van die navorsing	21

2.3.3	Fase 3: Beplan die kwalitatiewe navorsingsproses	27
2.3.3.1	Stap 6: Kies 'n paradigma en oorweeg die plek van die teorie en literatuuoroorsig	27
2.3.3.2	Stap 7: Kies die navorsingsontwerp of strategie wat gebruik gaan word	29
2.3.3.3	Stap 8: Kies die metodes van data-insameling en analise	31
2.3.3.4	Stap 9: Besin oor en beplan die wyse van kwalitatiewe steekproeftrekking en trek die steekproef	33
2.3.4	Fase 4: Implementering van besluite	34
2.3.4.1	Stap 10: Loodsprojek	34
2.3.4.2	Stap 11: Implementeer die ontwerp, ontwikkel die protokol vir data-optekening en doen die literatuurstudie (indien nodig)	34
2.3.5	Fase 5: Data-analise en verifiëring	37
2.3.5.1	Stap 12: Data-analise en verifiëring	37
2.3.5.1.1	Geloofwaardigheid	38
2.3.5.1.2	Toepaslikheid	39
2.3.5.1.3	Vertroubaarheid	39
2.3.5.1.4	Bevestigbaarheid	40
2.3.5.2	Stap 13: Verslagskrywing	40
2.4	OMSKRYWING VAN SLEUTELKONSEPTE	40
2.4.1	Belewenisse	40
2.4.2	Behoeftes	41
2.4.3	Versorger	41
2.4.4	Familie	41
2.4.5	VIGS	41
2.5	SAMEVATTING	42

HOOFSTUK 3

KLINIESE BESKRYWING EN VOORKOMS VAN MIV/VIGS

3.1	INLEIDING	44
3.2	BEGRIPSOMSKRYWING VAN MIV/VIGS	44
3.3	KLINIESE GEGEWENS VAN MIV/VIGS	47
3.3.1	Oorsprong van MIV/VIGS	47
3.3.2	Redes waarom die menslike immunitietstelsel nie effektief teen MIV kan werk nie	50

3.3.3	Tekens en simptome van VIGS	50
3.4	DIE VOORKOMS VAN MIV/VIGS	51
3.4.1	Wêreldwyd	51
3.4.2	Sub-Saharastreek	55
3.4.3	Suid-Afrika	57
3.4.4	Wes-Kaap	62
3.4.5	George	66
3.5	VIGS-STATISTIEK IN PERSPEKTIEF	67
3.5.1	Die bron of oorsprong van die statistiek	68
3.5.2	Die metode wat gebruik is om die statistiek te bekom	68
3.5.3	Wanneer die statistiek gepubliseer is, en vir watter tydperk dit bereken is	69
3.6	OORSAKE EN VERSPREIDING VAN MIV/VIGS	69
3.7	DIE FASES (STADIA) VAN MIV/VIGS	71
3.7.1	Fase 1: Primêre infeksie periode	72
3.7.2	Fase 2: Asimptomatiese latente fase	72
3.7.3	Fase 3: Geringe simptomatiese fase	73
3.7.4	Fase 4: Intense simptomatiese fase	73
3.7.5	Fase 5: Volskaalse VIGS	73
3.8	SAMEVATTING	74

HOOFSTUK 4

DIE EKOLOGIESE PERSPEKTIEF AS TEORETIESE RAAMWERK VAN DIE NAVORSING

4.1	INLEIDING	75
4.2	OMSKRYWING VAN “OMGEWING”	75
4.3	OMSKRYWING VAN DIE EKOLOGIESE PERSPEKTIEF	77
4.3.1	Die mikrosisteem	86
4.3.2	Die mesosisteem	87
4.3.3	Die ekosisteem	87
4.3.4	Die makrosisteem	88

4.4	DIE TOEPASSING / BENUTTING VAN DIE EKOLOGIESE PERSPEKTIEF IN DIE PRAKTYK	90
4.4.1	Die rol van die maatskaplike werker in die benutting van die ekologiese perspektief	90
4.4.1.1	Instaatsteller	90
4.4.1.2	Bemiddelaar	90
4.4.1.3	Advokaat	91
4.4.1.4	Beplanner	92
4.4.1.5	Adviseur	92
4.4.1.6	Opvoeder	93
4.5	SAMEVATTING	98

HOOFSTUK 5 DIE VOORKOMING VAN MIV/VIGS

5.1	INLEIDING	99
5.2	DIE GESKIEDENIS VAN VIGS-VOORKOMING	100
5.3	ROLSPELERS IN DIE VOORKOMING VAN MIV/VIGS	101
5.3.1	Mikrovlak: die gesin	101
5.3.2	Mesovlak: die skool	103
5.3.3	Ekovlak: kerke	106
5.3.4	Ekovlak: gemeenskappe	109
5.3.4.1	Bemiddelaar	111
5.3.4.2	Advokaat	111
5.3.4.3	Organiseerder	112
5.3.5	Ekovlak: die werkplek	112
5.3.5.1	Die Suid-Afrikaanse Gesondheidswetgewing	115
5.3.5.2	Arbeidswetgewing	115
5.3.6	Makrovlak: die staat	116
5.3.6.1	Voorkoming van moeder-na-kind oordrag	116
5.3.6.2	Vrywillige berading en toetsing	116
5.3.6.3	Bevordering van MIV-voorkoming	117
5.3.6.4	Beleidsmaking	118
5.4	SAMEVATTING	128

HOOFSTUK 6

DIE IMPAK VAN MIV/VIGS OP DIE SAMELEWING EN DIE BEHANDELING VAN MIV/VIGS

6.1	INLEIDING	131
6.2	DIE IMPAK VAN VIGS	131
6.2.1	Die impak van MIV/VIGS op die gesinsisteam (mikrovlak)	132
6.2.2	Die impak van MIV/VIGS op die onderwys (meso- en ekovlakke ..	135
6.2.3	Die impak van VIGS op die werkplek/arbeidsektor (die ekovlak) ...	138
6.2.4	Die impak van MIV/VIGS op die ekonomie (ekovlak)	141
6.2.5	Die impak op die gesondheidssektor (makrovlak)	143
6.3	DIE BEHANDELING VAN MIV/VIGS	145
6.3.1	Bewusmaking en voorkoming	145
6.3.2	Vroeë ingryping	146
6.3.3	Statutêre sorg	146
6.3.4	Herintegrasië	147
6.4	SAMEVATTING	152

HOOFSTUK 7

‘N TEORETIESE VOORSKOU OOR DIE ERVARINGS VAN FAMILIELEDE AS PRIMÊRE VIGS-VERSORGERS

7.1	INLEIDING	154
7.2	FAMILIELEDE AS PRIMÊRE VIGS-VERSORGERS	155
7.2.1	Primêre versorger	155
7.2.2	Versorging	155
7.2.3	Omskrywing van familieledes as primêre VIGS-versorgers	156
7.2.4	Eienskappe van familieledes as primêre VIGS-versorgers	160
7.2.5	Bereidwilligheid van familieledes as primêre VIGS-versorgers	161
7.2.6	Hulpbronne tot die beskikking van familieledes as primêre VIGS- versorgers	165
7.2.7	Probleme waarmee die familieledes as primêre VIGS-versorgers te kampe kan kry	166
7.2.8	Moontlike behoeftes van familieledes as primêre VIGS-versorgers ..	172

7.3	FAMILIELEDE SE ERVARINGS AS PRIMÊRE VIGS-VERSORGERS	174
7.3.1	Familielede as primêre VIGS-versorgers se positiewe ervarings	175
7.3.1.1	Persoonlike groei	176
7.3.1.2	Begrip vir ander.....	177
7.3.1.3	Raak meer op hulle gemak.....	177
7.3.1.4	Positiewe persoonlikheidsverandering	178
7.3.1.5	Versterking van 'n bestaande verhouding	178
7.3.1.6	Die begin van 'n nuwe verhouding	179
7.3.1.7	Verkryging van perspektief	179
7.3.1.8	Toename in kennis van MIV/VIGS	180
7.3.1.9	Gevoel van tevredenheid en sukses	180
7.3.2	Negatiewe ervarings van familielede as primêre VIGS-versorgers ..	181
7.3.2.1	Vlak van versorging	181
7.3.2.2	Verlies/of verandering van hulle verhouding met die VIGS-lyer	182
7.3.2.3	Implikasies van VIGS-versorging vir die versorger	182
7.3.2.4	Emosionele ervarings	185
7.3.2.5	Diskriminasie in die gesondheidsorgsektor	186
7.3.2.6	Diskriminasie van familielede	186
7.3.2.7	Hulpeloosheid, frustrasie en ongeduld	187
7.3.2.8	Futiliteit	187
7.3.2.9	Geheimhouding/Bekendmaking van MIV-status	188
7.3.2.10	Verandering in familie se funksionering	189
7.4	SAMEVATTING	190

HOOFSTUK 8

FAMILIELEDE AS PRIMÊRE VIGS-VERSORGERS SE BELEWENISSE EN SOSIO-EMOSIONELE BEHOEFTE: NAVORSINGSBEVINDINGE

8.1	INLEIDING	192
8.2	METODE VAN DATA-INSAMELING EN DATA-ONTLEDING	192
8.3	TEMA 1: KENNIS VAN DIE SIEKTETOESTAND	201
8.3.1	Subtema: Versorger se kennis	201
8.4	TEMA 2: VERSORGING VAN DIE VIGS-LYER	202
8.4.1	Subtema: Fisiese versorging	203
8.4.1.1	Bad/was/skoonmaak van pasiënt	203
8.4.1.2	Mediese versorging	203

8.4.1.3	Vorbereiding van kos	204
8.4.1.4	Help eet/voer	205
8.4.1.5	Finansies / Toelaag	205
8.4.2	Subtema: Probleme met versorging	206
8.4.2.1	Bad/was/skoonmaak van pasiënt	206
8.4.2.2	Moegheid	207
8.4.2.3	Finansies / gebrek aan voorraad	207
8.5	TEMA 3: RISIKO GEDRAG	208
8.5.1	Subtema: Risiko-gedrag van versorger	208
8.5.1.1	Werk sonder handskoene	208
8.5.2	Subtema: Risiko-gedrag van pasiënt	209
8.6	TEMA 4: ANDER MENSE SE REAKSIE OP DIE VERSORGING VAN DIE FAMILIELID MET VIGS	209
8.6.1	Subtema: Reaksie van familie	209
8.6.1.1	Positiewe reaksie van familielede	210
8.6.1.2	Negatiewe reaksie van familielede	210
8.6.2	Subtema: Reaksie van werkgewer / kollegas van VIGS-versorger	212
8.6.2.1	Positiewe reaksie	212
8.7	TEMA 5: VERSORGER SE GEVOELENS EN REAKSIES OP DIE VERSORGING VAN DIE FAMILIELID MET VIGS	212
8.7.1	Subtema: Gevoelens en reaksie op bekendmaking van pasiënt se status	213
8.7.1.1	Persoonlike gevoelens	213
8.7.1.2	Gevoelens en reaksie teenoor pasiënt	216
8.7.2	Subtema: Gevoelens en reaksies oor versorging van pasiënt	217
8.7.2.1	Persoonlike gevoelens en reaksies	217
8.7.2.2	Gevoelens en reaksies teenoor pasiënt	220
8.7.2.3	Gevoelens teenoor ander	222
8.8	TEMA 6: ONDERSTEUNING WAT ONTVANG IS MET DIE VERSORGING	222
8.8.1	Subtema: Versorgers se ondersteuningsbronne en aard van ondersteuning	223
8.8.1.1	Ondersteuning deur familie	224
8.8.1.2	Ondersteuning deur professionele personeel	225
8.8.1.3	Ondersteuning deur werkgewer en kollegas	226

8.8.1.4	Ondersteuning deur die Here	226
8.8.2	Subtema: Pasiënt se ondersteuningsbronne	227
8.8.2.1	Professionele persone	227
8.8.2.2	Familie	228
8.8.2.3	Vreemdelinge	228
8.8.3	Subtema: Ervaring van ondersteuning ontvang	229
8.8.3.1	Positiewe ervaring	229
8.9	TEMA 7: EFFEK VAN PASIËNT SE VERSORGING OP VERHOUDING TUSSEN VERSORGER EN PASIËNT	231
8.9.1	Subtema: Geen verskil	231
8.9.2	Subtema: Positiewe effek	231
8.9.3	Subtema: Negatiewe effek	232
8.10	TEMA 8: VERANDERING VAN VERSORGER SE LEWE AS GEVOLG VAN DIE VERSORGING VAN DIE VIGS-LYER	232
8.10.1	Subtema: Geen verskil	232
8.10.2	Subtema: Positiewe verandering	233
8.10.3	Subtema: Negatiewe verandering	233
8.10.3.1	Finansiële verlies	234
8.10.3.2	Maatskaplike verandering	234
8.11	TEMA 9: BELEWENISSE TEN OPSIGTE VAN DIE STERWENS- PROSES	235
8.11.1	Subtema: Gevoelens na afsterwe van pasiënt	235
8.11.1.1	Positiewe gevoelens	236
8.11.1.2	Negatiewe gevoelens	236
8.12	TEMA 10: BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN DIE VERSORGING VAN 'N FAMILIELID MET VIGS	237
8.12.1	Subtema: Behoeftes van die versorger	237
8.12.1.1	Konkrete behoeftes	237
8.12.1.2	Emosionele behoeftes	241
8.12.2	Subtema: Behoeftes van pasiënt	243
8.12.2.1	Konkrete behoeftes	243
8.12.2.2	Emosionele behoeftes	244

8.13	TEMA 11: DIENSTE WAT BENODIG WORD	244
8.13.1	Subtema: Dienste aan die familieledede as primêre VIGS-versorger	244
8.13.1.1	Plaasvervanger	245
8.13.1.2	Respyt	246
8.13.1.3	Voedsel/klere.....	246
8.13.1.4	Hulp met versorging	247
8.13.1.5	Berading	248
8.13.1.6	Vervoer	250
8.14	TEMA 12: RAAD DEUR DEELNEMERS AAN ANDER FAMILIELEDE AS PRIMÊRE VIGS-VERSORGERS	250
8.14.1	Subtema: Raad oor hoe om die versorging te hanteer	251
8.14.1.1	Kry hulp by professionele persone	251
8.14.1.2	Vra die Here om hulle te help	251
8.14.1.3	Moenie moedeloos raak nie	252
8.14.1.4	Hulle moet geduldig wees	253
8.14.1.5	Beweeg soms weg van die probleem	253
8.14.1.6	Bly by pasiënt tot die einde	253
8.14.1.7	Geleidelike losmaking van die pasiënt	254
8.14.1.8	Raad ten opsigte van die versorging self	254
8.15	GEVOLGTREKKING	255

HOOFSTUK 9

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

9.1	INLEIDING	257
9.2	GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS	257
9.2.1	Die kwalitatiewe navorsingsparadigma	257
9.2.2	Die fenomenologiese, verkennende, beskrywende en kontekstuele navorsingsontwerp as strategie van ondersoek	258
9.2.3	Semi-gestruktureerde onderhoude	259
9.2.4	Die onderhoudsriglyn	259
9.2.5	Die opneem van die onderhoude op band	260
9.2.6	Die familieledede as primêre VIGS-versorgers as deelnemers	260
9.2.7	Data-analise	261
9.2.8	Guba se model van vertrouenswaardigheid	262

9.3	NAVORSINGSBEVINDINGE	262
9.3.1	Samevatting	262
9.3.2	Gevolgtrekkings en aanbevelings	263
9.3.3	Doelstelling en doelwitte van die navorsing	265
9.3.3.1	Doelstelling	265
9.3.3.2	Doelwitte	265
9.4	GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS RAKENDE VERDERE NAVORSING	267
9.5	SAMEVATTING VAN DIE HOOFSTUK	268
	BRONNELYS	270
BYLAE 1:	Brief aan pasiënte	304
BYLAE 2:	Toestemmingsbrief deur pasiënte	307
BYLAE 3:	Brief aan deelnemers	308
BYLAE 4:	Toestemmingsbrief deur deelnemers	311
BYLAE 5:	Bevestiging van deelnemers aan die navorsing	312
BYLAE 6:	Brief in koerant	313
BYLAE 7:	Onderhoudsriglyn	314

LYS VAN TABELLE

Tabel 2.1	Die kwalitatiewe navorsingsproses	13
Tabel 2.2	Eienskappe/karaktertrekke eie aan die kwalitatiewe navorsbenadering	17
Tabel 3.1	Die globale VIGS-epidemie aan die einde van 2013	52
Tabel 3.2	Wêreldwye VIGS-statistiek tussen 2001 en 2013	53
Tabel 3.3	Mense met MIV/VIGS in elke wêreldstreek aan die einde van 2013 59	54
Tabel 3.4	MIV/VIGS in die verskillende lande in die Sub-Sahara Afrika streek vir 2013	56
Tabel 3.5	Vergelyking van nuwe VIGS-infeksies en sterftes in die Sub- Sahara Afrika streek tussen 2005 en 2013	57
Tabel 3.6	Die geraamde voorkoms van MIV (%) by voorgeboorte klinieke per provinsie 2005-2011	59
Tabel 3.7	Geraamde voorkoms van MIV (%) onder voorgeboorte klinieke volgens ouderdom – 2006-2011	59
Tabel 3.8	Voorkoms van MIV in Suid-Afrika volgens geslag, ouderdom en ras vir 2012	60
Tabel 3.9	MIV voorkoms (%) en aantal nuwe infeksies volgens ouderdom en geslag in Suid-Afrika 2012	61
Tabel 3.10	MIV-geraamde voorkoms en die aantal persone wat leef met MIV in Suid-Afrika 2002-2013	62
Tabel 3.11	Die geraamde voorkoms van MIV in die Wes-Kaap in vergelyking met die totale bevolking in die Wes-Kaap volgens ouderdom en geslag	63
Tabel 3.12	Siektes as gevolg van VIGS in die Wes-Kaap en sterftes volgens geslag, en volwassenes en kinders	66
Tabel 3.13	Voorkoms van MIV/VIGS in die George-area – 2003-2005	67
Tabel 3.14	Die fases van MIV/VIGS	71
Tabel 4.1	Vergelyking tussen die verskillende outeurs se siening van die ekologiese perspektief	80
Tabel 8.1	Demografiese profiel van die deelnemers aan die navorsing	194
Tabel 8.2	Demografiese profiel van die VIGS-lyers en hulle verwantskap tot hulle versorgers	194
Tabel 8.3	Oorsig van temas, subtemas, kategorieë en subkategorieë	197
Tabel 9.1	Gevolgtrekkings en aanbevelings	263

LYS VAN FIGURE

Figuur 3.1	Die voorkoms van die MI-virus	47
Figuur 3.2	Die voorkoms van 'n T-sel wat deur die MI-virus geïnfekteer is	49
Figuur 4.1	Maslow se hiërargie van behoeftes	83
Figuur 4.2	Interafhanklikheid tussen sisteme	85
Figuur 4.3	Skematiese voorstelling van die ekologies sisteme	89
Figuur 5.1	Die rol van die gesin, en veral die ouer, in die voorkoming van MIV/VIGS	102
Figuur 5.2	Voorgestelde MIV/VIGS-voorkomingsplan in die werkplek	113
Figuur 5.3	Voorbeelde van VIGS-voorkoming in die werkplek	114
Figuur 5.4	Geïntegreerde diensleweringmodel vir verbeterde maatskaplike dienste	120

HOOFSTUK 1

ALGEMENE INLEIDING EN ORIËNTERING

1.1 TITEL VAN NAVORSING

Die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers: 'n ekologiese perspektief.

1.2 MOTIVERING VIR STUDIE

Weinig inligting bestaan oor die belewenisse en behoeftes van familieledede as VIGS-versorgers. Literatuur dek verskeie ander aspekte rakende VIGS soos die voorkoms van MIV/VIGS, die oorsake, VIGS en die huishouding, tuisversorging, VIGS en die familie, die familie as bron van ondersteuning (vgl. Kaiser, 2002; Pequegnat & Szapocznik, 2000; Bor & Elford, 1998; Brown & Powell-Cope, 1994, en Bunting, 2001), maar nie spesifiek die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van die familieledede as VIGS-versorgers nie. Slegs een bron oor die belewenisse van jonger dogters en ouer vrouens as VIGS-versorgers kon opgespoor word (vgl. Lindsey, Hirschfeld, Tlou & Ncube, 2003), en 'n ander bron oor die gesin as faset van tuisgebaseerde sorg vir die verswakte MIV/VIGS-pasiënt (vgl. Steyn, Koen & Williams, 2006). Die navorser se ervaring dat navorsing rakende die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as VIGS-versorgers 'n relatief nuwe veld is, word deur verskeie ander navorsers bevestig (vgl. Kelly & Sykes, 2001:239; Rowe, Plum & Crossman, 1988:72; Lesar & Maldonado, 1997:272). Bestaande navorsing fokus op 'n analise van die individuele ondersteuningsbehoefte van die VIGS-lyer self, sonder 'n bevredigende begrip vir die maatskaplike omstandighede waarin hy/sy leef (vgl. Kaiser, 2002; Pequegnat & Szapocznik, 2000; Bor & Elford, 1998; Brown & Powell-Cope, 1994). Aansluitend hierby het Mc Cubbin, Thompson, Thompson en Futrell, (1999:135) bevind dat oorspronklike families, huidige families, ander mense van betekenis, asook vriende en gemeenskappe potensiële bronne van ondersteuning vir die VIGS-lyer is, maar dat literatuur oor hierdie potensiële bronne, waarvan die familie een is, beperk is. In 'n artikel oor VIGS en die gesin (SALUS, 1991:16) word die belangrikheid van die gesin/familie vir die VIGS-lyer beklemtoon, maar die klem val weereens op die *VIGS-lyer*, en nie die *familie* nie.

Statistieke rondom die styging van MIV/VIGS wêreldwyd is kommerwekkend, veral omdat hierdie pasiënte afhanklik is van versorging deur familieledede. In Chicago (een van die top tien stede met die hoogste aantal MIV/VIGS gevalle) het in Junie 2001 ongeveer 22,000 persone met MIV/VIGS geleef (vgl. Roldàn, 2002:377). Volgens die UNAIDS report on the global AIDS epidemic (2010:2) was daar aan die einde van 2009 ongeveer 5,600,000 persone in Suid-Afrika wat geïnfekteer was, waarvan 17,8% tussen die ouderdom 15-49 jaar. Hierdie statistieke word in 'n vooruitskouing deur Steinberg, Johnson, Schierhout en Ndegwa (2002:7) voorspel. Volgens die **AIDS and Demographic model of the Actuarial Society of South Africa (ASSA)** (2007), het die MIV/VIGS-infeksies, sowel as die lyers aan, en die sterftes as gevolg van MIV/VIGS in die Wes-Kaap alleen tussen 2002 en 2005 vier keer vinniger as die bevolkingsaanwas gestyg.

Cates, Graham, Boeglin en Tielker (1990:195-196) wys daarop dat VIGS-lyers terugkeer na hulle families van oorsprong vir ondersteuning. Die outeurs, sowel as Zlotnik (1987:2) postuleer ook dat die reaksie van die verskillende familieledede van 'n VIGS-lyer verskil.

Tolliver (2001:146) dui op 'n groeiende bewustheid dat die versorging van VIGS-lyers 'n tol kan eis van die primêre versorger van 'n VIGS-lyer. Sy postuleer ook dat dit moeiliker vir die VIGS-versorger is om in die emosionele behoeftes en welsyn van die VIGS-lyer te voorsien as die fisiese versorging. Brown en Powell-Cope (1994:37) benadruk verder dat afhanklikheid spanning tussen die versorger en die VIGS-lyer kan veroorsaak wanneer hulle saam probeer om die siekte te beheer.

Ten einde effektiewe dienslewering daar te stel vir familieledede as primêre VIGS-versorgers, was dit nodig dat navorsing gedoen word oor die belewenisse en behoeftes van familieledede as VIGS-versorgers, sodat die behoeftes van hierdie familieledede suksesvol aangespreek kan word.

1.3 PROBLEEMSTELLING EN FOKUS

Om effektief met 'n familielid met VIGS saam te leef, is 'n ervaring wat baie min families positief ervaar. Familieledede het 'n behoefte om leiding te ontvang oor die hantering van 'n VIGS-lyer. Makgabo (2001:2-3) bevestig dat die familieledede van VIGS-lyers nie ondersteun word in hulle hantering van die ervaring en uitdagings wat VIGS aan die familie besorg nie, nog minder word hulle opgelei om die impak van die siekte op die familie te hanteer. Daar

word gehoop dat hierdie navorsingstudie hierdie probleem sal aanspreek, aangesien daar gefokus is op die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers, en dienste wat deur hierdie familieledede benodig word.

1.4 TEORETIESE UITGANGSPUNTE, NAVORSINGSVRAE EN DOELWITTE

1.4.1 Teoretiese uitgangspunte

Die navorsing het op familieledede as VIGS-versorgers gefokus. Dit is vanuit die ekologiese perspektief gedoen. Volgens die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:13) beklemtoon ‘n ekologiese perspektief in die Maatskaplike Werk die onderlinge verbondenheid tussen mense en hulle omgewing (vgl. ook Rothman & Germain, 1994:42; Marais, 1993:2-1; Rappaport & Seidman, 2000:133; Germain, 1973:326; Germain, 1977:68). Die navorsing het dus gefokus op die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers, asook op hulle verbondenheid met hulle interne sowel as hulle eksterne omgewing, ten einde aanbevelings te maak vir ‘n ondersteuningsprogram.

Dit is ook nodig om aan te toon wie beskou sal word as ‘n familielid. Vir die doel van hierdie navorsing is Pequegnat en Szapocznik (2000:28-29) se siening gehuldig dat ‘n familie in die geval van VIGS-lyers uniek is, en in baie gevalle gekenmerk word deur geen biologiese verwantskappe nie.

Zlotnik (1987:2) huldig ook hierdie standpunt dat dit noodsaaklik is om die beskrywing van ‘n familie vir die doel van VIGS-lyers te verbreed, en dat die behoeftes van die tradisionele gesin/familie, bestaande uit ouers, kinders, ‘n eggenoot, tantes, ooms en afhanklikes aandag moet kry. Hierdie uitgangspunt is gebruik vir families wat by die navorsing betrek is, dog klem is gelê op die primêre versorgers van VIGS-lyers.

1.4.2 Navorsingsvraag

Die oorkoepelende vraag is: *“Wat is die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers?”*

1.4.3 Doelstelling en doelwitte

Doelstelling: *Om die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers te verken en te beskryf vanuit 'n ekologiese perspektief, sodat dit as basis kan dien om 'n ondersteuningsprogram saam te stel.* Ten einde hierdie doelstelling te bereik, is antwoorde gesoek op die volgende vrae:

- Wat is die emosionele belewenisse van familieledede as VIGS-versorgers?
- Watter behoeftes ervaar hierdie familieledede?

Doelwitte:

- Om familieledede as VIGS-versorgers se belewenisse en sosio-emosionele behoeftes te verken, te beskryf en krities te ontleed vanuit 'n ekologiese perspektief.
- Om die behoefte aan ondersteuning van beide die familielid as versorger en die VIGS-lyer te bepaal en te ondersoek in hoe 'n mate daarin voorsien kan word.
- Om te bepaal of die siekte die onderlinge verhouding tussen die versorgers en die VIGS-lyers, asook die aard van die versorging, beïnvloed.
- Om te bepaal of die familieledede as versorgers enige advies aan ander families met dieselfde probleem kan lewer.
- Om op grond van die bevindinge en gevolgtrekkings, aanbevelings te maak vir 'n ondersteuningsprogram aan die familieledede as VIGS-versorgers.

1.5 NAVORSINGSONTWERP EN METODEDES

As gevolg van 'n gebrek aan literatuur en empiriese navorsing oor hierdie onderwerp, is in hierdie studie 'n *kwalitatiewe navorsingsbenadering* gevolg ten einde die belewenisse en behoeftes van familieledede as VIGS-versorgers te verken en te beskryf. Creswell (2014) meld dat kwalitatiewe navorsing geskik is wanneer die navorsingsprobleem verken moet word, aangesien daar weinig inligting oor die onderwerp bestaan.

Binne die kwalitatiewe navorsingsbenadering is 'n verkennende en beskrywende navorsingsontwerp gekombineerd benut. Volgens Fouché en De Vos (in De Vos, Strydom, Fouché & Delpont, 2011:95) is die verkennende navorsings-ontwerp daarop gemik om insig in 'n sekere situasie, individu of gemeenskap te verkry, en die behoefte aan sodanige navorsing kan ontstaan as gevolg van 'n gebrek aan basiese inligting oor 'n nuwe

belangstellingsveld. In hierdie geval is dit daarop gemik om insig te verkry in die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers waarvoor daar gebrekkige inligting bestaan.

Oor die beskrywende navorsingsontwerp berig dieselfde outeurs (2011:96) dat dit 'n beeld van die spesifieke omstandighede van 'n situasie weergee, en dat dit fokus op die "hoe" en "waarom" vrae. Daarom begin die navorser met 'n goed gedefinieerde onderwerp en doen dan navorsing om dit akkuraat te beskryf. In die geval van kwalitatiewe navorsing is die beskrywende navorsingsontwerp verkieslik wanneer verwys word na 'n meer intensiewe studie van 'n onderwerp en sy dieper betekenis (soos die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers) wat aanleiding gee tot 'n digter beskrywing (Rubin & Babbie, 2005:125 soos aangehaal deur De Vos, et al., 2011:96).

Die doelbewuste steekproeftrekkingsmetode is gebruik (Strydom & Delpont in De Vos, Strydom, Fouché & Delpont, 2002:333; en in De Vos, et al., 2011:392). Die doelbewuste steekproeftrekkingsmetode is uitsluitlik gebaseer op die navorser se oordeel, en dat die steekproef daaruit bestaan dat dit die karaktertrekke bevat wat die doel van die studie die beste bedien, en wat verteenwoordigend is vanuit die populasie (vgl. Grinnell & Unrau, 2008:153; Monette, Sullivan & DeJong, 2005:148). Om hierdie rede was die kriteria vir insluiting slegs familieledede as VIGS-versorgers wat die navorsingsvraag ten beste kon beantwoord. Die populasie vir die studie is tot die George-gemeenskap afgebaken, en is pogings aangewend om uit al die rassegroepe deelnemers te bekom aangesien Bethesda George se dienste aan VIGS-lyers hoofsaaklik in hierdie area gesetel is. Die steekproef is uit die pasiënte van Bethesda se Hospice en Tuisversorgingsdienste verkry. Maatskaplike werk dienste word deur die navorser aan hierdie pasiënte en hulle versorgers gelewer. Deelnemers is by die navorsing betrek, hetsy dit 'n kind, ouer, grootouer, broer, suster, huweliksmaat of betekenisvolle ander persoon is. Die navorser het nie familieledede uitgeskakel op grond van geslag, kultuur of ouderdom nie. Dit het afgehang van die beskikbaarheid van deelnemers.

Die VIGS-lyers en hulle versorgers wat as deelnemers volgens hierdie doelgerigte steekproeftrekkingsmetode gewerf is en hulleself bereid verklaar het om aan die navorsing deel te neem, is vooraf deur die navorser ingelig oor die navorsingsprojek, en vir die proses van data-insameling voorberei.

Hierdie persoonlike kontak is opgevolg met 'n brief aan beide die VIGS-lyer en deelnemer (kyk Bylaes 1 en 3). Indien die VIGS-lyers en deelnemers daarna nog steeds bereid sou wees om deel te neem aan die navorsing, is hulle versoek om 'n ingeligte toestemmingsbrief te onderteken (kyk Bylae 2 en 4). Daarna het die navorser met elke deelnemer 'n afspraak gemaak vir die voer van die navorsingsonderhoud. Meer as een onderhoud kon dalk nodig wees. Die beradingsdienste van die organisasie was ook na die tyd tot beskikking van die VIGS-lyer en versorger indien dit nodig sou wees, en hulle is dienooreenkomstig ingelig.

In-diepte (Schurink, 1998:299) semi-gestruktureerde (Babbie, 1998:264) onderhoude met behulp van 'n onderhoudsriglyn is vir die doel van data-insameling gebruik, aangesien die navorser inligting wou insamel en hoop om elke persoon se ervaring beter te verstaan (vgl. Tutty, Rothery & Grinnell, 1996:56; Kvale, 1996:1).

Daar is eers 'n loodsonderhoud gevoer, op band geneem, getranskribeer, en na die promotor vir evaluering gestuur. Hierna is die onderhoude met die deelnemers gevoer. Die onderhoude met die verskillende deelnemers aan die navorsing het op verskillende tye en plekke plaasgevind, en het plaasgevind vanaf Mei 2010 tot April 2014.

Tesch (in Creswell, 1994:154-155) het agt stappe vir kwalitatief-gegenereerde data-analise geïdentifiseer. In hierdie navorsing het die navorser dit gebruik as metode van data-analise.

1.6 BEPERKINGE VAN DIE STUDIE

Enkele beperkinge van die studie het na vore gekom wat vervolgens genoem sal word:

- Daar is 'n gebrek aan empiries gefundeerde literatuur wat poog om vanuit 'n kwalitatiewe perspektief te verwoord wat die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van versorgers van 'n familielid met VIGS is, en dit het dit moeilik gemaak om teoretiese inligting te bekom oor die spesifieke onderwerp.
- Die navorsing is gefokus op 'n klein gedeelte van die gemeenskap, naamlik slegs persone in die George-area, wat die moontlikheid kan laat ontstaan dat die ervaringe en sosio-emosionele behoeftes uit ander gemeenskappe kan verskil van die onderhawige navorsingsbevindinge.
- Tyd het 'n groot beperking geplaas op die studie, aangesien die navorser 'n pos beklee met baie verantwoordelikhede.

- Besikbaarheid van nuwe bande om die onderhoude op te neem was 'n probleem, aangesien dit later nie meer in die mark bekom kon word nie, en onderhoude oor vorige onderhoude opgeneem moes word. Dit het veroorsaak dat van die bande met die transkribering van die onderhoude opmekaar getrek het, en dit nie ten volle getranskribeer kon word nie. Hierdie onderhoude kon toe nie gebruik word nie, en nuwe onderhoude moes toe weer opgeneem word.
- Van die deelnemers aan die navorsing was aan die begin van die onderhoud baie gespanne ten spyte van die feit dat die navorser gepoog het om hulle eers op hulle gemak te stel. Dit het veroorsaak dat die onderhoud aanvanklik nie so vlot verloop het nie, en eers later, nadat die deelnemer meer ontspanne begin raak het, beter verloop het. Dit het daartoe gelei dat daar soms weer na sommige van die vrae teruggekeer moes word.

1.7 INDELING VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG

Die verslag bestaan uit die volgende hoofstukke:

Hoofstuk 1:

Hierdie hoofstuk voorsien 'n algemene inleiding tot die navorsingsverslag. Verder word die probleemstelling en fokus waaroor die navorsing gaan, voorsien. Aandag word gegee aan die teoretiese uitgangspunte, navorsingsvrae en die doelstelling en doelwitte. Die navorsingsontwerp en metodes word bespreek, asook die impak wat die navorsingsresultate kan hê. 'n Uiteensetting van die indeling van die navorsingsverslag word ook voorsien.

Hoofstuk 2:

In hierdie hoofstuk word 'n volledige uiteensetting gegee van die navorsingsmetodologie soos dit in die studie toegepas is.

Hoofstuk 3:

'n Kritiese beskrywing en voorkoms van MIV/VIGS word in hierdie hoofstuk weergegee.

Hoofstuk 4:

Hierdie hoofstuk handel oor die ekologiese perspektief as teoretiese raamwerk van die navorsing.

Hoofstuk 5:

In hierdie hoofstuk word die voorkoming van MIV/VIGS aangespreek.

Hoofstuk 6:

Die impak van MIV/VIGS op die samelewing, en die behandeling van MIV/VIGS geniet aandag in hierdie hoofstuk

Hoofstuk 7:

In hierdie hoofstuk word aandag gegee aan 'n teoretiese voorskou van familieledede as primêre VIGS-versorgers.

Hoofstuk 8:

Die navorsingsbevindinge rakende familieledede as primêre VIGS-versorgers word in hierdie hoofstuk bespreek en aan 'n literatuurkontrolle onderwerp.

Hoofstuk 9:

Die gevolgtrekkings waartoe daar gekom is, 'n samevatting, asook aanbevelings maak deel uit van hierdie hoofstuk. Die beperkinge van die navorsing word ook in hierdie hoofstuk aangeraak.

HOOFSTUK 2

NAVORSINGSMETODOLOGIE

2.1 INLEIDING

In die vorige hoofstuk word aangedui dat die kwalitatiewe navorsingsbenadering in hierdie studie benut is. Dit is egter nodig dat eers gekyk sal word na wat is kwalitatiewe navorsing. Schurink (1998:240) wys daarop dat kwalitatiewe navorsing dui op 'n multi-perspektiewe benadering aangesien dit gebruik maak van verskillende kwalitatiewe tegnieke en data-insamelingsmetodes. Denzin en Lincoln (1994:12) verwys na kwalitatiewe navorsing as 'n proses waardeur ons in iemand anders se skoene probeer instap en die wêreld deur hulle oë verstaan soos hulle dit beleef, sonder om emosioneel betrokke te raak. In hierdie hoofstuk word beskryf hoe die kwalitatiewe navorsingsmetodologie in die studie toegepas is ten einde die doelstelling, naamlik die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledes as primêre VIGS-versorgers vanuit 'n ekologiese perspektief te laat realiseer.

Volgens Herbert (1992:1) verwys die begrip "navorsing" na 'n metodologiese ondersoek wat onderneem word spesifiek vir die doel om navorsingsprobleme op te los wat sal bydra tot die uitbreiding van die kennisbasis oor die nagevorste onderwerp deur die ontdekking van nuwe feite en insigte. Herbert (1992:1) wys ook daarop dat navorsing 'n tweërlei funksie het, naamlik om nuwe kennis in te win, en bestaande kennis te interpreteer. Vervolgens word ter agtergrond aandag gegee aan die teoretiese grondslag van die kwalitatiewe navorsingsmetodologie en -benadering.

2.2 TEORETIESE GRONDSLAG VAN DIE KWALITATIEWE NAVORSINGSMETODOLOGIE EN -BENADERING

Volgens Fouché en Delport (2005:71) verwys die begrip navorsingsmetodologie na die proses of wyse waarvolgens daar te werk gegaan word om die navorsingsprobleem te ondersoek. Die navorsingsmetode wat gebruik word, word hoofsaaklik bepaal deur die aard van die verskynsel wat ondersoek word (Landman, 1988:20).

Mouton (1996:35-36) konstateer dat die begrip “metodologie” verwys na die “kennis van hoe om iets te doen, of na die totale stel van waardes wat deur navorsers gebruik word met die doel om waardevolle inligting/kennis te bekom.” Dié outeur brei uit en postuleer dat daar van verskillende begrippe gebruik gemaak word om na die “totale stel waardes” te verwys, soos byvoorbeeld: navorsingsbenaderings, metodes, -tegnieke, -prosedures en -instrumente (Mouton, 1996:35-36). Die begrip navorsingsmetodologie is in wese gemoeid met die beskrywing van navorsingsmetodes en -tegnieke (Mouton, 1996:35-36). De Vos (1998:37) stem saam met Mouton (1996:35-36) se omskrywing van die begrip “metodologie” en werp verder lig hierop deur dié konsep te omskryf as die wyse waarop daar te werk gegaan word om ‘n probleem op te los en dui op die navorsingsproses.

Die navorsingsproses is spesifiek gemoeid met die soeke na ‘n antwoord op die volgende vraag: Hoe moet ‘n navorsingsprojek beplan, gestruktureer en uitgevoer word ten einde te voldoen aan die eise van wetenskaplikheid, en watter voorveronderstellings speel in hierdie proses ‘n rol? (Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing Ondersoek na Navorsingsmetodologie, 1989:3).

De Vos, et al. (2011:63) wys daarop dat daar veral twee navorsingsmetodologiese benaderings/paradigmas bestaan wat goed bekend is, naamlik die kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsingsbenaderings. Hierdie benaderings voorsien nie net uitsluitlik ‘n oorsig van navorsingsmetodes en tegnieke eie aan elke paradigma nie, maar sluit ook sekere aannames en waardes in wat die gebruik daarvan onder spesifieke omstandighede aandui en rig (Mouton, 1996:36-37). Die gebruik van óf die kwantitatiewe óf die kwalitatiewe benadering by ‘n navorsingstudie word bepaal deur die spesifieke navorsingsprobleem wat ondersoek gaan word (Mouton, 1996:40).

Wanneer die kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsingsbenaderings van nader beskou word, wys Reid en Smith (1981:87) daarop dat ‘n kwantitatiewe navorsings-benadering tot ‘n groot mate vir die uitbreiding van kennis in die natuurwetenskappe ingespan word waar die rol van die navorser dié van objektiewe waarnemer is. Die kwalitatiewe benadering hierteenoor is volgens Reid en Smith (1981:88-89) ontleen aan die menslike leefwêreld. Die navorser wat vanuit dié benadering ‘n navorsingsprobleem of ‘n verskynsel bestudeer, is geïnteresseerd in ‘n eerstehandse en holistiese begrip van die voorgenoemde. Die outeurs beklemtoon die feit dat die kwalitatiewe navorsingsbenadering berus op die aanname dat waardevolle begrip

verkry kan word deurdat kennis eerstehands deur 'n enkele navorser bekom kan word (Reid & Smith, 1981:89).

Padgett (1998:2-3) sluit hierby aan wanneer sy wys op die verskil tussen kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsing, en dat kwalitatiewe navorsing inherent induktief is, wat beteken dat dit probeer om sekere teorieë te ontdek, eerder as om dit te toets. Sy wys verder ook daarop dat kwalitatiewe navorsing gemik is op onderhoudvoering met deelnemers, wat 'n sekere graad van nabyheid impliseer. Volgens haar is dit gebaseer op die aanname van 'n "oop sisteem", waar die konteks van waarneming, asook die waarnemer, deel is van die studie self. Kwalitatiewe navorsing beoog volgens haar ook om die komplekse wêreld van die deelnemers op 'n holistiese manier te ondersoek deur die beskrywing daarvan (Padgett, 1998:2).

Schurink (1998:242) haal Guba en Lincoln (1994:108) aan wat verklaar dat kwalitatiewe navorsing verklarend en beskrywend van aard is. Gedurende die interaksie tussen die navorser en die deelnemer, word laasgenoemde se leefwêreld ontdek en verklaar deur gebruik te maak van kwalitatiewe navorsingsmetodes. Sherman en Reid (1994:1) wys daarop dat kwalitatiewe navorsing gedefinieer kan word as navorsing wat beskrywende data produseer wat gebaseer is op gesproke en geskrewe woorde en waarneembare gedrag. Kwalitatiewe navorsingsmetodes is prosedures wat ingespan word om die teenwoordigheid of afwesigheid van iets te identifiseer, of om die hoeveelheid van iets in woorde te beskryf, terwyl die kwantitatiewe navorsingsmetode die numeriese meting van die graad waarin sommige eienskappe teenwoordig is, insluit.

Tutty et al. (1996:4) het Emerson (1983) se definisie van veldnavorsing aangepas om die volgende begripsomskrywing vir kwalitatiewe navorsing te voorsien: "Qualitative research is the study of people in their natural environments as they go about their daily lives. It tries to understand how people live, how they talk and behave, and what captivates and distresses them. More importantly, it strives to understand the meaning people's words and behaviors have for them". Uit dié definisie kan daar afgelei word dat kwalitatiewe navorsing 'n eerstehandse en 'n geheelbeeld en perspektief met betrekking tot die navorsingsverskynsel wil bewerkstellig, deurdat dit fokus op die deelnemers en die betekenis wat hulle aan die verskynsel wat ondersoek word, heg. De Vos, Strydom, Fouché, Poggenpoel, Schurink en Schurink (1998:242) verwys na Guba en Lincoln (1994:108) wat kwalitatiewe navorsing

beskryf as ontdekkend en interpreterend van aard. Hiermee word bedoel dat gedurende die proses van interaksie tussen die navorser en die deelnemers, die deelnemers se wêreld ontdek en geïnterpreteer word. Hierdeur word gepoog om begrip vir die deelnemers se unieke belewenis van die verskynsel wat ondersoek word, te ontwikkel.

In die lig van die feit dat die onderhawige navorsingsprojek op familieledede as primêre VIGS-versorgers fokus, het die navorser besluit om die onderwerp vanuit 'n kwalitatiewe benadering te bestudeer aangesien dit hier gaan oor mense se belewenisse en gevoelens.

Vervolgens sal aandag gegee word aan die uiteensetting van die fases en die stappe inherent aan die kwalitatiewe navorsingsproses.

2.3 DIE FASES EN STAPPE INHERENT AAN DIE KWALITATIEWE NAVORSINGSPROSES

De Vos, et al. (2011:70-72,74-76) het die kwalitatiewe navorsingsproses in fases met stappe inherent aan elke fase verdeel, en dit is as riglyn tydens die uitvoering van die navorsingsprojek gebruik. Hierdie riglyn is geïmplementeer, aangesien die fases met die stappe eie aan elke fase logies op mekaar volg en die navorser van mening is dat die kwalitatiewe navorsingsproses hiervolgens op 'n hanteerbare wyse gedek kan word. Dit voorsien ook 'n duidelike struktuur en/of riglyn waarvolgens die kwalitatiewe navorsingsproses geïmplementeer kan word.

Die raamwerk word soos volg in Tabel 2.1 uiteengesit, en daarna bespreek.

Tabel 2.1: Die kwalitatiewe navorsingsproses

FASE 1: Die keuse van 'n navorsingsprobleem of onderwerp of tema	FASE 2: Formele formulering	FASE 3: Beplan die kwalitatiewe navorsingsproses	FASE 4: Implementering	FASE 5: Data-analise, interpretasie en verslagskrywing
<p><u>Stap 1:</u> Identifiseer 'n navorsbare probleem of onderwerp.</p>	<p><u>Stap 2:</u> Bepaal of die kwalitatiewe navorsingsmetode die geskikste metode sal wees om die geïdentifeseerde navorsingsprobleem te ondersoek.</p> <p><u>Stap 3:</u> Kies 'n kwalitatiewe navorsingsontwerp, formuleer die navorsingsprobleem of -vraag, die doelstelling en doelwitte.</p> <p><u>Stap 4:</u> Skryf die navorsingsvoorstel.</p> <p><u>Stap 5:</u> Oorweeg die etiese implikasies van die navorsing</p>	<p><u>Stap 6:</u> Kies 'n paradigma en bepaal die plek van 'n literatuur oorsig.</p> <p><u>Stap 7:</u> Kies die spesifieke kwalitatiewe navorsingsontwerp of strategie wat gebruik gaan word.</p> <p><u>Stap 8:</u> Kies die metode van data-insameling en -analise.</p> <p><u>Stap 9:</u> Besin oor en beplan die wyse van kwalitatiewe steekproeftrekking, en trek die steekproef.</p>	<p><u>Stap 10:</u> Bepaal die toepaslikheid van die elemente van 'n loodsprojek.</p> <p><u>Stap 11:</u> Ontwerp 'n metode waarvolgens die data tydens die proses van data-insameling aangeteken kan word, en onderneem 'n literatuurstudie (waar van toepassing)</p>	<p><u>Stap 12:</u> Data-analise en verifiëring. Verseker interne vertrouenswaardigheid deur die navorsingsproses en bevindinge aan 'n kriterium vir vertrouenswaardigheid te beoordeel of te toets.</p> <p><u>Stap 13:</u> Skryf die navorsingsverslag: beplan die storiërels/navorsingsbevindinge met bestaande teorieë en literatuur; doen 'n literatuur-kontrole.</p>

Hierdie kwalitatiewe navorsingsproses soos uiteengesit deur De Vos et al. (2011:70) is as riglyn gebruik om die opvolgende bespreking te struktureer van hoe die fases en die stappe inherent aan die kwalitatiewe navorsingsproses in hierdie navorsingstudie toegepas is.

2.3.1 Fase 1: Die keuse van 'n navorsingsprobleem, -onderwerp of tema

2.3.1.1 *Stap 1: Identifiseer 'n navorsbare probleem, -onderwerp of tema*

Stap 1 van fase 1 van die kwalitatiewe navorsingsproses is, volgens Fouchè en De Vos (in De Vos, et al., 2011:70) gemoeid met die identifisering van 'n navorsbare probleem, onderwerp of tema. Hulle wys daarop dat die identifisering van 'n navorsbare probleem gepaard gaan met die doelstelling en doelwitte van die navorsing, die teoretiese perspektiewe, die navorsingstrategie en die metode van data insameling en analise (De Vos, et al., 2011:70-71).

Volgens Leedy (1997:45) is die keuse van 'n navorsingsprobleem die spil waarom die hele navorsingsprojek draai. Leedy (1993:59) noem ook dat probleme vir navorsing oral te vinde is. Enigiets wat 'n navorser se nuuskierigheid prikkel, wat vrae laat ontstaan waarvoor daar geen antwoorde is nie, of waarvoor wel antwoorde bestaan maar waarvan die geldigheid bevraagteken word, is navorsbaar.

Nie alle probleme is egter navorsbaar nie, en Leedy (1993:53) waarsku dat 'n navorser in staat moet wees om te kan onderskei tussen twee basiese tipes probleme, naamlik persoonlike probleme en navorsbare probleme. De Vos, et al. (2011:86) beklemtoon die feit dat vrae wat gebaseer is op geloof, wysheid, waardes of logika nie geskik is vir navorsing nie. De Vos, et al. (2011:87) verwys ook na Denscombe (2002) wat aandui dat die belangrikste faktor wat 'n rol speel by die besluit van 'n navorsingsonderwerp is die vraag of dit werklik 'n verskil sal maak indien die navorsing gedoen word, en dat dit beïnvloed sal word deur vier faktore, naamlik:

- Is dit relevant tot bestaande kennis, met ander woorde sal die navorsing die bestaande kennis oor die onderwerp versterk?
- Is dit relevant tot 'n praktiese behoefte, met ander woorde sal dit in belang van ander wees of sal dit spesifieke behoeftes van die deelnemers aanspreek?
- Is dit tydig, met ander woorde sal dit op hierdie spesifieke tydstip goed ontvang word?
- Is dit van belang vir die navorser, met ander woorde sal die navorsing 'n bydrae lewer tot die persoonlike agenda van die navorser met betrekking tot persoonlike belangstelling of loopbaandoelwitte?

Creswell (2014) noem dat navorsers die volgende vrae moet beantwoord en dat die antwoorde hulle sal lei in die identifisering en selektering van navorsingsonderwerpe:

- Is die probleem navorsbaar in die lig van gegewe tyd, hulpbronne en beskikbaarheid van data?
- Is daar genoegsame belangstelling in die onderwerp om die navorser se aandag te behou?
- Sal die resultate van die navorsing van belang wees vir ander?
- Is die onderwerp publiseerbaar in 'n vaktydskryf?
- Vul die navorsing 'n leemte aan? Is dit 'n herhaling, 'n voortsetting, of ontwikkeling van nuwe idees ten opsigte van die bestaande kennisbasis oor die onderwerp?
- Sal die projek bydra tot loopbaandoelwitte?

Vervolgens gaan van die bogenoemde vrae beantwoord word binne die konteks van die navorsingsprojek ten einde vas te stel of die gekose navorsingsonderwerp navorsbaar is.

Die navorser is van mening dat die gekose navorsingsonderwerp, naamlik: Die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers: 'n ekologiese perspektief, wel navorsbaar is gegewe die tyd, hulpbronne en beskikbaarheid van data. Die feit dat die navorser hierdie navorsingsprojek onderneem het as deel van die vereistes gestel vir die verwerwing van haar Doktorsgraad in Maatskaplike Werk het haar genoodsaak om tyd hiervoor in te ruim en dit enduit te voer. Hulpbronne in die vorm van kollegas, asook die organisasie waarvoor sy werk, was beskikbaar om die navorser in kontak te bring met potensiële deelnemers aan die navorsing.

Die navorser het 'n intense belangstelling in die onderwerp in die lig van die feit dat sy daagliks te doen kry met versorgers van VIGS-lyers en bewus geraak het van die impak wat dit op hulle lewens het. Sy het ook bewus geraak van die tekort aan literatuur as hulpmiddel oor die spesifieke onderwerp wat gebruik kan word om te help met dienste aan hierdie versorgers.

Die navorser is van mening dat die resultate van die navorsing van belang sal wees vir ander professionele persone wat gemoed is met dienslewering aan familieledede wat geaffekteer word as versorgers van VIGS-lyers, aangesien dit meer lig werp op hierdie familieledede se belewenisse en sosio-emosionele behoeftes. Dit sal in effek meehelp dat 'n effektiewer diens aan hierdie familieledede gelewer kan word.

Die navorser is oortuig daarvan dat die navorsing 'n kennisleemte sal aanvul, want hoewel daar heelwat literatuur tydens die literatuursoektog opgespoor kon word oor VIGS met verwysing na oorsake (Anderson, 1998), statistiese gegewens (ASSA, 2000; Rowe, et al., 1988), werk met families (Pequegnat & Szapocznik, 2000; Bor & Elford, 1998; Tolliver, 2001; Lesar en Maldonado, 1997; Makgoba, 2001; Steyn, 2003), die breë gemeenskap (SALUS, 1991), is daar 'n gebrek aan empiries gefundeerde literatuur oor dié spesifieke navorsingsonderwerp. Slegs een bron oor die belewenisse van jonger dogters en ouer vrouens as versorgers van familieledede met VIGS kon opgespoor word (vgl. Lindsey, et al., 2003).

Dat die projek kan bydra tot loopbaandoelwitte, is die navorser oortuig van. Gegrond op die navorsingsbevindinge kan daar byvoorbeeld ondersteunings-programme ontwerp word en van stapel gestuur word om familieledede te ondersteun en begelei in die versorging van 'n familielid met VIGS. Ook die diens aan die versorgers kan verbeter deurdat die diensverskaffer oor beter kennis sal beskik van die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van sodanige versorgers.

Die gevolgtrekking kan dus gemaak word dat daar 'n gebrek aan empiries gefundeerde literatuur bestaan wat poog om vanuit 'n kwalitatiewe perspektief te verwoord wat die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van versorgers van 'n familielid met VIGS is. Dit is vanuit hierdie gevolgtrekking dat daar besluit is op die betrokke navorsingsonderwerp, en die volgende is as navorsingsvraag geformuleer: *“Wat is die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers?”*

Samevattend kan dus gesê word dat die navorser die keuse van die navorsbare probleem gemeet het aan die riglyne vir 'n navorsbare probleem, en tot die gevolgtrekking gekom het dat die probleem wel navorsbaar is.

2.3.2 Fase 2: Formele formulering

Fase 2 van die navorsingsproses handel, volgens De Vos, et al. (2011:71) oor die formele formulering van die navorsing. Hulle het vier stappe in hierdie fase geïdentifiseer, en elkeen sal vervolgens bespreek word in die lig van die betrokke navorsing.

2.3.2.1 Stap 2: Bepaal die geskiktheid van die navorsingsbenadering

Stap 2 van Fase 2 handel volgens De Vos, et al. (2011:71) oor die keuse van 'n navorsingsbenadering/-metode, en oor die besluit of die kwalitatiewe navorsingsmetode die geskikste metode sou wees om die geïdentifiseerde navorsings-probleem/-vraag, naamlik om die belewenisse en behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers, te ondersoek. Volgens Padgett (1998:7-11) is dit daarom belangrik dat daar gekyk sal word na die redes waarom besluit word om kwalitatiewe navorsing te benut, en kom hierdie outeur tot die gevolgtrekking dat die primêre rede waarom kwalitatiewe navorsing benut word die soeke na kennis en begrip is.

Om te bevestig dat die kwalitatiewe navorsingsmetode die aangewese metode is, is dit nodig om die karaktertrekke wat die kwalitatiewe navorsingsmetode onderlê, verder te beklemtoon. Vanuit die volgende definisie van kwalitatiewe navorsing van Denzin en Lincoln (1994:2), word iets rakende die kenmerke inherent aan die kwalitatiewe navorsingsbenadering verklar: “Kwalitatiewe navorsing is ‘n multi-perspektiewe benadering, waar verskillende kwalitatiewe tegnieke en data-insamelingsmetodes benut word om sosiale verskynsels en interaksies te beskryf, te verstaan, te interpreteer en te herkonstrueer in terme van die betekenis wat die spesifieke individue daaraan heg”.

In aansluiting by, en aanvullend tot die voorafgaande, voorsien die volgende outeurs ook nog die volgende as kenmerkende eienskappe/karaktertrekke eie aan die kwalitatiewe navorsingsbenadering (De Vos, et al., 2011:64-65,91).

Tabel 2.2: Eienskappe/karaktertrekke eie aan die kwalitatiewe navorsbenadering

Leedy en Ormrod (2005:94-97)	Kumar (2005:12)	Creswell (2007:37-39)	Neuman (2006:16)
<ul style="list-style-type: none"> • Beantwoord vrae oor die komplekse aard van die verskynsel met die doel om die verskynsel vanuit die deelnemer se oogpunt te beskryf en te verstaan. • Navorsers begin met algemene navorsingsvrae, samel ‘n uitgebreide verbale inligting by ‘n klein groep deelnemers in, organiseer die data op ‘n manier wat met mekaar ‘n verband het, en gebruik beskrywings om die situasie wat hulle navors, uit te beeld. • ‘n Holistiese benadering word gevolg. Navorsers betree die navorsingsveld met ‘n oop gemoed, is voorbereid op die kompleksiteit daarvan en is in interaksie met die deelnemers. Kategorieë ontwikkel uit die data. Data-analise is dus meer subjektief van aard. • Kwalitatiewe navorsing is geneig om uit te loop in tentatiewe antwoorde oor wat waargeneem is. Dit kan ‘n basis vorm vir verdere navorsing om hierdie antwoorde te toets. • Navorsing is induktief van aard, en dit beteken dat die navorser van die grond af op werk. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die kwalitatiewe benadering is ongestruktureerd omdat dit buigsaam is in al die aspekte van die navorsingsproses. • Die ongestruktureerde benadering is meer toepaslik om die aard van ‘n probleem te ondersoek. • Navorsing is kwalitatief wanneer die primêre doel daarvan is om die verskynsel /probleem te beskryf. Die inligting word ingesamel deur die gebruik van veranderlikes op gewone vlakke, en indien analyses gedoen word om die veranderlike in die probleem/verskynsel te ontdek sonder om dit te kwantifiseer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kwalitatiewe navorsers poog om inligting in die veld in te samel waar deelnemers die probleem wat nagevors word, ervaar, m.a.w. om ‘n eerste-handse en geheelbegrip te verkry van die onderwerp wat bestudeer word. • Kwalitatiewe navorsers is die sleutelpersoon wat self data insamel deur die bestudering van dokumente, waarneming van gedrag en onderhoude met deelnemers. Die afstand tussen navorser en deelnemer word dus verklein. • Die navorser maak gebruik van verskeie vorms van inligting insameling eerder as om net op een bron staat te maak. • Die navorser fokus daarop om te leer uit die deelnemers se ervaring van dit wat nagevors word, en nie die menings wat navorsers daaraan toedig nie. • Kwalitatiewe navorsing is ‘n vorm van ondersoek waartydens navorsers interpreteer dit wat hulle sien, hoor en verstaan. • Kwalitatiewe navorsers probeer om ‘n holistiese beeld van maatskaplike verskynsels te ontwikkel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kwalitatiewe navorsing is ‘n verklaring van die maatskaplike realiteit. • Kwalitatiewe navorsing fokus op interaktiewe prosesse of gebeurtenisse. • Kwalitatiewe navorsing beskou betroubaarheid as die sleutel kriterium vir wetenskaplike voortreflikheid. • Duidelike waardes is teenwoordig. • Dit is ‘n gedwonge situasie. • Slegs enkele deelnemers is betrokke. • Die metode van keuse is tematiese analise. • Die navorser is betrokke.

Samevattend kan dus gesê word dat die kwalitatiewe navorsingsmetode die aangewese metode was om in hierdie navorsing te gebruik, aangesien dit 'n onderwerp is waarvoor daar min inligting bestaan, en dit ook 'n sensitiewe en diep emosionele onderwerp is.

2.3.2.2 Stap 3: Formuleer die navorsingsprobleem of -vraag, doelstelling en doelwitte

Die formulering van die navorsingsvraag of -probleem, doelstelling en doelwitte is stap 3 in Fase 2 van die kwalitatiewe navorsingsproses soos uiteengesit in De Vos, et al. (2011:71). Volgens hierdie outeurs moet tydens hierdie stap aandag gegee word aan die formele probleemformulering en die formulering van 'n navorsingsvraag. Verder moet ook aandag gegee word aan die formulering van die doelstelling en doelwitte van die navorsing (De Vos, et al., 2011:71). 'n Doelstelling impliseer die breër meer abstrakte konsep, terwyl 'n doelwit verwys na die meer konkrete, meetbare en vinniger bereikbare konsep (De Vos, et al., 2011:94).

Volgens De Vos, et al. (2011:92) onderlê 'n baie belangrike faktor die proses van die formulering van 'n navorsingsvraag, naamlik 'n literatuuroorsig wat verband hou met die navorsingsvraag. Saam met die literatuuroorsig is daar twee kernfaktore wat die formulering van 'n navorsingsvraag bepaal, naamlik die eenheid wat ondersoek gaan word, en die navorsingsdoelstelling. Rubin en Babbie (2011) wys daarop dat die literatuuroorsig nie net in die formuleringsfase 'n belangrike stap is nie, maar ook deur die hele navorsingsproses.

Die doel van die literatuuroorsig kan op hierdie stadium ook gesien word as dat die navorser hom-/haarself vergewis van die heersende kennisbasis rakende die navorsingsprobleem, om te kyk hoe ander navorsers soortgelyke probleme uitgebeeld het sodat die fokus aangepas kan word en om te verseker dat daar nie onnodig gedupliseer word wat ander navorsers reeds gedoen het nie (Monette, Sullivan & De Jong, 2008:81).

Ten opsigte van die eenheid wat ondersoek word identifiseer Rubin en Babbie (2011) verskillende tipes eenhede, naamlik individue, groepe en maatskaplike artefakte. Monette, et al. (2008:83) het dit verfyn tot individue, groepe, organisasies, programme en maatskaplike artefakte. Eenhede wat ondersoek gaan word, word ook deur Monette, et al. (2008:83) gedefinieer as spesifieke objekte of elemente waarvan die navorser wens om die karaktertrekke te beskryf, en waarvoor ons data insamel. In hierdie navorsing is data ingesamel

oor die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as VIGS-versorgers, en word dit later in Hoofstuk 8 van hierdie verslag bespreek.

Wat die doelstelling van navorsing betref, onderskei De Vos, et al. (2011:95) tussen twee tipes doelstellings, naamlik basiese en toepaslike doelstellings. As sulks verskaf basiese navorsing 'n fondament vir kennis en begrip. Volgens Sarantakos (2005:10) hou basiese navorsing verband met die voorsiening van nuwe kennis. Toepaslike navorsing, daarenteen, is gemoeid met die oplossing van spesifieke probleme of om persone in die praktyk te help om sekere take uit te voer. Hierdie twee doelstellings kan mekaar egter ook oorvleuel (Sarantakos, 2005:10). Die onderhawige navorsing se doelstelling kan as basiese navorsing beskou word, aangesien dit 'n fondament van kennis en begrip vir familieledede as VIGS-versorgers lê. Die doelstelling van hierdie navorsing was om die navorsingsvraag: “*Wat is die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers*” te probeer beantwoord.

Ten opsigte van die doelwitte van navorsing wys De Vos, et al. (2011:95-99) daarop dat dit die volgende kan insluit, ongeag of die doelstelling basies of toepaslik is, naamlik verkennende, beskrywende, verklarende, wederkerige, evaluerende, intervensie en deelnemende aksie navorsing.

In die lig van die doelstelling van hierdie navorsing, naamlik om die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as VIGS-versorgers te verken en te beskryf, is gebruik gemaak van enkele van hierdie doelwitte, naamlik *fenomologiese, verkennende en beskrywende* navorsing, en sal dit vervolgens aandag geniet.

Die *fenomenologiese ontwerp* word volgens Leedy (1997:161) omskryf as: “a research strategy that attempts to understand participants’ perspectives and views of social realities”. Kruger (1985:154) postuleer dat die fenomenologiese gekenmerk word deur openheid vir wat betekenisvol is om die verskynsel wat bestudeer word behoorlik te kan begryp. Creswell (2013) bevestig dit, en wys daarop dat die fenomenologiese poog om die betekenis te beskryf wat deelnemers toeskryf aan die deurleefde ervaring en/of verskynsel, of 'n gebeurtenis. Fouché (2005:270) wys ook daarop dat die fenomenologiese ten doel het om die betekenis wat deelnemers aan hulle daaglikse lewe gee, te verstaan en te interpreteer. In hierdie navorsing kom hierdie doelwit na vore deur die betekenis wat die deelnemers verskaf het oor hulle belewenisse en sosio-emosionele behoeftes met die versorging van 'n familielid met

VIGS te verstaan en te interpreteer.

Verkennde navorsing het ook deel uitgemaak van die navorsing ten einde die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van die familieledede rakende die versorging van 'n VIGS-lyer te verken. Volgens De Vos, et al. (2011:95) beteken verkennd om insig in 'n situasie, gemeenskap of individu te verkry, en dit was 'n belangrike doelstelling van hierdie navorsing. Dit het ontstaan as gevolg van 'n tekort aan basiese inligting oor hierdie belangstellingsarea.

In kombinasie met verkennde navorsing het *beskrywende* navorsing ook deel van hierdie studie uitgemaak. Creswell (2014) wys op die beskrywende aard van kwalitatiewe navorsing aangesien dit dui op die proses, betekenis, die begrip en die insig wat bekom word deur die deelnemers se ervarings, en nie in getalle en statistiek nie. Die doel met die beskrywende navorsing was om dit wat verken is, te beskryf, naamlik die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van versorgers van 'n familielid met VIGS. Kreuger en Neuman (2006:23) dui aan dat hier gefokus word op die “hoe” en “waarom” vrae. Daarom begin die navorser met 'n goed gedefinieerde onderwerp en onderneem dan die navorsing ten einde dit akkuraat te beskryf. Volgens Rubin en Babbie (2011) verwys beskrywende navorsing in die verband na 'n meer intensiewe bestudering van verskynsels en hulle dieper betekenis. In beskrywende navorsing word spesifieke inligting van die gegewe situasie in die vorm van woorde en/of aanhalings vanuit die getranskribeerde materiaal weergegee, soos wat ook in hierdie studie gedoen is.

Samevattend kan dus gesê word dat hierdie navorsing 'n duidelike navorsingsvraag aangespreek het, naamlik wat is die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as VIGS-versorgers, wat ook die doelstelling van hierdie navorsing was. Enkele doelwitte het aandag geniet deur middel van die benutting van fenomenologiese, verkennde en beskrywende navorsingsontwerpe, aangesien dit die belangrikste doelwitte vir hierdie spesifieke navorsing was.

2.3.2.3 Stap 4: Skryf die navorsingsvoorstel

De Vos, et al. (2011:101) verstrekk die volgende definisie vir 'n navorsingsvoorstel, naamlik: “a research proposal is a document that outlines how the researcher proposes to undertake a research project”. Die navorsingsvoorstel is dus 'n oorhoofse plan waarvolgens die navorsing uitgevoer gaan word. (vgl. Kumar, 2005:188; Leedy & Ormrod, 2005:115; Welman, Kruger

& Mitchell, 2005:279-280).

‘n Navorsingsvoorstel het sekere karaktertrekke, en volgens Bak (2004:4) sal ‘n goeie navorsingsvoorstel die navorser help met die volgende:

- om die navorsingsvraag te formuleer
- om die navorsing tot ‘n hanteerbare studie te vernou binne die voorgeskrewe tydsraamwerk
- om die navorsing te struktureer
- om tyd te spaar tydens die literatuuoroorsig- en data-insamelingsfases van die projek.

Ten einde ‘n goeie navorsingsvoorstel te skryf, moet die navorser drie belangrike aspekte rakende die voorstel in gedagte hou, naamlik die doel van die voorstel, die formaat daarvan, asook die styl van die voorstel. Die doel van ‘n navorsingsvoorstel is meestal om dit aan ‘n universiteit voor te lê ten einde die navorsingsprojek te registreer, asook om befondsing daarvoor te kry.

Hierdie stap is uitgevoer deur ‘n navorsingsvoorstel saam te stel en aan die Fakulteitsraad van die Fakulteit Lettere en Sosiale Wetenskappe aan die Universiteit van Stellenbosch voor te lê vir goedkeuring. Die voorstel is aanvaar, en dit maak Hoofstuk 1 van die verslag uit.

2.3.2.4 Stap 5: Oorweeg die etiese implikasies van die navorsing

Navorsing behoort gebaseer te wees op wedersydse vertrouwe, aanvaarding, samewerking, belofte, goed aanvaarde ooreenkomste en verwagtinge tussen al die betrokke partye in die navorsingsprojek (Sarantakos, 2000:20-21). Die feit dat die menslike wese die objek in die sosiale wetenskappe is bring egter unieke etiese probleme mee wat kompleks kan wees. Navorsers het twee basiese kategorieë van etiese verantwoordelikheid, naamlik verantwoordelikheid teenoor die deelnemers aan die projek, en verantwoordelikheid teenoor die beroep deur die akkurate en eerlike rapportering van hulle navorsingsbevindinge (Gravetter & Forzano, 2003:60). Hierdie is, volgens De Vos, et al. (2011:70) stap 5 van fase 2 van die navorsingsproses.

Die term *etiek* impliseer voorkeure, beginsels, en reëls wat die gedrag van die navorser bepaal en wat gelykstaande is aan die standaard van ‘n spesifieke professie (vgl.: Babbie, 2007:62; Bless, Higson-Smith en Kagee, 2007:140; Monette, et al., 2005:49; Walliman, 2006:148). Strydom (in De Vos, et al., 2011:114) definieer etiek as ‘n stel morele standaard wat deur ‘n

individu of groep voorgestel word, wat wyd aanvaar word, en wat verwag dat sekere standarde van reëls en gedrag gehandhaaf sal word teenoor respondente, werknemers, borge, ander navorsers, assistente en studente.

Enkele etiese oorwegings wat deur Strydom (in De Vos, et al., 2011:115-128) geïdentifiseer word, en wat ook in hierdie navorsing in aanmerking geneem is, is die volgende:

- *Skade aan deelnemers*

Die basiese etiese reël van maatskaplike navorsing is dat dit geen skade aan deelnemers sal aanrig nie (Babbie, 2007:27). Skade kan, volgens Strydom (in De Vos, et al., 2011:115) op fisiese en/of emosionele wyse aan deelnemers en/of pasiënte berokken word. 'n Etiese verantwoordelikheid rus op die navorser om deelnemers te beskerm teen enige vorm van fisiese ongerief. Emosionele skade aan die deelnemers en/of pasiënte is moeiliker om te voorkom en te bepaal as fisiese ongerief, maar het meestal verreikende gevolge vir die deelnemers. Die verantwoordelikheid om deelnemers en/of pasiënte te beskerm teen skade en/of nadele, strek verder as enkele pogings om agterna sodanige skade te verminder of te probeer herstel. Deelnemers en pasiënte is vooraf ingelig oor die potensiële impak van die navorsing. Dit het aan hulle die geleentheid gebied om te onttrek aan die navorsing indien hulle dit sou verkies. Navorsers behoort ook vooraf sekere deelnemers te identifiseer wat moontlik kwesbaar kan wees gedurende die navorsing, sodat hulle vooraf uitgeskakel kan word. Dit is egter moeilik om altyd te weet wanneer geen of baie min skade aan die deelnemers gedoen sal word.

Ritchie en Lewis (2003:70) raak ook die skade wat die navorsing aan die navorser self kan aanrig aan, en die risiko wat dit vir hom/haar kan inhou. Daarom is dit noodsaaklik dat alle risiko's tydens die onderhandelings sal aandag geniet.

- *Toestemming deur potensiële deelnemers en pasiënte / vrywillige deelname*

Deelname aan enige navorsing behoort te alle tye vrywillig te wees (Rubin & Babbie, 2011), en deelnemers aan die navorsing behoort hulle toestemming tot deelname te gee sonder om daartoe gedwing te word (Neuman, 2003:124). Navorsers is dit ook eens dat deelnemers wetlik en psigologies bekwaam moet wees om toestemming te gee, en hulle moet bewus wees daarvan dat hulle geregtig is daarop om hulle te enige tyd van die ondersoek te onttrek (vgl. Babbie & Mouton, 2001:382; Congress & Lynn, 1994:110; Corey, Corey & Callanan, 1993:229; Dane, 1990:39-40; Grinnell & Unrau, 2005:37;

Jones, 1985:35-36; Loewenberg & Dolgoff, 1988:62). In hierdie navorsing sluit dit ook die pasiënte oor wie die navorsing gaan, in. Skriftelike en ingeligte toestemming is noodsaaklik (Hakim, 2000:143). Babbie (2001:470) en Thomas en Smith (2003:21) beskou ingeligte toestemming as vrywillige deelname. Daarom is dit nodig om akkurate en volledige inligting aan die respondente te verstrek rakende die navorsing sodat hulle 'n goed deurdagte en ingeligte besluit kan neem (kyk Bylaes 1-4). Om verstaanbare redes word deelnemers soms nie ingelig dat hulle deel is van 'n navorsingsprojek nie, aangesien dit onmoontlik en onprakties is.

Situasies verskil die een van die ander, en daarom is dit belangrik om 'n doelmatige, ingeligte prosedure vir toestemming vir elke deelnemer (en pasiënt) te ontwikkel. Etiese aspekte oor ingeligte toestemming kan nie altyd al die moontlike probleme voorsien nie. Die navorser het egter probeer om onvoorsiene situasies op die beste moontlike etiese manier te hanteer.

- *Misleiding van deelnemers*

Misleiding verwys na die wanvoorstelling van feite aan, of die weerhouding van inligting van die deelnemers (Struwig & Stead, 2001:69). Volgens Corey, et al. (1993:230) sluit misleiding ook die voorsiening van verkeerde inligting in ten einde deelname van deelnemers te verseker waar hulle dit andersins sou geweier het.

Judd, Smith en Kidder (1991:496-497) verskaf die volgende drie redes waarom deelnemers moontlik mislei word:

- * om die werklike doel van die studie te verdraai of te verbloem
- * om die werklike funksie van die deelnemers se optredes weg te steek
- * om die ervaringe waardeur deelnemers sal gaan te verbloem.

Strydom (in De Vos, et al., 2011:119) wys daarop dat dit soms kan gebeur dat misleiding intree sonder dat die navorser vooraf daarvan bewus was. Wanneer hierdie onvoorsiene ontwikkelings plaasvind, kan dit nie vooraf aan die deelnemers (of pasiënte) verduidelik word nie. Die navorser was egter daarop bedag en sou in sulke gevalle die insidente onmiddellik na die onderhoud met die deelnemers en pasiënte bespreek. Misleiding van die deelnemers en pasiënte is sover moontlik uitgeskakel deurdat inligting so volledig en korrek moontlik aan hulle voorsien is.

- *Konfidensialiteit / privaatheid*

Sieber (1982:145) definieer privaatheid, of dan konfidensialiteit, as dit wat normaalweg nie vir ander bedoel is om te sien of te ontleed nie. Singleton, Straits, Straits en McAllistar (1988:454) verduidelik die reg tot privaatheid as die individu se reg om te besluit wanneer, waar, deur wie en waarvoor sy gedrag en voorkeure ondersoek sal word. Volgens Strydom (in De Vos, et al., 2011:119) dui privaatheid op 'n element van persoonlike privaatheid, terwyl konfidensialiteit meer dui op die hantering van inligting op 'n konfidensiële manier. Die skending van privaatheid, die reg tot selfbeslissing en konfidensialiteit kan as sinonieme gesien word (Strydom in De Vos, et al., 2011:119). Die privaatheid van mense kan, volgens Strydom, geskend word deur gebruik te maak van versteekte apparate soos byvoorbeeld video-kameras, eenrigting spieëls en mikrofone (Strydom in De Vos, et al., 2011:121). Inligting wat naamloos deurgegee word, verseker die privaatheid van die deelnemers. Die etiese vraagstuk raak relevant wanneer deelnemers verseker word van naamloosheid terwyl die navorser weet dat dit nie waar is nie. Huysamen (1993:190) bevestig dat hoe sensitiewer die inligting, hoe meer verberg die manier van data-insameling was, hoe groter is die verantwoordelikheid van die navorser om die inligting as uiters konfidensieel te hanteer.

Tydens hierdie navorsing is die konfidensialiteit van die inligting aan die deelnemers en pasiënte verseker deurdat aan hulle verduidelik is wie toegang tot die bande en die getranskribeerde onderhoude sal hê, en wat daarmee sal gebeur na afloop van die navorsing. Die navorser het aan die deelnemers verduidelik dat die bande by die navorser se huis in 'n kas gehou sal word waartoe slegs sy toegang het, en dat dit vernietig sal word sodra die navorser se tesis voltooi en aanvaar is. Hulle anonimiteit is ook verseker deurdat geen identifiserende besonderhede in die navorsingsverslag bekend gemaak word nie, en dat aan elk van hulle 'n kode toegeken is. Slegs die navorser sal 'n kode met die naam van 'n deelnemer in verband kan bring.

- *Behandeling/ontlonting*

Sommige navorsers dink dat eksperimentele navorsing oneties kan wees omdat die deelnemers dienste geweier sal word (Mitchell & Jolley, 2001:201). Die etiese kode van die Suid-Afrikaanse Raad vir Maatskaplike Diensberoepe is egter duidelik daarvoor dat stappe gedoen moet word om te verseker dat alle deelnemers aan die navorsing

toegang het tot een of ander diens (Marlow, 2005:105). Die maklikste manier, volgens Salkind (2000:38) om deelnemers die geleentheid te gee om gebruik te maak van dienste is om direk na die sessie aan die deelnemers die geleentheid te gee om hulle gevoelens te bespreek met 'n persoon van hulle keuse, wat ook in hierdie navorsing gedoen is.

Ontlonting behoort plaas te vind in 'n ondersteunende of terapeutiese omgewing (De Vos, et al., 2011:122). Hierdie outeurs voorsien die volgende opsomming van hierdie tipe diens:

- ontlonting sessies na die navorsing waartydens die deelnemers deur hulle ervaring tydens en die nagevolge van die navorsing kan werk
- navorsers moet enige wanpersepsie wat by die deelnemers mag ontstaan, na die navorsing uit die weg ruim
- terminering en onttrekking van die terapie moet met die grootste sensitiwiteit hanteer word.

Indien die deelnemers enige verdere behoeftes sou openbaar, en/of dit sou blyk dat hulle professionele hulp benodig om te help om hulle familielid se siekte te verwerk, sou die navorser hulle in kontak bring met toepaslike hulpbronne in die gemeenskap byvoorbeeld 'n kollega wat 'n maatskaplike werker is, of indien nodig 'n sielkundige. Indien nodig, sou dieselfde hulp ook aan die pasiënt gebied word.

- *Vergoeding*

Die vraag kan gevra word of vergoeding aan deelnemers op een of ander wyse oneties is. Volgens Strydom (in De Vos, et al., 2011:121) sal dit waarskynlik net redelik wees indien onkoste van deelnemers vergoed sal word. Dit raak oneties wanneer groot bedrae geld 'n rol begin speel, en deelnemers net ter wille van die geld aan die navorsing wil deelneem. Aan die deelnemers van hierdie navorsing is eerlik gekommunikeer dat daar vir hulle geen vergoeding beskikbaar sal wees nie.

- *Aksies en bevoegdhede van die navorser*

Strydom (in De Vos, et al., 2011:124) beklemtoon die volgende in die verband:

- navorsers word eties verplig om seker te maak dat hulle bevoeg is en oor die maksimum vaardighede beskik om die ondersoek te doen wat hulle in gedagte het. Die navorser het opleiding ontvang in kwalitatiewe navorsing, en reeds 'n

navorsings honneurs en navorsings meestersgraad voltooi. Sy is dus deeglik onderlê in hierdie vorm van navorsing, maar was ook bedag op moontlike struikelblokke en onvoorsiene situasies wat kon opduik.

- wanneer sensitiewe aangeleenthede soos byvoorbeeld navorsing oor die kultuurgrense heen ingesluit word, is die bevoegdheid en vaardigheid van die navorser nog belangriker. Die navorser is in die bevoorregte posisie dat sy vir etlike jare reeds maatskaplike werk oor die kultuurgrense heen doen, en handhaaf oor die algemeen goeie verhoudinge met mense van ander kultuurgroepe. Sy respekteer egter die verskillende kultuurgroepe se gebruike en gewoontes.

- *Samewerking met medewerkers en befondsers*

Kollegas is soms op 'n formele of informele wyse betrokke by die navorsingsprojek. Strydom (in De Vos, et al., 2011:125) wys daarop dat 'n formele kontrak tussen die partye dan verkieslik is aangesien elkeen dan sal weet wat die ander persoon/persone se rolle in die projek insluit. 'n Formele kontrak vermy enige misverstand oor die deelnemers se betrokkenheid gedurende die hele projek. Erkenning moet egter aan elkeen van die betrokkenes gegee word by die voltooiing van die navorsing. Dieselfde is ook van toepassing op persone wat die projek befonds. Die navorser het hierdie projek alleen onderneem, en ook van geen befondser gebruik gemaak nie.

- *Vrystelling van bevindinge*

In aansluiting by Strydom (in De Vos, et al., 2011:126) is die volgende belangrike punte in aanmerking geneem rakende die etiek rondom die vrystelling van die bevindinge:

- Die finale geskrewe verslag na afloop van die navorsing is sover moontlik so akkuraat moontlik, objektief, duidelik en ondubbelsinnig geskryf en bevat alle essensiële inligting.
- Alle vorme van klem om die resultate te bevoordeel, is vermy omdat dit oneties is.
- Alle bronverwysings wat in die navorsingsverslag gemaak word, is gedoen met die betrokke skrywers se name by ten einde plagiaat uit te skakel.
- Ten einde te verseker dat geen inligting bygevoeg of weggelaat is by die getranskribeerde onderhoude nie, is die getranskribeerde onderhoud aan sommige van die deelnemers oorhandig om seker te maak dat dit die inligting is wat hulle in die onderhoud weergegee het. Hulle kon toe ook bevestig of dit die korrekte

inligting is, en of hulle nog inligting wou byvoeg (kyk Bylae 5).

- Indien deelnemers aan die navorsing, en/of pasiënte, verlang dat die uitslag van die navorsingstudie aan hulle bekend gemaak word, sal hulle op 'n objektiewe manier ingelig word sonder om te veel besonderhede deur te gee of konfidensialiteit te verkrag. Dit is ook 'n vorm van erkenning aan die deelnemers vir hulle bydrae.

Samevattend kan genoem word dat daar sekere belangrike etiese oorwegings is wat in aanmerking geneem behoort te word wanneer die navorser sy of haar navorsing beplan. Dit sluit in skade aan die deelnemers, die verskaf van akkurate en volledige inligting, toestemming deur potensiële deelnemers en pasiënte wat aan die navorsing gaan deelneem, vermyding van die misleiding van deelnemers, konfidensialiteit, aksies en bevoegdhede van die navorser, vrystelling van die bevindinge en die herstel of ontlonting van die deelnemers. Die navorser het probeer om aan al hierdie aspekte aandag te gee tydens die navorsing.

2.3.3 Fase 3: Beplan die kwalitatiewe navorsingsproses

Die eerste stap uniek tot die kwalitatiewe navorsingsproses is om 'n paradigma te kies asook die plek van die teorie en literatuuroorsig in die navorsingsproses (De Vos, et al., 2011:297). Dit is stap 6 in fase 3 van die navorsingsproses (De Vos, et al., 2011:295).

2.3.3.1 Stap 6: Kies 'n paradigma en oorweeg die plek van die teorie en literatuuroorsig

Barker (2003:312) definieer 'n paradigma as 'n model of patroon bestaande uit 'n groep gewettigde aannames en 'n ontwerp om data in te samel en te interpreteer. Volgens Babbie (2007:31) is 'n paradigma die model of raamwerk wat ons gebruik om ons waarnemings en besprekings te organiseer. Kwalitatiewe navorsing, wat die paradigma is wat vir hierdie navorsing gekies is, kan as so 'n ontwerp beskou word.

Indien die navorser dit nodig ag om die onderliggende aannames van die navorsingsvraag, die paradigma wat die studie onderlê of die waardes wat hy/sy na die navorsingsveld bring te beskryf, is dit nodig om op hierdie stadium aandag te gee aan die plek van die teorie en literatuuroorsig. Volgens Shank (2006:8) is die teorie 'n waardevolle hulpmiddel indien dit die navorser help om die inligting wat tydens die navorsing ingesamel word, te rig en te koördineer. Hoewel daar toenemend geargumenteer word dat die teorie 'n plek in kwalitatiewe navorsing het, is daar tans geen konsensus oor die beste gebruik daarvan nie (De

Vos, et al., 2011:299). Anfara en Mertz (2006:xix) kom tot die gevolgtrekking dat die rol van teorie in kwalitatiewe navorsing drie verskillende begrippe laat, naamlik:

- teorie het slegs 'n geringe verhouding tot kwalitatiewe navorsing
- teorie in kwalitatiewe navorsing hou verband met die metodologie wat die navorser kies om te gebruik en die kennisleer wat daardie metodologie onderlê
- teorie in kwalitatiewe navorsing het 'n breër en deurdringender rol as metodologie.

Hulle kom verder tot die gevolgtrekking dat hierdie verskillende begrippe verantwoordelik is vir die verwarring oor die rol en plek van teorie in kwalitatiewe navorsing. Grbich (2007:186) baken vier opsies af waardeur teoretisering van kwalitatiewe data benader kan word:

- die eerste opsie verteenwoordig iemand se *vooraf gekose teoretiese posisie* ten opsigte van die navorsing en waarteen die navorser sy/haar bevindinge kan meet
- die tweede opsie verteenwoordig die *metodologie* wat die navorser se data oriëntering en navorsingsproses wat hy/sy volg, onderlê
- die derde opsie verteenwoordig die *navorser se keuse* oor waar en wanneer hy/sy 'n meer abstrakte verduideliking van sy/haar bevindings sal voorsien
- die vierde opsie is dat daar *teoretiese beperking* is waar die minimum interpretering verlang word en dit slegs gebruik word om die leser te help om nader aan die deelnemers se ervarings te kom waar hulle hulle eie besluite neem wat gebaseer is op hulle eie lewenservarings.

Saam met die plek van die teorie in kwalitatiewe navorsing, is die plek wat die gebruik van literatuur inneem. Die plek van literatuur in die navorsingstudie word volgens De Vos et al. (2011:74) as belangrik beskou aangesien dit die proses sal lei. Verskillende skrywers het verskillende sienings oor die plek van literatuur in die kwalitatiewe navorsing. Sommiges, soos Esterberg (2002:37) meen dat dit beter is om 'n literatuuroorsig te doen voordat die navorser met sy/haar navorsing begin, aangesien dit belangrik is om te weet wat ander van die spesifieke onderwerp te sê het. Ander beveel 'n alternatief tot hierdie siening aan en stel voor dat relevante werk van ander op 'n basis van wanneer-en-soos-nodig geraadpleeg word. Dit beteken dat 'n literatuuroorsig verkieslik *na* die nuwe navorsing gedoen word as vooraf (Wolcott, 2001:73-75).

Flick (2009:48) beveel aan dat navorsers verskillende vorme van literatuur in kwalitatiewe navorsing insluit, naamlik:

- teoretiese literatuur oor die onderwerp wat bestudeer word
- empiriese literatuur oor vorige navorsing oor die betrokke of soortgelyke onderwerpe
- metodologiese literatuur oor hoe om die navorsing te doen en die metodes wat geïdentifiseer is te gebruik
- gekombineerde teoretiese en empiriese literatuur ten einde bevindinge te vergelyk.

Wat die *funksies* van literatuur in navorsing betref, sonder De Vos, et al. (2011:302) vier belangrike funksies uit, naamlik:

- dit demonstreer die onderliggende aannames agter die navorsingsvraag. Indien moontlik, behoort dit die navorsingsparadigma wat in die navorsing gebruik word, asook die bydrae wat die navorser tot navorsing lewer, te beskryf
- dit demonstreer dat die navorser die nodige kennis dra oor soortgelyke navorsing
- dit demonstreer dat die navorser sommige leemtes in vorige navorsing geïdentifiseer het en dat die beplande navorsing 'n behoefte sal vul
- dit demonstreer dat die navorsingsvraag verfyn en herverfyn word deurdat die betrokke vraag ingesluit word in groter empiriese oorlewerings.

Samevattend kan daarop gewys word dat daar verskillende sienings oor die aanwending van die teorie en literatuuroorsig bestaan. Sommige skrywers meen dat dit vooraf gedoen behoort te word, terwyl ander reken dat dit beter is om dit tydens of na die navorsing te doen. Elke navorser behoort egter self te besluit wat in sy/haar geval die beste gaan werk, en dit daarvolgens toe te pas. In hierdie navorsing is die literatuuroorsig na die navorsing gedoen en hierdie navorsing is vergelyk met wat ander navorsers gesê het oor die onderwerpe wat uit die navorsing na vore gekom het.

2.3.3.2 Stap 7: Kies die navorsingsontwerp of strategie wat gebruik gaan word

Die keuse van 'n navorsingsontwerp is stap 7 van die navorsingsproses soos uiteengesit deur De Vos, et al. (2011:75). Hulle identifiseer verskillende ontwerpe, en wys daarop dat die gebruik van ontwerpe deur navorsers sal verskil volgens die doel van die studie, die aard van die navorsingsvraag en die vaardighede en bronne wat tot beskikking van die navorser is. Die kwalitatiewe navorsingsbenadering verskil inherent van die kwantitatiewe benadering deurdat dit nie 'n stap-vir-stap plan voorsien wat gevolg kan word nie. Kwalitatiewe navorsers gebruik die navorsingsontwerp wat hulle navorsing die beste pas (De Vos, et al., 2011:312). Verskillende navorsers identifiseer verskillende navorsingsontwerpe (vgl.: Tesch, 1990;

Miller & Crabtree, 1992; Yin, 2003; Goodley & Moore, 2004; Bryant & Charmaz, 2007). De Vos, et al. (2011:312) gebruik Creswell (2007) se uiteensetting van navorsingsontwerpe wat gebruik kan word, en hulle identifiseer vyf ontwerpe naamlik die narratief biografiese, die etnografiese, fenomenologiese, begronde teorie en die gevallestudie.

Die *fenomenologiese ontwerp*, wat in hierdie navorsing gebruik is, word deur Creswell (2013) beskryf as ‘n poging om die betekenis te beskryf wat deelnemers toeskryf aan die deurelde ervaring en/of verskynsel, of ‘n gebeurtenis. De Vos, et al. (2011:316) wys daarop dat die fenomenologiese benadering ten doel het om die betekenis wat deelnemers aan hulle daaglikse lewe gee, te verstaan en te interpreteer. Daarom is die fenomenologiese strategie van ondersoek ingespan om die betekenis wat die deelnemers verskaf het oor hulle belewenisse en sosio-emosionele behoeftes met die versorging van ‘n familielid met VIGS te verstaan en te interpreteer.

Die navorser het ook gebruik gemaak van die verkennende en beskrywende navorsingsontwerpe in die uitvoering van die navorsing. Volgens De Vos, et al. (2011:95) is die verkennende navorsingsontwerp daarop gemik om insig in ‘n situasie, verskynsel, gemeenskap of individu te verkry, en dat die behoefte aan sodanige studie kan voortspruit uit ‘n gebrek aan basiese inligting oor ‘n nuwe belangstellingsveld. Dit fokus daarop om ‘n antwoord op die “wat” vraag te verkry. Dit is dan ook die rede waarom gebruik gemaak is van ‘n verkennende navorsingsontwerp, naamlik die gebrek aan inligting oor die spesifieke navorsingsonderwerp.

‘n Beskrywende navorsingsontwerp is ook gebruik. Volgens De Vos, et al. (2011:96) het die verkennende en beskrywende navorsing sekere ooreenkomste, maar dat die beskrywende navorsing van die verkennende navorsing verskil deurdat dit ‘n prentjie voorsien van die spesifieke besonderhede van ‘n situasie, maatskaplike opset of ‘n verhouding. Dit fokus op die “hoe” en “waarom” vrae (Kreuger & Neuman 2006:23).

Samevattend kan dus gesê word dat in hierdie navorsing gebruik gemaak is van die fenomenologiese, verkennende en beskrywende navorsingsontwerpe, aangesien dit die beste ontwerpe is wat gebruik kon word vir hierdie spesifieke navorsing.

2.3.3.3 *Stap 8: Kies die metodes van data-insameling en analise*

Die metode van data-insameling en analise verwys, volgens De Vos, et al. (2011:75), na stap 8 in fase 3 van die navorsingsproses. Verskillende metodes van *data-insameling* word deur hierdie outeurs bespreek waaronder *deelnemende waarneming*, *onderhoudvoering*, *asook die bestudering van dokumente* (De Vos, et al., 2011:330-380). In hierdie navorsing is gebruik gemaak van *semi-gestruktureerde onderhoudvoering* as metode van data-insameling. Volgens Schurink (1998:300) dra onderhoudvoering as metode van data-insameling daartoe by dat die deelnemers aan die navorsing self meehelp dat realiteite gerekonstrueer word en daarom staan dit in noue verband met die breë doelstelling van kwalitatiewe navorsing. Holloway en Wheeler (1998:55) verduidelik die begrip “semi-gestruktureerde onderhoud” soos volg: “*Semi-structured or focused interviews are often used in qualitative research. The [open-ended] questions are contained in an interview guide (not a schedule as in quantitative research) with a focus on the issue to be covered*”. Die *semi-gestruktureerde* onderhoude is spesiaal geskik waar ‘n aangeleentheid persoonlik is (vgl.: Greeff, 2005:296; De Vos, et al., 2011:352). Volgens Sherman en Reid (1994:118) is oop-einde vrae in die besonder daarvoor verantwoordelik om die siening van die deelnemers uit te lok.

Tydens die onderhoude het die navorser gebruik gemaak van ‘n onderhoudsriglyn (kyk Bylae 7), wat volgens De Vos, et al. (2011:352) daarop gemik is om die navorser te help om die onderhoud te rig eerder as om dit te dikteer. Die volgende versoeke en vrae het deel uitgemaak van die onderhoudsriglyn:

- Vertel vir my van jou familielid se siekte.
- Wat het jy beleef nadat jy besef het hy/sy het VIGS?
- Hoe beleef jy die versorging van jou siek familielid?
- Vertel vir my hoe die familielid se siekte julle verhouding beïnvloed?
- Hoe het die familielid se versorging jou lewe verander?
- Watter tipe ondersteuning kry jy met die versorging van jou siek familielid?
- Hoe beleef jy dit?
- Watter dienste dink jy is nodig om familieleden as VIGS-versorgers te help en te ondersteun?
- Enige raad wat jy aan ander families kan gee wat deur ‘n soorgelyke ervaring gaan?

De Vos, et al. (2011:345-346) wys ook op enkele *onderhoudstegnieke* wat deur die navorser gebruik behoort te word. Tydens die onderhoude het die navorser ook van enkele van hierdie

onderhoudstegnieke gebruik gemaak ten einde die deelnemers aan te moedig om met meer vrymoedigheid hul storie te vertel. Onderhoudstegnieke wat deur die navorser ingespan is om die onderhoud te laat vlot was onder andere die volgende gewees:

- *Luister*: volgens De Vos, et al. (2011:345) behoort onderhoudvoerders oor goeie luistervaardighede te beskik. Gibson, Swarts en Sandenbergh (2005:19-20) wys daarop dat luister is om werklik te verstaan wat is dit wat mense bedoel, en wat hulle behoeftes is. Hulle noem ook dat die belangrikste deel van werklike luister is om iemand die ruimte te gee om in hulle eie woorde en teen hulle eie pas te kan praat. Die navorser het *empaties geluister* na die deelnemers. Op hierdie wyse kon verseker word dat 'n atmosfeer van vertroulikheid geskep kon word waarin die deelnemers makliker kon deelneem aan die onderhoud en die navorser meer inligting kon bekom.
- *Reflektering* is, volgens Greeff (2005:290), asook De Vos, et al. (2011:345) die tegniek waardeur die navorser die deelnemers se idees, denke en gevoelens na hom/haar toe terugkaats ten einde seker te maak dat dit reg verstaan word. Hierdie tegniek is toegepas deurdat die navorser dit wat die deelnemer gesê het, aan hom/haar herhaal het ten einde te verseker dat daar nie onduidelikheid is nie. Sy het byvoorbeeld die tegniek toegepas deur te vra: “Verstaan ek jou reg...?”
- *Waarneming* beteken dat die navorser in staat sal wees om haar opleiding en vaardighede aan te wend om alle aspekte wat belangrik is rakende die deelnemers korrek te interpreteer en waar te neem. Dit sluit in die deelnemer se *verbale en nie-verbale kommunikasie*. Veral *nie-verbale waarneming* is gedoen, en aantekeninge is daarvoor gemaak ten einde ook 'n beeld te verkry van die deelnemer se nie-verbale reaksies op dit wat hy/sy voel en beleef. Dit is ook gebruik tot verdere eksplorاسie om die deelnemer te motiveer om meer oor sy gevoelens te verwoord.
- *Klarifisering* is 'n tegniek wat gebruik word om duidelikheid te verkry oor onduidelike stellings (De Vos, et al., 2011:345). Dit is gebruik deur byvoorbeeld die volgende vrae te vra: “Kan jy vir my meer vertel?”, of “Wat beteken dit wat jy vir my sê?”
- *Eksplorاسie* is ook tydens die onderhoud op 'n vriendelike, gerusstellende en nie-intimiderende wyse toegepas en so is die geleentheid geskep dat meer van die gevoelens wat hulle ervaar, verwoord kon word. Eksplorاسie dui daarop dat die navorser in staat moet wees om die reaksie van die deelnemers voortdurend te evalueer en indien nodig deelnemers deur middel van verdere eksplorاسie te stimuleer om addisionele informاسie te gee.

Wat die metode van *data-analise* betref, word Herbert (1992:67) se definisie van data-analise onderskryf. Hierdie outeur definieer data-analise as ‘n proses van eksplorاسie waar data van die algemene na die spesifieke moet oorgaan. Volgens Tutty, et al. (1996:90) is die doel van data-ontleding in kwalitatiewe navorsing daarop gemik om data te sif, te sorteer en te organiseer, sodat daar temas en interpretاسies na vore kan kom wat sal help om die gestelde navorsingsvraag te beantwoord. Tesch (in Creswell, 2014) het agt stappe vir kwalitatief gegenereerde data-analise geïdentifiseer, en dit is die metode van data-analise wat in hierdie navorsing gebruik is.

Samevattend kan daarop gewys word dat die semi-gestruktureerde onderhoud as data-insamelingsmetode gebruik is. Hoewel dit ook nadele het, is die voordele hiervan baie meer. Dit het ook gepaard gegaan met onderhoudstegniese ten einde die beste resultate te verkry. Ten opsigte van die metode van data-analise, is besluit op die agt stappe van analise wat deur Tesch (in Creswell, 2014) beskryf word.

2.3.3.4 Stap 9: Besin oor en beplan die wyse van kwalitatiewe steekproeftrekking en trek die steekproef

Die oorhoofse doel van die gebruik van relevante steekproeftrekkingsmetodes in kwalitatiewe navorsing is, volgens De Vos, et al. (2011:391) om die rykste data in te samel. Hierdie is, volgens De Vos, et al. (2011:73), stap 9 in fase 3 van die kwalitatiewe navorsingsproses. Ryk data beteken ‘n wye verskeidenheid van inligting wat versamel is in ‘n relatief lang periode (De Vos, et al., 2011:391-392). In die lig van die navorsingsonderwerp en die feit dat hier vanuit ‘n kwalitatiewe benadering gewerk is, het die navorser deelnemers gekies wat in staat is om eerstehandse inligting te verskaf oor hul belewenisse en sosio-emosionele behoeftes as versorgers van ‘n familielid met VIGS. Die deelnemers het dus bestaan uit die versorgers wat hierdie ervaring het.

Die deelnemers is spesifiek deur middel van die *doelgerigte steekproeftrekkingsmetode* vir deelname aan die studie gewerf. Doelgerigte steekproeftrekking impliseer dat die navorser ‘n deelnemer spesifiek by die steekproef insluit omdat hy/sy oor eienskappe, kwaliteite of kennis rakende ‘n onderwerp beskik waarin die navorser belangstel (Strydom & Delpont, 2002:334; Grinnell & Unrau, 2014; Monette, et al., 2005:148). Volgens De Vos, et al. (2011:392) moet die navorser in doelgerigte steekproeftrekking eers die parameters van die

bevolking krities oordink en dan die steekproef daarvolgens kies. Daarom is die duidelike identifisering en formulering van vooraf gekose kriteria vir die kies van respondente van kardinale belang (Maree, 2007:79). Aangesien versorgers wat die versorging van 'n familielid met VIGS ervaar, ryk is aan inligting oor die navorsingsonderwerp, en die navorsingsvraag ten beste kan beantwoord, is slegs hulle vir insluiting by die steekproef van die studie oorweeg. Dit het egter slegs geskied met die toestemming van die VIGS-lyer self, en die deelnemers is sover moontlik in die hele George-gemeenskap betrek.

Aanvullend tot die doelgerigte steekproeftrekkingsmetode is die *sneeubalsteekproeftrekkings-prosedure* ook benut. Hierdie steekproeftrek-kingstegniek kom daarop neer dat die navorser met 'n deelnemer wat die navorsingsvraag ten beste kan beantwoord, 'n onderhoud voer. Na afloop van die onderhoud verneem die navorser dan of die deelnemer nie iemand anders ken nie wat ook ingelig is oor die onderwerp en genader kan word vir deelname aan die studie. Hierdie persoon word dan genader vir deelname en insluiting by die steekproef (Babbie, 2007:184-185; Grinnell & Unrau, 2014; Royse, 2011). Op hierdie wyse is verseker dat deelnemers betrek word wat die beste antwoorde op hierdie navorsingsvraag kan voorsien totdat 'n bevredigende aantal deelnemers ingesluit is in die studie (De Vos, et al. 2011:393). Die navorser het voortgegaan om deelnemers te betrek totdat die data versadig was (Alston & Bowles, 2003:90; Sarantakos, 2000:153). Volgens Tutty, et al. (1996:82) beteken versadiging van data dat die navorser al die kategorieë gedek het waarin sy hoop om data in te samel, en dat daar al hoe meer duplisering van data voorkom soos wat verdere onderhoude gevoer word. Vanaf ongeveer die agste onderhoud het duplisering begin plaasvind, en daarom het die navorser net tien onderhoude gevoer.

Samevattend kan gesê word dat steekproeftrekking vooraf baie goed deur die navorser oordink en beplan word, en dat hy/sy moet seker maak dat die metode van steekproeftrekking wat gebruik gaan word, die beste is vir die tipe navorsing wat gedoen gaan word. Die navorser het die doelgerigte steekproeftrekkingsmetode gekies, en die sneeubalsteekproeftrekkingsprosedure aanvullend gebruik, omdat hierdie metodes die beste manier van steekproeftrekking in hierdie navorsing was.

2.3.4 Fase 4: Implementering van besluite

2.3.4.1 Stap 10: Loodsprojek

In kwalitatiewe navorsing kan daar vir die loodsprojek een of meer persone met dieselfde karaktertrekke as dié van die hoof ondersoek ingesluit word. Hierdie is, volgens De Vos, et

al. (2011:75), stap 10 in fase 4 van die kwalitatiewe navorsingsproses. Hierdie is 'n kleinskaalse navorsingsprojek van wat met die breër projek beplan word. Die hoofdoel van die loodsprojek is om die uitvoerbaarheid van die studie te assesseer en om die meetinstrumente soos die onderhoudskedule te toets (De Vos, et al., 2011:75). Dit is dus daarop gemik om vas te stel of die verlangde data van die respondente verkry kan word (Royse, 1995:172).

Volgens Jannesick (in Denzin & Lincoln, 1994:172) laat die loodprojek in kwalitatiewe navorsing die navorser toe om op spesifieke areas te fokus wat moontlik voorheen onduidelik was, of om sekere vrae te toets. Sodoende is die navorser in staat om veranderinge aan te bring met die oog op kwaliteit onderhoude tydens die hoof ondersoek. Volgens Monette, Sullivan en De Jongh (1998:93) dra dit ook by tot die ontwikkeling van verhoudings met die respondente.

In hierdie navorsing is aanvanklik 'n loodsonderhoud gevoer met die eerste deelnemer en op band opgeneem. Die onderhoud op band is getranskribeer, en die transkripsie is aan die studieleier besorg vir evaluering en kommentaar. Dit het die navorser ook gehelp om in die opvolgende onderhoude te let op areas vir verbetering soos in die loodsonderhoud geïdentifiseer. Na terugvoering van die studieleier het die navorser die res van die onderhoude gevoer.

Samevattend kan daarop gewys word dat die loodsprojek in kwalitatiewe navorsing daarop gemik is om die navorser in staat te stel om moontlike tekortkominge en ontwikkelingsareas te identifiseer ten einde die uitvoerbaarheid van die studie te assesseer en om die meetinstrumente wat gekies is, te toets.

2.3.4.2 Stap 11: Implementeer die ontwerp, ontwikkel die protokol vir data-optekening en doen die literatuurstudie (indien nodig)

Hierdie is stap 11 van fase 4 van die kwalitatiewe navorsingsbenadering soos deur De Vos, et al. (2011:75) uiteengesit. Tydens hierdie stap moet al die besluite met betrekking tot die verkryging van die navorsingsmateriaal nou geïmplementeer word. Die data moet onmiddellik opgeteken word ten einde akkuraatheid te verseker (De Vos, et al., 2011:75).

Tydens dié stap moes die navorser besin oor hoe sy die data tydens die onderhoude gaan

opteken. Die navorser het gebruik gemaak van 'n bandopnemer, sowel as die afneem van notas tydens die onderhoud. Volgens Tutty, et al. (1996:56) hou die gebruik van 'n bandopnemer om die onderhoude op band te neem beide voor- en nadele in. Vir die deelnemer kan die teenwoordigheid van 'n bandopnemer 'n hindernis wees wat hom/haar blokkeer om gemaklik en openhartig te gesels oor die onderwerp ter sprake. Daarom is hulle vooraf ingelig oor die gebruik van die bandopnemer en is toestemming hiervoor verkry. Die navorser het ook aan hulle die doel van die gebruik van die bandopnemer verduidelik, naamlik: om te verseker dat inligting nie verlore gaan nie en dat sy haar onverdeelde aandag aan hulle kan gee. Tutty, et al. (1996:67-68) wys daarop dat daar egter meer voordele as nadele met dié metode van rekordhouding is, naamlik:

- die onderhoud word ten volle opgeneem,
- die navorser is meer op sy/haar gemak,
- die navorser se aandag kan onverdeeld op die onderhoud gefokus word, en
- die deelnemers kan later woord vir woord aangehaal word.

Met die afneem van notas tydens die onderhoud word beoog om dit wat nie op band vasgelê kan word nie, soos byvoorbeeld nie-verbale gedrag, deur middel van hierdie notas op rekord te plaas. Die voordeel hiervan is dat dit aanvullend tot die bandopnames kan wees, en dat die belangrike nie-verbale reaksies van die deelnemers so ook op rekord geplaas kan word. Ongelukkig kan dit irriterend wees vir die deelnemers en dit behoort tot die minimum beperk te word. Dit is ook vooraf met die deelnemers en pasiënte bespreek, en hul toestemming is ook hiervoor verkry (kyk Bylae 1-4). De Vos (1998:47) beveel aan dat 'n blad ontwerp word waarop inligting opgeteken kan word. Die navorser het die aanbeveling ingespan en dit as protokol gebruik vir die optekening van inligting.

Wat die literatuurkontrole betref, is reeds vroeër verduidelik hoe die navorser in die verband te werk gegaan het. Die literatuurkontrole is gedoen nadat die navorsing gedoen is, en dit is vergelyk met wat ander navorsers oor die verskillende onderwerpe te sê het. Dit word breedvoerig in Hoofstuk 8 bespreek.

Samevattend dui dit dus daarop dat die navorser gebruik gemaak het van beide die bandopnemer en die afneem van notas tydens die onderhoud as metode van data-optekening, en dat die noodsaaklikheid van die gebruik daarvan aan die deelnemers verduidelik is ten einde te verseker dat inligting nie verlore gaan nie.

2.3.5 Fase 5: Data-analise en verifiëring

2.3.5.1 Stap 12: Data-analise en verifiëring

Volgens De Vos, et al. (2011:402) is hierdie stap 12 van fase 5 van die kwalitatiewe navorsingsbenadering. Hierdie outeurs voorsien die volgende algemene riglyne wat die navorser in gedagte moet hou tydens kwalitatiewe *data-analise*:

- heroorweeg jou aanvanklike navorsingsvraag en hou in gedagte dat navorsingsvrae in kwalitatiewe studies kan verander soos die studie vorder
- gaan voort om die navorsingsdagboek te gebruik waarin alle analitiese denke en kritiese nabetragting rakende die navorsing opgeteken is
- volledige transkribering van die teks. Soms is 'n verbatim transkripsie van die teks nodig terwyl opsommende notas ander kere voldoende is, afhangende van die navorsingsvraag
- lees en herlees die teks en speel die bandopnames herhaaldelik ten einde vertrouwd te raak met die data
- evalueer die woorde krities wat deur die deelnemers gebruik is
- in die eerste plek moet die navorser bewus wees van die woorde en frases in die deelnemers se eie woordeskat, en wat hulle daarmee bedoel
- identifiseer die verskillende onderwerpe of temas en kodeer dit volgens elke lyn van elke onderhoud
- gebruik die konstante vergelykende metode om 'n allesomvattende koderingstelsel te ontwikkel. Dit sluit in 'n volgehoue benaming van kategorieë deur al die getranskribeerde onderhoude
- soos navorsers verskillende temas identifiseer, moet hulle ook soek na onderliggende ooreenkomste. Op hierdie wyse kan ook moontlike patrone geïdentifiseer word.

De Vos, et al. (2011:403) gebruik Creswell (2007:150-155) se uiteensetting van die *proses van kwalitatiewe data-analise*. Hierdie outeur het verskillende stappe van analise geïdentifiseer, maar dit behoort slegs as riglyn gebruik te word en nie rigied soos 'n resep nie. Hierdie stappe oorvleuel ook soms en sien soos volg daaruit:

- Voorbereiding en organisering van die data. Hierby word ingesluit die beplanning van die opname van die data, data-insameling en vooraf analise, bestuur van die data, en die lees en skryf van memos. De Vos, et al. (2011:404) wys daarop dat die gebruik

van meganiese toestelle soos bandopnemers versigtig oorweeg moet word. Dit moet die deelnemers se sensitiviteit in aanmerking neem en slegs gebruik word met hulle toestemming. Die navorser het dan ook die deelnemers sowel as die pasiënte se toestemming verkry om 'n bandopnemer te gebruik (kyk Bylae 1-4).

- Verminder die data. Dit behels die ontwikkeling van kategorieë en die kodering van die data, toetsing van die veronderstellings wat daaruit voortspruit en die soeke na alternatiewe verklarings, en die interpretering en ontwikkeling van gemeenskaplike eienskappe of tipologieë. Die navorser het 'n kodestelsel gebruik waar 'n kode gegee is aan die verskillende temas en kategorieë wat uit die getranskribeerde onderhoude na vore gekom het, byvoorbeeld "hs" as hartseer geïdentifiseer is. Die verskillende temas en kategorieë oor gevoelens is dan onder 'n sambreeltema gegropeer, naamlik 'versorgers se gevoelens en reaksies'. So is met al die temas wat geïdentifiseer is, gedoen totdat aan elkeen 'n kode gegee is en hulle saam gegropeer is in temas.
- Die visualisering en aanbieding van die data. In hierdie fase bied die navorser die data aan wat ingesamel is. Dit kan gedoen word by wyse van tabelle of figure, of enige sodanige vorm van aanbieding waar die resultate van die navorsing op 'n visuele wyse aangebied word. Die navorser het gebruik gemaak van 'n tabel waarin die verskillende deelnemers gereflekteer is.

Samevattend kan gesê word dat data-ontleding daarop gemik is om data te sif, te sorteer en te organiseer, en om dit te kan doen is daar in hierdie navorsing gebruik gemaak van Creswell (2007:150-155) se uiteensetting van die proses van kwalitatiewe data-analise.

Ten opsigte van die *data-verifiëring* is daar van Lincoln en Guba (1999) se model, soos deur De Vos, et al. (2011:419-421) bespreek, gebruik gemaak. Hierdie outeurs gebruik die volgende vier kriteria vir data-verifiëring, naamlik: *geloofwaardigheid*, *toepaslikheid*, *betroubaarheid* en *gelykvormigheid / insiklikheid*. Elkeen sal kortliks bespreek word:

2.3.5.1.1 *Geloofwaardigheid*

Die doel van geloofwaardigheid is, volgens De Vos, et al. (2011:419-420), om te bewys dat die ondersoek so gedoen is dat die onderwerp van die ondersoek akkuraat geïdentifiseer en beskryf is. Die navorser vra die vraag of daar 'n ooreenkoms is tussen die deelnemers se siening en die navorser se weergawe daarvan. Indien dit bewys kan word, kan die navorsing as geloofwaardig beskou word. Lincoln en Guba, 1999 (in De Vos, et al., 2011:420) verwys

na die volgende strategieë om die geloofwaardigheid in kwalitatiewe navorsing te verseker:

- verlengde verbintenis en voortdurende waarneming in die veld
- triangulasie van verskillende metodes
- portuurgroep-evaluering
- vormgee aan kwalitatiewe metodes

Samevattend kan genoem word dat een van die maniere om die kwaliteit van kwalitatiewe navorsing te bevestig, geloofwaardigheid is. Om geloofwaardigheid te verseker kan gebruik gemaak word van sekere strategieë soos: verlengde verbintenis met die veld, triangulasie, portuurgroep-evaluering, en vormgee aan kwalitatiewe metodes.

2.3.5.1.2 Toepaslikheid

Toepaslikheid gaan oor die mate waartoe die navorsingsbevindinge toegepas kan word in 'n ander konteks of omgewing of op ander groepe (De Vos, et al., 2011:420). In kwalitatiewe navorsing beteken dit nie om die bevindinge van die steekproef te veralgemeen tot 'n universum nie, maar eerder dat as 'n persoon wat nie deel van die navorsing was nie, die bevindinge van die navorsingstudie lees wat sy/haar storie verteenwoordig, hy/sy in staat sal wees om hulleself daarmee te identifiseer. Lincoln en Guba, 1999 (in De Vos, et al., 2011:420) wys egter ook daarop dat die oordraagbaarheid van bevindinge, al dan nie, nie die probleem van die oorspronklike navorser is nie, maar dié van die persoon wat dit wil oordra. Solank die oorspronklike navorser voldoende beskrywende data voorsien het vir sy/haar bevindinge, is die probleem van toepaslikheid aangespreek.

Samevattend kan daarop gewys word dat toepaslikheid bepaal word deur die strategie van oordraagbaarheid, en in hoe 'n mate die navorsingsbevindinge toegepas kan word in 'n ander konteks of omgewing of op ander groepe. Dit is egter die probleem van die persoon wat dit wil oordra, en nie dié van die oorspronklike navorser nie.

2.3.5.1.3 Vertroubaarheid

Volgens De Vos, et al. (2011:420) vra die navorser hier of die navorsingsproses logies, goed gedokumenteer en ge-oudit is. 'n Kriteria wat in hierdie hoofstuk toegepas is om vertroubaarheid te bewys, is 'n vertroubaarheidsoudit. Dit is 'n beskrywing van die navorsingsmetodes, met verwysing na data-insameling, data-ontleding, en interpretasie soos dit in hierdie navorsing gedoen is.

Samevattend kan genoem word dat vertroubaarheid daarop dui dat die navorsingsproses goed gedokumenteer en ge-oudit moet wees. Hiervoor is gebruik gemaak van 'n vertroubaarheidsoudit.

2.3.5.1.4 Bevestigbaarheid

Volgens De Vos, et al. (2011:421) beteken bevestigbaarheid dat die navorsingsbevindinge vry is van die navorser se vooroordele, en dus objektief is. Dit verwys na die mate waartoe die bevindinge alleenlik 'n funksie is van die informante en die toestande van die navorsing, en nie van die vooroordele, motiverings en perspektiewe van die navorser nie (Lincoln & Guba, 1999 in De Vos, et al., 2011:421). Hierdie outeurs verskuif die klem van die navorser na die data. Die kriteria wat in die navorsingstudie ingespan is om bevestigbaarheid te verhoog, is 'n bevestigbaarheidsoudit. Dit beteken dat die bandopnames van die onderhoude, asook die getranskribeerde weergawes daarvan, beskikbaar gemaak is aan 'n kollega wat op Meestersvlak kennis van navorsing het, om so 'n oudit moontlik te maak. Verder word die navorsingsmetodologiese proses wat gevolg is, in hierdie hoofstuk geboekstaaf. 'n Literatuurkontrolle is ook gedoen.

Samevattend kan daarop gewys word dat dit belangrik is om daarop te let dat ook die bevestigbaarheid van die navorsing verseker moet word, en om dit te doen is gebruik gemaak van 'n bevestigbaarheidsoudit waarvoor die bandopnames van die onderhoude en die getranskribeerde weergawes daarvan beskikbaar gemaak is aan 'n kollega.

2.3.5.2 Stap 13: Verslagskrywing

Hierdie is, volgens De Vos, et al. (2011:424) die laaste stap (stap 13 in fase 5) in die kwalitatiewe navorsingsproses. Die navorsingsverslag is voltooi na afhandeling van die navorsingstudie, en word as eindproduk van hierdie fase beskou.

2.4 OMSKRYWING VAN SLEUTELKONSEPTE

Die volgende sleutel begrippe wat deurgaans in die verslag gebruik word, word gedefinieer ten einde enige verwarring te voorkom en die leesbaarheid van die verslag te vergemaklik:

2.4.1 Belewensise

Volgens die Nasionale Woordeboek van De Villiers, Smuts, Eksteen en Gouws (1985:48) beteken 'beleef': ondervind, smaak, deurmaak.

Gouws, Louw, Meyer en Plug (1982:32) omskryf die begrip ‘belewenis’ soos volg: “’n Ervaring van besondere aard wat met heelwat emosie gepaard gaan”.

Volgens Labuschagne en Eksteen (1993:68) is ‘belewenis’: “’n ervaring wat in vergeestelike vorm bewaar word, ‘n ondervinding”.

2.4.2 Behoeftes

Die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:6) definieer ‘behoefte’ as fisiese, psigiese, geestelike, materiële en maatskaplike vereistes vir oorlewing, welsyn en selfverwesenliking.

Odendal, Schoonees, Swanepoel, Du Toit en Booysen (1991:74) definieer ‘behoefte’ as dit wat nodig is, of ‘n innerlike drang tot iets.

2.4.3 Versorger

Volgens die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:67) is ‘versorger’ ‘n persoon wat verantwoordelik is vir die versorging van ander persone.

2.4.4 Familie

Die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:15) definieer ‘n ‘familie’ as persone wat deur bloed of die huwelik verwant is.

Vir die doel van die navorsing is Pequegnat en Szapocznik (2000:28-29) se siening gehuldig dat ‘n familie in die geval van VIGS-lyers uniek is, en in baie gevalle gekenmerk word deur geen biologiese verwantskappe nie. Zlotnik (1987:2) beveel ook aan dat die beskrywing van ‘n familie vir die doel van VIGS-lyers verbreed moet word sodat dit ook ander persone wat met een of ander vorm van ‘n verhouding aan die familie verbonde is, sal akkommodeer.

2.4.5 VIGS

VIGS is ‘n groep siektes wat voorkom nadat MIV die liggaam swak gemaak het (Hattingh, 2001:23). Dit kan soos volg verklaar word:

V	=	Verworwe (met ander woorde gekry)
I	=	Immunititeit (weerstand)
G	=	Gebrek
S	=	Sindroom.

2.5 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk word die kwalitatiewe navorsingsproses bespreek soos wat dit in hierdie navorsingstudie toegepas is. Dit is gedoen aan die hand van die fases en stappe die kwalitatiewe navorsingsproses soos uiteengesit deur De Vos, et al. (2011:77 & 295).

Die eerste fase in die proses is gemoeid met die keuse van 'n navorsbare probleem, of onderwerp, of tema. Die probleemformulering wat tot hierdie navorsingstudie aanleiding gegee het, is die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledes as VIGS-versorgers. Daar is egter 'n gebrek aan literatuur oor hierdie onderwerp, en geen beduidende literatuur wat spesifiek oor hierdie onderwerp handel kon opgespoor word nie.

In fase 2 van die kwalitatiewe navorsingsproses is aandag gegee aan die formele formulering van die navorsing, en is die karaktertrekke inherent aan die kwalitatiewe navorsingsbenadering van nader beskou ten einde te bepaal of dit die gepaste benadering sou wees om in die navorsingsprojek te gebruik. Etiese oorwegings wat in aanmerking geneem is tydens die navorsing het aandag gekry.

In fase 3 het die bespreking gesentreer rondom die beplanning van die kwalitatiewe navorsingsproses, en is aandag gegee aan die plek van literatuuroorsig, die keuse van die kwalitatiewe navorsingsontwerp en die metode van data-insameling en analise. Die semi-gestruktureerde onderhoud is ingespan as metode van data-insameling, en die koderingstelsel is as metode van analise ingespan. Die beplanning van kwalitatiewe steekproeftrekking het ook aandag geniet.

Fase 4 handel oor die implementering van besluite wat geneem is, en hier is aandag gegee aan die loodsprojek, asook die metode van optekening van die data tydens die data-insameling. Vir laasgenoemde is die bandopnemer en notas gebruik, en dit is in hierdie afdeling bespreek, asook die literatuurstudie.

Fase 5 akkommodeer die proses van data-analise, verifiëring en verslagskrywing. In hierdie afdeling is aandag gegee aan onder andere ook die kwessie van vertrouenswaardigheid van die navorsing en is gekyk na die verskillende kriteria in die verband. Verder is ook aandag gegee aan die verslag.

Ten slotte is gekyk na die omskrywing van sekere sleutelkonsepte.

HOOFSTUK 3

KRITIESE BESKRYWING EN VOORKOMS VAN MIV/VIGS

3.1 INLEIDING

Die wêreldwye VIGS-epidemie is een van die belangrikste gesondheidsvraagstukke van ons tyd. Soms blyk dit ook dat dit toeneem, nie net wêreldwyd nie, maar ook in Suid-Afrika. Tydens die derde Suid-Afrikaanse Vigskonferensie (vanaf 5 tot 8 Junie 2007) in Durban is kommerwekkende statistiek bekend gemaak, soos die feit dat 5.6% van die wêreldbevolking met MIV saamleef. Feit is dat 'n groot aantal van hierdie mense later VIGS-lyers word.

VIGS is die siekte wat die lewens van persone van alle ouderdomme, geslagte of rasse eis, en raak elke gemeenskap op verskillende wyses en op alle gebiede finansiële, emosioneel en maatskaplik.

In hierdie hoofstuk word gekyk na die begripsomskrywing van VIGS, kliniese gegewens, die voorkoms, oorsake en verspreiding, en laastens sal aandag gegee word aan die fases van MIV/VIGS.

3.2 BEGRIPSOMSKRYWING VAN MIV/VIGS

Wanneer die begrip VIGS beskryf word, is dit ook nodig om die term MIV daarby in te sluit, aangesien die twee baie nou met mekaar in verband staan. Die een lei tot die ander soos ook bevestig word deur 'n internet bron: <http://www.lando.co.za/rooibos/deogloria/vigs.htm> (19 September 2006). Volgens hierdie bron is VIGS 'n ernstige en baie gevaarlike siekte wat deur 'n kiem, bekend as die MI-virus, veroorsaak word. Dit beskadig die immuniteitstelsel van die menslike liggaam.

'n Internet bron, <http://af.wikipedia.org/wiki/MIV> (18 Desember 2006) sluit hierby aan deur daarop te wys dat MIV 'n lid is van 'n groep virusse wat bekend staan as die *retroviridae* en is dus 'n retrovirus, so genoem omdat die virusse van 'n spesifieke ensiem, tru-transkriptase, gebruik maak om te vermenigvuldig in menslike selle. 'n Retrovirus besit nie sy eie DNA nie (waarin die genetiese inligting van meeste organismes gestoor word in die sel se kern) maar stoor sy genetiese materiaal in die vorm van RNA. Wanneer 'n retrovirus soos MIV 'n

gasheer-sel indring, word die tru-transkriptase ensiem gebruik om die DNA van die gasheer-sel te “kaap” en so kopieë van die oorspronklike virus te maak.

MIV/VIGS word veroorsaak deurdat spesiale witbloedselle, die CD4+ T-selle, aangeval en vernietig word. Die CD4-selle is limfosiete, ‘n groep witbloedselle wat normaalweg die menslike immuunstelsel koördineer in geval van infeksie of ontsteking. Die virus vermenigvuldig binne-in die CD4-selle en soos nuwe virusse vrygestel word, word die selle vernietig. Omdat die virus die immuunstelsel self aanval, kan die liggaam nie sy gewone meganisme gebruik om homself te beskerm nie. Die sterk vermindering van die normale aantal CD4-selle sorg daarvoor dat ander patogene (virusse, bakterieë, parasiete en swamme), wat gewoonweg sonder probleme deur die menslike immuunstelsel sou beveg word, in staat is om ernstige siektetoestande te veroorsaak. VIGS ontstaan dus wanneer die CD4-telling na ‘n kritieke vlak daal. (Onder 3.3.1 word meer inligting hieroor voorsien). Die CD-4-telling is taamlik maklik om vas te stel met ‘n roetine bloedtoets.

Verskeie ander definisies het deur die jare ontstaan om VIGS te beskryf. So het die *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), wat in Atlanta, Georgia, gestasioneer is, in 1982 hulle eerste definisie geformuleer. Soos daar meer inligting na vore gekom het oor die oorsake van MIV-infeksie en die aard van die virus self, is die definisie van VIGS herhaaldelik hersien ten einde die lys van siektes wat as diagnostiese indikatore van hierdie siekte gedien het, uit te brei. Vroeë definisies was gebaseer op die opportunistiese infeksies wat gevind is in MIV-geïnfekteerde mans. Gevolglik het vrouens wat nie die simptome, wat gedek is deur die amptelike VIGS-definisie, gehad het nie, nie in aanmerking gekom vir ongeskiktheidsvoordele en VIGS-verwante medikasie en terapie nie. Die huidige definisie van die CDC vir VIGS is geformuleer in 1993, en dit sluit 26 opportunistiese infeksies en kankers in wat beide mans en vrouens affekteer, en wat bekend staan as diagnostiese indikatore. Dit beklemtoon ook die vlak van die CD4-selle in die bloed. Medici maak vandag die diagnose van VIGS in enigeen met ‘n CD4-telling onder 200 selle per mikroliter bloed, afhangende van die verwante siektes wat hulle mag hê. (Bartlett, 2002:16-17).

Barker (1995:4) definieer VIGS as die siekte wat deur die MI-virus veroorsaak word en altyd tot die dood lei. Lloyd (1995:1257) sluit hierby aan en definieer MIV/VIGS soos volg: “The human immunodeficiency virus (HIV) is a sexually transmitted and bloodborne retrovirus that undermines and ultimately destroys the immune system. HIV has been firmly established

as the cause of acquired immune deficiency syndrome (AIDS). AIDS is now recognized as the end-stage of the HIV disease, a process that includes the infection, as asymptomatic period, recurrent and episodic symptoms and opportunistic diseases, a complete breakdown of the immune system, and finally death”.

Van Dyk (2001:4) dui op VIGS as ‘n siekte eerder as ‘n versameling van verskeie siektetoestande wat op die liggaam manifesteer, omdat die MI-virus veroorsaak dat die liggaam homself nie meer teen die patogeen wat die liggaam binnedring, kan verdedig nie.

Duggan (2000:3) definieer VIGS soos volg: “AIDS is a syndrome which is caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV). When people are infected with HIV they are initially asymptomatic. The virus gradually destroys their immune system, and in the majority of cases HIV developed into AIDS within approximately eight years”.

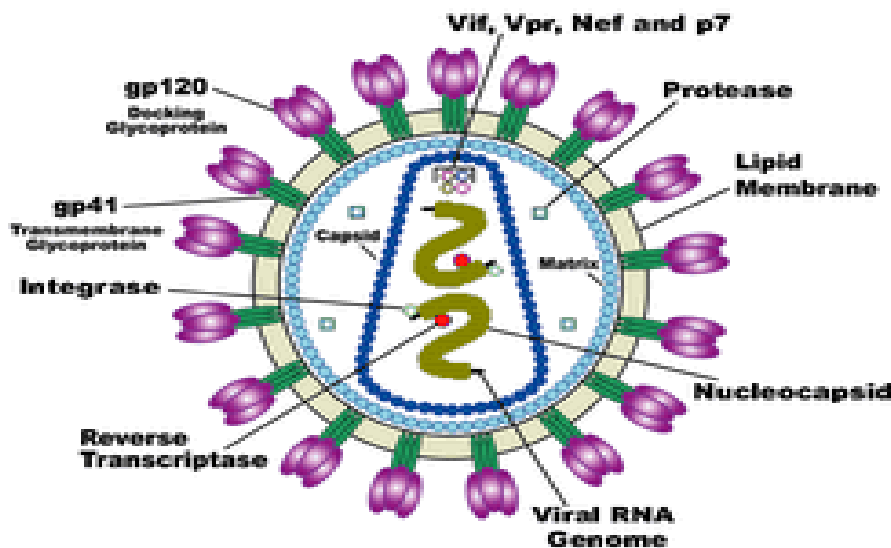
Volgens ‘n internet bron: <http://af.wikipedia.org/wiki/MIV> (18 Desember 2006) bestaan daar tans twee variante van die vigsvirus: MIV-1 is die klassieke oorsaak van VIGS, en is wydversprei dwarsdeur die wêreld. MIV-2 is besonder nou verwant aan SIV, ‘n virus wat ‘n VIGS-soortgelyke siekte in ape veroorsaak, en daar word gedink dat MIV vermoedelik ontstaan het toe ‘n aap-retrovirus na mense oorgegaan het.

Uit die ervaringsveld van die navorser met betrekking tot werk met VIGS-pasiënte, wil dit voorkom asof die omskrywing van die *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) van 1993, tesame met die omskrywing van Duggan (2000:3) tans die mees toepaslike omskrywings van VIGS is. Dit sluit al die belangrikste komponente in van wat vandag verstaan word onder VIGS, naamlik dat dit veroorsaak word deur die MI-virus wat geleidelik die immuunsisteem van die geïnfekteerde persoon aanval en dat dit gepaard gaan met ‘n aantal opportunistiese infeksies en kankers. Binne die bestek van agt tot tien jaar kan dit dan ontwikkel in VIGS, wat beteken dat die vlak van die CD4-selle in die bloed daal tot onder 200 selle. Dit is ook hierdie uitgangspunt wat gebruik is in hierdie studie, wat beteken dat wanneer gepraat word van ‘n VIGS-lyer, dit iemand is wie se toestand aan hierdie kriteria beantwoord.

3.3 KLINIESE GEGEWENS VAN MIV/VIGS

3.3.1 Oorsprong van MIV/VIGS

‘n Internet bron, <http://www.mieliestronk.com/vigs.html> (15 November 2007) verstrekket betekenisvolle inligting oor waar MIV en VIGS hulle oorsprong het, en dit sal ook as verduideliking hier aangewend word. Verskeie ander skrywers se verduideliking sluit ook hierby aan. (vgl. AidsJourneys.Org, 2003:2; Evian, 2003:5; Van Deventer, 1999:12; Van Dyk, 2002:8-12; Smart, 1993:16; Togni, 1997:12). Volgens <http://www.mieliestronk.com/vigs.html>, (2014:3-4) is biologiese virusse enige aantal organiese entiteite wat bestaan uit genetiese materiaal wat deur ‘n beskermende omhulsel omring word. Die term “virus” is die eerste keer in die jare tagtig van die negentiende eeu gebruik. Dit was om organismes te beskryf wat siektes veroorsaak maar wat kleiner as bakterieë is. Die volgende figuur verduidelik die voorkoms van die MI-virus.



Figuur 3.1: Die voorkoms van die MI-virus (Microsoft Library, 2002)

Die virus op sigself is ‘n lewlose ding, maar binne-in lewende selle kan hy herhaaldelik presiese weergawes van homself skep en sy gasheer in die proses benadeel.

Nukleïensure is uiters komplekse molekules wat deur lewende selle en virusse geproduseer word. Hulle het minstens twee funksies, naamlik om erflike eienskappe van geslag tot geslag oor te dra en om die vervaardiging van bepaalde proteïene aan die gang te sit. Die nukleïensure is die grondbestanddele van alle lewende dinge. Die twee klasse nukleïensure is die deoksiribonukleïensure (DNS) en die ribonukleïensure (RNS). Die ruggrate van sowel

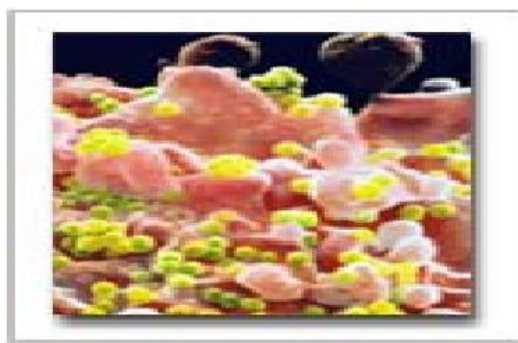
DNS- as RNS-molekules is spiraalvormige stringe (kyk Figuur 3.1 – “Viral RNA”). Hieraan is ‘n menigte kleiner molekules geheg en die volgorde van hierdie molekules aan die string bepaal die kode van die besondere nukleïensuur (kyk Figuur 3.1 – “ucleocapsid”). Die kode laat weet op sy beurt aan die sel hoe hy óf ‘n presiese weergawe van homself moet skep óf hoe hy die proteïene moet vermenigvuldig wat hy vir oorlewing nodig het, (<http://www.mieliestronk.com/vigs.html>, 2014:3-4).

Volgens <http://www.mielistronk.com/vigs.html>, (2014:4) bevat alle lewende selle die genetiese materiaal DNS. Die selle van soogdiere bevat ‘n menigte DNS-stringe wat in chromosome saamgegroepeer is. Die struktuur van die DNS-molekule of kombinasie van DNS-molekules bepaal die vorm en funksie van die nakomelinge. Sekere virusse, wat retrovirusse genoem word, bevat slegs RNS (kyk Figuur 3.1) pleks van DNS, maar soos reeds gesê word virusse op sigself in die reël nie as ware lewende organismes beskou nie.

Sekere soorte RNS het ‘n ietwat ander funksie as dié van DNS. Hulle neem deel aan ‘n wesenlike opbouing van die proteïene wat ‘n sel produseer (kyk Figuur 3.1 – “Protease”). Baie virusse vermenigvuldig deur die gasheer-selle te “dwing” om nog virusse te vervaardig. Die virus injekteer sy eie RNS in die gasheer-sel en die gasheer-sel gehoorsaam die kode van die indringer-RNS pleks van sy eie (kyk Figuur 3.1 – “Integrase”). Sodoende maak die sel proteïene wat in der waarheid virusse pleks van proteïene is wat vir die funksionering van die sel nodig is. Die gasheer-sel word vernietig en die nuut gevormde virusse kan nou hul RNS in ander gasheer-selle injekteer (<http://www.mieliestronk.com/vigs.html>, 2014:4). Retrovirusse is virusse wat gekenmerk word deur ‘n unieke manier van vermenigvuldiging binne die selle van hul gasheer. Soos sekere ander virusgroepe bevat retrovirusse ‘n kern van die nukleïensuur RNS pleks van die gewone DNS. Anders as ander RNS-virusse vermenigvuldig retrovirusse as DNS- pleks van RNS-genome binne-in hul gasheer deur middel van ‘n ensiem wat hulle dra, genaamd omgekeerde transkriptase (kyk Figuur 3.1 – “Reverse Transcriptase”). Die retrovirusse veroorsaak verskillende besmettings in voëls en soogdiere, ook die mens. Sekere soorte veroorsaak ook kankers in diere en moontlik ook in mense. Die MI-virus wat VIGS veroorsaak, is ook ‘n retrovirus (<http://www.mielistronk.com/vigs.html>, 2014:4).

Verworwe Immuniteitsgebreksindroom of VIGS is ‘n kliniese sindroom (‘n groep van verskillende ongesteldhede wat saam ‘n siekte kenmerk) wat veroorsaak word deur skade aan

die immunitestelsel weens infektering met die MI-virus. In mense wat met die MI-virus geïnfekteer is, is daar 'n geleidelike verlies aan immunitetselle en immunitetsfunksie. Bartlett (2002:3) verduidelik dat wit bloedselle van die immuunstelsel, bekend as T-selle, wat 'n wye verskeidenheid siektebestrydende meganismes orkestreer, veral kwesbaar is vir die MI-virus. Sekere van hierdie T-selle wat die kwesbaarste is, is die selle wat bekend staan as die CD4-selle. Wanneer die MI-virus die CD4-selle infekteer, vervaardig dit nuwe MI-virusse wat dan die sel verlaat, en die CD4-sel in die proses vernietig. Bartlett (2002:3) wys ook daarop dat geen bestaande mediese behandeling MIV totaal uit die liggaam kan verwyder as dit eers eenkeer die menslike selle binnegedring het nie.



Figuur 3.2: Die voorkoms van 'n T-sel wat deur die MI-virus geïnfekteer is (Microsoft Library, 2002)

Die verlies van CD4-selle stel die gesondheid in gevaar aangesien hierdie immuunselle ander tipes van immuunselle help om organismes binne te dring. Die meeste gesonde persone het meer as 1 000 CD4-selle per mikroliter bloed. In 'n persoon met MIV, vernietig die virus geleidelik die CD4-selle oor 'n periode van jare, waartydens dit die sel se beskermde funksie verminder, en die immuunstelsel verswak. Wanneer die CD4 selle verminder tot 200 selle per mikroliter bloed, raak die geïnfekteerde persoon kwesbaar vir enige van ongeveer ses-en-twintig opportunistiese infeksies en seldsame kankers wat die voordeel van die verswakte immuunstelsel benut om siektes te veroorsaak. As die verlies aan immunitetsfunksie nie behandel word nie, lei dit uiteindelik tot die ontwikkeling van siektes wat veroorsaak word deur gewone besmettings wat nie 'n bedreiging vir gesonde mense inhou nie. Sonder behandeling duur dit in die reël ses tot tien jaar vanaf besmetting tot die ontwikkeling van VIGS, maar die verloop van die siekte kan grootliks van individu tot individu wissel.

Uit bogenoemde is dit duidelik dat, wanneer die individu met die MI-virus geïnfekteer is, die immuunstelsel in so 'n mate afgetakel word dat dit vatbaar is vir enige siektes wat uiteindelik tot die dood van 'n persoon kan lei.

3.3.2 Redes waarom die menslike immunitestelsel nie effektief teen MIV kan werk nie

Die makrofaag is 'n spesifieke soort sel en dien as die liggaam se skoonmaker of aasdier. Hierdie selle beweeg deur middel van die bloedstroom dwarsdeur die liggaam en raak ontslae van enige afval soos byvoorbeeld dooie selle of klein mikro-organismes wat nie in die liggaam hoort nie. Wanneer 'n makrofaag 'n virus teëkom, word die virus “ingesluk”, maar die buitenste spykeragtige deel van die virus bly uithang. Die makrofaag “weet” dat die virus nie daar hoort nie en dat die res van die immunitestelsel in kennis gestel moet word. Wanneer die makrofaag die MIV virus “insluk”, stel die virus sy materiaal vry binne-in die makrofaag self. Die geïnfekteerde makrofaagsel sterf nie, soos die CD4 selle nie, maar bly lewe vir jare en produseer op die manier nog MIV virusse. Na infektering funksioneer die makrofaagselle nie meer korrek nie en sal dus alle nuwe infeksies ignoreer. Die liggaam identifiseer voldoende makrofae en daarom word daar nie nog makrofae geproduseer nie.

Indien die makrofae in die liggaam nie effektief werk nie, kan hulle nie die CD4-selle waarsku teen infeksies nie. Nou word die liggaam vatbaar vir siektes en infeksies wat die liggaam onder normale omstandighede sou kon afweer. 'n Groot verskeidenheid indringers maak van die geleentheid gebruik om die liggaam aan te val en veroorsaak opportunistiese infeksies, aangesien virusse nou gebruik maak van die geleentheid om te groei en te vermeerder op 'n verswakte immunitestelsel. Wanneer die menslike immunitestelsel genoegsaam verswak en beskadig is, sodat verskillende opportunistiese siektes en infeksies hulle verskyning maak, word die persoon met Verworwe Immuniteitsgebreksindroom (VIGS) gediagnoseer. (vgl. Smart, 1993:16; Van Deventer, 1999:12; Van Dyk, 2002:56).

3.3.3 Tekens en simptome van VIGS

Wanneer 'n persoon besmet word met MIV, is daar gewoonlik nie duidelike tekens nie. Volgens <http://www.sedibafountain.org.za> (13 November 2006) kan 'n persoon positief wees vir baie jare sonder dat hy/sy daarvan weet. In hierdie situasie is dit maklik om iemand anders te besmet sonder dat 'n persoon dit bedoel het.

Gewoonlik besef mense eers dat hulle MIV positief is wanneer hulle begin ly aan MIV/VIGS verwante siektes. Hierdie siektes sluit die volgende in:

- Veluitslag.

- Geswelde kliere.
- Nagsweet.
- Verlies aan eetlus.
- Herhaalde diarree.
- Tuberkulose.
- Longontsteking.

Daar is sommige vorms van kanker en ander siektes wat spesiaal is vir VIGS, maar meestal kry mense met MIV/VIGS dieselfde siektes soos enige ander persoon. Omdat hulle liggame egter nie die siektes kan beveg nie, kry hulle meer dikwels siektes wat hulle nie kan afskud nie.

Die navorser is van mening dat dit noodsaaklik is om ook te kyk na die voorkoms van MIV/VIGS, sodat 'n geheelbeeld oor hierdie pandemie gevorm kan word. Daar sal dus vervolgens hieraan aandag gegee word deur eers te kyk na die voorkoms wêreldwyd en in die Sub-Sahara streek. Daarna sal dit nader gebring word en spesifiek gekyk word na die voorkoms in Suid-Afrika, die Wes-Kaap, en dan in George self.

3.4 DIE VOORKOMS VAN MIV/VIGS

3.4.1 Wêreldwyd

Die verskillende bronne wat oor die statistiek rondom die voorkoms van MIV/VIGS rapporteer, stem saam dat hierdie pandemie reeds baie lewens geëis het, en dat dit wil voorkom asof dit lank nog nie uitgewoed is nie (vgl.: <http://www.jeugfokus.org.za>, 2006;, <http://web.worldbank.org>, 2006;, Department of Health, 2010). Volgens Duggan (2000:3) is VIGS een van die belangrikste gesondheidsvraagstukke van ons tyd. Op 27 Julie 2006 is inligting van die internet bekom (<http://www.kaiseredu.org/topics.asp>) wat daarop wys dat reeds sestig miljoen mense wêreldwyd in die meer as twee dekades sedert die begin van die epidemie met MIV geïnfekteer is. Dit sluit die in wat reeds gesterf het.

Tydens die derde Suid-Afrikaanse VIGS-konferensie van 5 tot 8 Junie 2007 is bekend gemaak dat 5,6% van die wêreldbevolking met VIGS leef. Duggan (2000:3) berig dat sedert VIGS die eerste keer in die Verenigde State op 5 Junie 1981 deur die *Centers for Disease Control* gerapporteer is, die aantal persone met VIGS, sowel as die aantal sterftes, geometries toegeneem het. Gedurende Mei 1999 was die aantal gerapporteerde VIGS-gevalle in die Verenigde State 688 200, waarvan 410 800 gesterf het. Goicoechea-Balbona (1998:2) gee

verskillende statistieke weer oor die voorkoms van VIGS in veral die Staat Florida.

[Http://www.kaiseredu.org/topics.asp](http://www.kaiseredu.org/topics.asp) (2006:1) postuleer ook verder dat, in die meer as twee dekades sedert die begin van die MIV/VIGS epidemie, is meer as sestig miljoen mense wêreldwyd deur HIV geïnfekteer, insluitende die meer as twintigmiljoen wat reeds dood is. [Http://web.worldbank.org](http://web.worldbank.org) (24 Mei 2006) noem dat 'n geskatte 40,3 miljoen mense gedurende 2005 wêreldwyd geleef het met VIGS. In dieselfde jaar is 4,9 miljoen mense nuut geïnfekteer. [Http://www.avert.org/worldstats.htm](http://www.avert.org/worldstats.htm) (23 Mei 2006) berig verder dat 'n geraamde 3,1 miljoen mense gedurende 2005 dood is as gevolg van VIGS.

Die nuutste statistiek oor die hele MIV/VIGS-epidemie is in 2014 deur UNAIDS vrygestel, en daarvolgens het die persone wat met VIGS leef sedert 1990 van agt miljoen tot vyf-en-dertig miljoen aan die einde van 2013 gestyg (UNAIDS Gapreport 2014:17). Volgens hierdie verslag styg hierdie syfer omdat meer mense langer leef as gevolg van anti-retrovirale terapie, terwyl die aantal nuwe MIV-infeksies, hoewel dit afgeneem het, steeds hoog is. 'n Geraamde 0,8% van volwassenes tussen die ouderdom 15-49 jaar wêreldwyd leef met MIV. Daar is 3,2 miljoen kinders jonger as 15 jaar wat leef met MIV, en 4 miljoen jongmense 15-24 jaar wat leef met MIV waarvan 29% adolessente tussen die ouderdom van 15-19 jaar oud is (UNAIDS Gapreport, 2014:17).

Die verslag van die Wêreld Gesondheidsorganisasie (UNAIDS/WHO, 2014:1), gee die globale opsomming van die VIGS-epidemie aan die einde van 2013 soos volg weer:

Tabel 3.1: Die globale VIGS-epidemie aan die einde van 2013

	Volwassenes	Kinders (<15 jaar)	Totaal
Aantal persone wat leef met VIGS in 2013	31,8 miljoen	3,2 miljoen	35 miljoen
Nuwe infeksies gedurende 2013	1,9 miljoen	240 000	2,1 miljoen
VIGS-sterftes in 2013	1,3 miljoen	190 000	1,5 miljoen

Bron: Verslag van: WHO – HIV department (July 21, 2014)

Wêreldwye statistiek aan die einde van 2013 word deur die UNAIDS FACT SHEET (2014:1) vergelykenderwys van 2001-2013 soos volg weergegee:

Tabel 3.2: Wêreldwye VIGS-statistiek tussen 2001 en 2013

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Persone wat leef met MIV	29,8 miljoen	30,7 miljoen	31,4 miljoen	31,8 miljoen	32,1 miljoen	32,4 miljoen	32,7 miljoen	33,1 miljoen	33,4 miljoen	33,8 miljoen	34,2 miljoen	34,6 miljoen	35,0 miljoen
Nuwe MIV-infeksies (totaal)	3,4 miljoen	3,3 miljoen	3,1 miljoen	3,0 miljoen	2,9 miljoen	2,8 miljoen	2,7 miljoen	2,6 miljoen	2,5 miljoen	2,5 miljoen	2,4 miljoen	2,2 miljoen	2,1 miljoen
Nuwe MIV-infeksies (volwassenes)	2,9 miljoen	2,7 miljoen	2,6 miljoen	2,4 miljoen	2,3 miljoen	2,2 miljoen	2,2 miljoen	2,2 miljoen	2,1 miljoen	2,1 miljoen	2,1 miljoen	2,0 miljoen	1,9 miljoen
Nuwe MIV-infeksies (kinders)	580 000	580 000	580 000	570 000	550 000	520 000	490 000	460 000	400 000	360 000	330 000	270 000	240 000
VIGS- verwante sterftes	2,0 miljoen	2,1 miljoen	2,3 miljoen	2,4 miljoen	2,4 miljoen	2,3 miljoen	2,2 miljoen	2,1 miljoen	2,0 miljoen	1,9 miljoen	1,8 miljoen	1,7 miljoen	1,5 miljoen
Persone wat gebruik gemaak het van behandeling									5,2 miljoen	7,4 miljoen	9,0 miljoen	10,6 miljoen	12,9 miljoen

Bron: UNAIDS FACT SHEET (2014:5)

Wanneer die bogenoemde twee tabelle ge-evalueer word, blyk dit dat die persone wat leef met VIGS, steeds styg, en dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat al hoe meer VIGS-lyers gebruik maak van behandeling, soos blyk uit tabel 3.2. Die sterftes as gevolg van VIGS het afgeneem sedert 2007. 'n Belangrike feit is dat die nuwe infeksies onder kinders tussen 2001 en 2013 met meer as die helfte verminder het. Hierdie tendens kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat meer swanger vroue toegang tot behandeling tydens die geboorte van hulle kinders het.

Dit kan waardevol wees om te kyk na die VIGS statistiek in die verskillende wêrelddele, en dit sal vervolgens gedoen word. Die jongste statistiek wat hier bekom kon word, is dié van einde 2013 wat in 2014 vrygestel is deur UNAIDS.

Tabel 3.3: Mense met MIV/VIGS in elke wêreldstreek aan die einde van 2013

Streek	Persone wat leef met MIV 2013		Nuwe MIV infeksies 2013		MIV-verwante sterftes 2013 (totaal)
	Totaal	Kinders	Totaal	Kinders	
Sub-Sahara Afrika	24,7miljoen	2,9 miljoen	1,5 miljoen	210 000	1,1 miljoen
Oos-Asië en Suid- en Suid-oos Asië	4,8 miljoen	210 000	350 000	22 000	250 000
Latyns Amerika	1,6 miljoen	35 000	94 000	1 800	47 000
Wes- en Sentraal Europa	2,3 miljoen	2 800	88 000	<500	27 000
Oos-Europa en Sentraal Asië	1,1 miljoen	14 000	110 000	<1 000	53 000
Karibië	250 000	17 000	12 000	<1 000	11 000
Noord-Afrika en Midde-Ooste	230 000	16 000	25 000	2 300	15 000
Totaal	35 miljoen	3,2 miljoen	2,1 miljoen	240 000	1,5 miljoen

Bron: UNAIDS FACT SHEET 2014 (Global Report UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012)

Die Sub-Sahara Afrika streek se statistiek blyk in alle opsigte by verre die hoogste te wees. Meer as die helfte van die persone met MIV/VIGS wêreldwyd woon in hierdie streek. Suid- en Suid-Oos Asië is die tweede meeste. Karibië se globale statistiek is die laagste.

Bharat en Aggleton (1999:31) het 'n in-diepte studie oor gesinne in Indië gedoen, en bevind dat ongeveer driemiljoen volwassenes met MIV geïnfecteer is. Hulle noem Indië die grootste episentrum van die VIGS-epidemie. Hulle tref ook 'n onderskeid tussen die verskillende ouderdomsgroepe waaroor later meer in hierdie hoofstuk gerapporteer sal word.

Die bogenoemde is statistiek van plekke wat ver van ons kontinent is. Maar hoe lyk die statistieke van ons eie kontinent? Nader aan ons drumpel is die verskrikking veel groter. Daar sal nou gekyk word na die Sub-Sahara streek, en daarna sal na Suid-Afrika self gekyk word. Daar sal dan nader beweeg word na die onmiddellike omgewing deur ook die Wes-Kaap onder die soeklig te plaas, en laastens sal na die statistieke van George self, waar die navorsing gedoen is, gekyk word.

3.4.2 Sub-Sahara streek

Sub-Sahara Afrika is die wêreldstreek wat die meeste geaffekteer word deur MIV/VIGS. Volgens die UNAIDS Gap Report (2014:2) het nagenoeg 24,7 miljoen mense in sub-Sahara Afrika aan die einde van 2013 met MIV/VIGS geleeft waarvan 58% vrouens is. Dit is nagenoeg 71% van die totale aantal persone wat wêreldwyd met VIGS leef. In 2013 was daar 'n geraamde 1,5 miljoen nuwe MIV-infeksies in Sub-Sahara Afrika. Tussen 2005 en 2013 het hierdie getal met 33% verminder. Die aantal persone wat in 2013 as gevolg van VIGS-verwante oorsake gesterf het, was 1,1 miljoen. Hierdie getal het tussen 2005 en 2013 met 39% verminder. Gedurende 2013 was daar 210 000 nuwe MIV infeksies onder kinders in die Sub-Sahara Afrika streek. Hierdie getal het sedert 2009 met 43% verminder. Volgens die *UNAIDS Gap Report* (2014:26-31) sien die MIV/VIGS-statistiek in die verskillende lande in die Sub-Sahara Afrika streek aan die einde van 2013 soos volg daaruit:

Tabel 3.4: MIV/VIGS in die verskillende lande in die Sub-Sahara Afrika streek vir 2013

<u>LAND</u>	<u>PERSONE WAT LEEF MET MIV/VIGS</u>	<u>NUWE INFEKSIES</u>	<u>STERFTES AS GEVOLG VAN VIGS</u>
ANGOLA	Nie beskikbaar	2%	Nie beskikbaar
BOTSWANA	1%	Nie beskikbaar	Nie beskikbaar
CAMEROON	2%	3%	4%
COTE D'IVOIRE	2%	1%	2%
ETIOPIë	3%	1%	4%
KENIA	6%	7%	5%
LESOTHO	1%	2%	1%
MALAWI	4%	2%	4%
MOSAMBIEK	6%	8%	7%
NIGERIë	13%	15%	19%
DEMOKRATIESE REPUBLIEK VAN DIE KONGO	2%	2%	3%
SUID-AFRIKA	25%	23%	17%
UGANDA	6%	10%	6%
TANZANIë	6%	5%	7%
ZAMBIë	4%	4%	2%
ZIMBABWE	6%	5%	6%
RES VAN DIE LANDE	11%	9%	12%

Bron: UNAIDS Gap Report (2014:26-31).

Dit blyk duidelik uit hierdie gegewens dat Suid-Afrika se statistiek ten opsigte van die persone wat leef met VIGS sowel as nuwe infeksies die ander lande ver voor is, met Nigerië die tweede meeste. Waar dit egter kom by die sterftes as gevolg van VIGS, is Nigerië die hoogste, maar Suid-Afrika is nie ver agter hulle nie.

Interessant is die vergelyking wat deur UNAIDS getref word oor die VIGS-epidemie tussen 2005 en 2013 in die Sub-Sahara Afrika streek, en daar word vervolgens daarna gekyk.

Tabel 3.5: Vergelyking van nuwe VIGS-infeksies en sterftes in die Sub-Sahara Afrika streek tussen 2005 en 2013

Die verskillende lande in Sub-Sahara Afrika	Aantal Nuwe Infeksies		% Verandering	Aantal Sterftes		% Verandering
	2005	2013		2005	2013	
Suid-Afrika	500 700	300 500	-39%	300 600	100 950	-48%
Nigerië	300 450	200 050	- 35%	200 100	200 100	0%
Uganda	100 100	100 400	+21%	650 000	550 000	-19%
Mosambiek	100 600	100 050	-27%	600 000	700 000	+13%
Kenia	100 150	100 000	-16%	100 500	700	-60%
Tanzanië	100 200	500	-46%	100 450	950	-44%
Zimbabwe	100 000	970	-34%	100 500	850	-57%
Zambië	980	450	-41%			
Cameroon	500	460	-29%	500	480	-10%
Malawi	980	350	-65%	950	650	-51%
Etiopië				100 250	500	-63%

Bron: UNAIDS Gab Report (2014:28 + 31)

Die aantal VIGS-verwante sterftes in Sub-Sahara Afrika het tussen 2005 en 2013 gedaal met 39%. In Suid-Afrika was daar 'n beduidende daling van 48%. Ander lande wat 'n beduidende daling getoon het in sterftes as gevolg van VIGS sluit in Kenia, Tanzanië, Zimbabwe, Malawi en Etiopië.

3.4.3 Suid-Afrika

[Http://af.wikipedia.org/wiki/MIV](http://af.wikipedia.org/wiki/MIV) (18 Desember 2006) berig dat Suid-Afrika teen 1998 een van die vinnigste groeiende MIV-epidemie in die wêreld beleef het. Die genoemde bron noem dat, volgens 'n studie deur die Suid-Afrikaanse Departement van Gesondheid in 2005 wat net onder swanger vrouens gedoen is, is 30,2% van swanger Suid-Afrikaanse vrouens MIV-positief. 'n Soortgelyke studie (*The South African national HIV Survey*) toon dat 16,2% van die bevolking tussen die ouderdomme van 15 en 49 MIV-positief is. Baie wetenskaplikes meen dat die eintlike persentasie veel hoër mag wees (tot 40%).

Bruwer (2014:1) verwys na die verslag van die Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing, (*SA National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012*) wat bevestig dat 6,4 miljoen mense in 2012 in Suid-Afrika met MIV/VIGS gediagnoseer is. Volgens hierdie verslag het die voorkoms van MIV/VIGS van 10,6% in 2008 tot 12,2% in 2012 toegeneem. Die verslag wys daarop dat die toename toegeskryf kan word aan die kombinasie van nuwe infeksies en die suksesvolle uitbreiding van antiretrovirale behandelingsprogramme.

Die verslag het verder bevind dat daar 'n effense afname was in die voorkoms van MIV onder jeugdiges tussen die ouderdom van 15 en 24 jaar. Dit het van 8,7% in 2008 gedaal tot 7,3% in 2012. Die MIV-voorkomssyfer onder die vroulike jeugdiges tussen die ouderdom van 15 en 24 jaar was vier keer hoër as vir mans in dieselfde ouderdomsgroep.

Die UNAIDS Gap Report (2014:27) berig dat Suid-Afrika die meeste VIGS-lyers in die wêreld het met ongeveer 6,4 miljoen mense wat in 2012 geïnfecteer is deur MIV. Tydens 'n 19h00-nuusberig op SABC2 (1 April 2014) is ook bevestig dat die nuutste statistiek daarop dui dat 6,4 miljoen mense in Suid-Afrika reeds geïnfecteer is, waarvan KwaZulu-Natal steeds die hoogste is, naamlik 27,9%, en die Wes-Kaap die laagste, naamlik 7,8%. Volgens HIV/AIDS in Southern Africa (2002:8) is die uitreiking van betroubare MIV/VIGS statistieke baie moeilik, aangesien dit selde deur mediese praktisyns as oorsaak van 'n sterfte aangedui word. Dit lei dan tot die uitreiking van statistieke wat op geskatte syfers gebaseer is. Die navorser besef ook dat die getalle feitlik daaglik vermeerder of verander, en dat die gegewe statistieke verouderd raak. Statistieke verskil soms ook van bron tot bron. Die beskikbare statistieke word nogtans weergegee, aangesien die navorser van mening is dat dit 'n redelike aanduiding is van die werklike situasie.

As daar gekyk word na die lewensverwachting van mense in Suid-Afrika, kan gemeld word dat dit gestyg het met 15 jaar van 44 in 1950 tot 59 in 1990. As gevolg van VIGS, het die lewensverwachting weer gedaal na 45 in 2005-2010 (<http://home.global.co.za/koerier/vigs./htm>). 27 September 2006.

Die Suid-Afrikaanse Departement van Gesondheid se studie in 2009 van sy vorgeboorte klinieke beraam dat 29,4% van swanger vroue (15-49 jaar) met MIV leef in 2009 (UNAIDS, 2010). Hierdie studie maak ook melding daarvan dat Suid-Afrika tot 1998 een van die vinnigste groeiende MIV/VIGS-epidemies ter wêreld gehad het, maar sedert 2006 het die MIV-voorkoms onder swanger vroue redelik stabiel gebly. Volgens die Departement van Gesondheid se studie in 2011 van sy vorgeboorte klinieke, lyk die situasie per provinsie vanaf 2001 tot 2011 soos in die onderstaande kolom (*Department of Health's 22nd 'National Antenatal Sentinel HIV and Syphilis Prevalance Survey, 2011'*). Die provinsies wat die hoogste MIV voorkoms in 2011 gerapporteer het, is KwaZulu-Natal (37,4%), Mpumalanga (36,7%), Vrystaat (32,5%) en Noord-Wes (30,2%). Die Noord-Kaap en Wes-Kaap het die laagste voorkoms gerapporteer, naamlik 17,0% en 18,2% onderskeidelik.

Tabel 3.6: Die geraamde voorkoms van MIV (%) onder voorgeboorte klinieke per provinsie 2005-2011

Provinsie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
KwaZulu-Natal	39,1	39,1	38,7	38,7	39,5	39,5	37,4
Mpumulanga	34,8	32,1	34,6	35,5	34,7	35,1	36,7
Vrystaat	30,3	31,1	31,5	32,9	30,1	30,6	32,5
Gauteng	32,4	30,8	30,5	29,9	29,8	30,4	28,7
Noord-Wes	31,8	29,0	30,6	31,0	30,0	29,6	30,2
Oos-Kaap	29,5	28,6	28,8	27,6	28,1	29,9	29,3
Limpopo	21,5	20,6	20,4	20,7	21,4	21,9	22,1
Noord-Kaap	18,5	15,6	16,5	16,2	17,2	18,4	17,0
Wes-Kaap	15,7	15,1	15,3	16,1	16,9	18,5	18,2
Nasionaal	30,2	29,1	29,4	29,3	29,4	30,2	29,5

Bron: Die Suid-Afrikaanse Departement van Gesondheid se studie, 2011. (*Department of Health's 22nd 'National Antenatal Sentinel HIV and Syphilis Prevalence Survey, 2011'*)

Die Suid-Afrikaanse Departement van Gesondheid het 'n studie in 2011 met 'n aantal vrouens gedoen wat klinieke in al nege die provinsies bywoon. Hieruit het hulle 'n geraamde voorkoms van MIV/VIGS volgens ouderdom gemaak, wat soos volg daar uitsien:

Tabel 3.7: Geraamde voorkoms van MIV (%) onder voorgeboorte klinieke volgens ouderdom – 2006-2011

Ouderdom (jare)	2006	2007	2008	2009	2010	2011
10-14	N/A	N/A	7,3	7,9	9,1	Nie beskikbaar
15-19	13,7	13,1	14,1	13,7	14,0	12,7
20-24	28,0	28,0	26,9	26,6	26,7	25,3
25-29	38,7	37,5	37,9	37,1	37,3	36,3
30-34	37,0	39,6	40,4	41,5	42,6	42,2
35-39	29,3	33,0	32,4	35,4	38,4	39,5
40-44	21,3	22,2	23,3	25,6	30,9	31,7
45-49	15,5	20,6	17,6	23,9	28,2	30,4

Bron: The 22nd National Antenatal Sentinel HIV and Syphilis Prevalence Survey 2011 (AVERT by: <http://www.avert.org/south-africa-hiv-aids-statistics.htm>) (13 Oktober 2014)

Uit die bogenoemde tabel blyk dit dat daar vanaf 2008 tot 2009 'n effense afname in die voorkoms van MIV was onder jong vroue tussen die ouderdom van 15-19 jaar, 20–24, en 20-29 jaar, maar weer 'n toename in 2010. Al die ouderdomsgroepe toon 'n styging gedurende 2010. Vanaf die ouderdomsgroepe 10-14 tot 30-34 het 'n merkbare afname getoon gedurende 2011, maar vanaf die ouderdomsgroepe 35-49 het daar weer 'n merkbare toename plaasgevind in die voorkoms van persone met MIV. Omdat infeksie koerse wissel tussen verskillende groepe mense kan die bevindinge van die voorgeboorteklinieke nie direk van toepassing gemaak word op mans, pasgebore babas en kinders nie.

Die *South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012* –verslag maak ook inligting bekend oor die vergelyking van geslag, ouderdom en ras van persone wat MIV+ is, en dit word weergegee in die volgende tabel.

Tabel 3.8: Voorkoms van MIV in Suid-Afrika volgens geslag, ouderdom en ras vir 2012

		TOTAAL	%
GESLAG	MANLIK	12 896	9,9
	VROULIK	15 794	14,4
OUDERDOM	0-14	8 039	2,4
	15-24	5 890	7,1
	25-49	8 830	25,2
	50+	5 986	7,6
	15-49	14 720	18,8
RAS	SWART	18 629	15,0
	WIT	1 733	0,3
	BRUIN	5 625	3,1
	INDIËR	2 626	0,8
TOTAAL:		28 997	12,2

Bron: South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012

Uit bogenoemde tabel blyk dit dat daar beduidende verskille gevind is ten opsigte van die aantal MIV-persone in Suid-Afrika met betrekking tot geslag, ouderdom en ras. Vrouens het 'n beduidende hoër MIV voorkoms as mans. Die ouderdomsgroep met die hoogste MIV-voorkoms, is die groep van 25-49. Met betrekking tot die data ten opsigte van ras, blyk dit duidelik dat die swart bevolking die hoogste MIV voorkoms het in vergelyking met die ander rasse groepe, gevolg deur die bruin groep.

Wanneer gekyk word na die voorkoms van MIV (%) en die aantal nuwe infeksies in Suid-Afrika in 2012, sien die prentjie soos volg daaruit volgens geslag en ouderdom:

Tabel 3.9: MIV voorkoms (%) en aantal nuwe infeksies volgens ouderdom en geslag in Suid-Afrika 2012

Ouderdom (jare)	Geslag	MIV voorkoms %	Geraamde aantal nuwe infeksies
<2	Totaal	1,07	469 000
	Mans	0,71	151 000
	Vrouens	1,46	318 000
2-14	Totaal	0,25	29 000
	Mans	Nie beskikbaar	Nie beskikbaar
	Vrouens	0,49	29 000
15-24	Totaal	1,49	139 000
	Mans	0,55	26 000
	Vrouens	2,54	113 000
25+	Totaal	1,41	300 000
	Mans	1,29	125 000
	Vrouens	1,62	175 000
15-49	Totaal	1,72	396 000
	Mans	1,21	145 000
	Vrouens	2,28	251 000

Bron: South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012

Hierdie bogenoemde tabel laat duidelik blyk dat die voorkoms van MIV en die aantal nuwe infeksies in beide gevalle by die vrouens baie hoër is as by mans. By die ouderdomsgroep 15-24 is die voorkoms van vrouens met MIV meer as vier keer hoër as by mans. Dit is in hierdie groep waar die vrou die verantwoordelikheid vir 'n eie gesin behoort te begin neem, en indien sy siek is, kan sy nie haar moederlike verpligtinge na behore nakom nie. Dit kan weer lei tot ander uitdagings soos om met haar siek liggaam die verantwoordelikheid van haar gesin se versorging te behartig, en later so siek raak dat sy dit nie meer kan behartig nie.

Statistiek Suid-Afrika het in hulle *Mid-year population estimates (2013:4)* inligting bekend gemaak oor die aantal persone en geraamde voorkoms van persone wat leef met MIV tussen 2002-2013, en dit sal vervolgens in tabelvorm aangedui word.

Tabel 3.10: MIV-geraamde voorkoms en die aantal persone wat leef met MIV in Suid-Afrika, 2002-2013

Jaar	Voorkoms				Omvang volwassenes 15-49	MIV bevolking (miljoene)
	Vrouens 15-49	Volwassenes 15-49	Jongmense 15-24	Totale bevolking		
2002	15,9	15,1	13,6	8,7	1,26	4,00
2003	16,0	15,1	12,8	8,9	1,25	4,10
2004	16,1	15,1	12,0	8,9	1,28	4,18
2005	16,2	15,1	11,4	9,0	1,32	4,25
2006	16,4	15,2	10,9	9,1	1,29	4,34
2007	16,5	15,3	10,5	9,2	1,21	4,46
2008	16,7	15,4	10,1	9,3	1,12	4,59
2009	16,9	15,5	9,7	9,5	1,03	4,74
2010	17,1	15,6	9,3	9,6	0,98	4,88
2011	17,2	15,7	9,0	9,8	0,95	5,01
2012	17,3	15,8	8,7	9,9	0,87	5,13
2013	17,4	15,9	8,5	10,0	0,85	5,26

Bron: Statistics South Africa, 2013

Uit die bogenoemde tabel blyk dit duidelik dat die aantal persone in Suid-Afrika wat leef met MIV van 'n geraamde 4 miljoen in 2002 gestyg het tot 5,26 in 2013. Dit blyk ook dat, in 2013 'n geraamde 10% van die bevolking MIV positief is.

Aangesien George, waar die navorsing uitgevoer is, in die Wes-Kaap geleë is, is dit ook belangrik dat provinsiegewys aandag gegee sal word aan die MIV/VIGS-situasie in hierdie provinsie, en dit sal vervolgens gedoen word.

3.4.4 Wes-Kaap

Om nader te beweeg na die plek waar die navorsing uitgevoer is, is dit nodig om te kyk wat die situasie in die Wes-Kaap is. Provinsiegewys, het die Wes-Kaap van die laagste MIV/VIGS-syfers in die Republiek van Suid-Afrika. Volgens inligting wat deur die Suid-Afrikaanse Departement van Gesondheid Studie (2011) voorsien is (*Department of Health's 22nd 'National Antenatal Sentinel HIV and Syphilis Prevalance Survey', 2011*), het die Wes-Kaap aan die einde van 2011 'n geraamde MIV-infeksie syfer van 18,2% gehad, wat die laagste van al die provinsies was. 'n Vergelyking van die verskillende geslagte en ouderdomme met betrekking tot MIV word in hierdie bron getref, en dit word in die volgende tabel uiteen gesit:

Tabel 3.11: Die geraamde voorkoms van MIV in die Wes-Kaap in vergelyking met die totale bevolking in die Wes-Kaap volgens ouderdom en geslag

OUDER- DOM	2005				2006				2007				2010				2015			
	MANS		VROUENS		MANS		VROUENS		MANS		VROUENS		MANS		VROUENS		MANS		VROUENS	
	Totale bevol- king	HIV+	Totale bevol- king	HIV+	Totale bevol- king	HIV+	Totale bevol- king	HIV+	Totale bevol- king	HIV+	Totale bevol- king	HIV+	Totale bevol- king	HIV+	Totale bevol- king	HIV+	Totale bevol- king	HIV+	Totale bevol- king	HIV+
0-4	238634	3913	235111	3873	240510	4270	236976	4227	241432	4590	237883	4542	239580	5153	236002	5097	227959	4941	224402	4884
5-9	222242	1033	218709	1024	225372	1431	222341	1419	227320	1819	224300	1803	234142	2782	231092	2757	235783	3480	232611	3446
10-14	210915	25	206160	25	211562	53	206654	52	214008	104	209461	103	221997	448	218627	444	232311	1151	229453	1141
15-19	213775	154	214020	4794	213003	152	211778	4704	212516	151	210167	4617	212372	156	208683	4592	221604	344	218992	5279
20-24	225571	5698	234723	26646	224770	5358	233712	26086	223017	5055	231065	25320	215936	4587	218580	23005	211100	4558	209251	22059
25-29	226270	20496	230733	40217	226729	20763	232432	42409	227150	20584	234042	43552	225876	18143	235109	41645	212610	15079	215514	34491
30-34	216845	22783	216687	31771	219517	24594	219236	35214	220944	26057	220809	38261	220572	28180	222270	44205	218755	24221	223710	41037
35-39	192017	16182	195717	20759	192017	17613	197776	23175	197915	19215	200237	25658	207609	24256	207341	32505	208528	27549	206586	36522
40-44	170714	11615	179085	13249	170714	12554	182379	15058	177114	13405	184674	16674	182436	15776	187697	20439	193814	20992	193439	25187
45-49	138675	7336	149323	6333	138675	8049	154511	7609	148129	8720	159394	8898	160486	10531	171162	12324	169639	12709	175935	14916
50-54	107752	4204	118242	2241	107752	4715	122831	2844	115611	5189	127652	3515	128227	6354	142271	5705	147041	7844	160435	8452
55-59	82140	2110	92454	824	82140	2467	96578	1062	88529	2805	100487	1330	97336	3627	111830	2268	114754	4432	132956	3970

OUDER- DOM	2005				2006				2007				2010				2015			
	MANS		VROUENS		MANS		VROUENS		MANS		VROUENS		MANS		VROUENS		MANS		VROUENS	
60-64	59619	727	69918	248	59619	893	72157	333	63624	1082	75020	437	71971	1688	85839	842	84414	2308	102869	1607
65-69	45254	100	56473	23	45254	142	58105	37	47353	192	59428	56	49800	398	63114	158	59581	864	76983	490
70-74	29619	2	40659	0	29619	4	42937	1	31703	8	43581	2	35062	40	48510	11	38473	167	54278	78
75-79	17750	0	28133	0	17750	0	28887	0	18840	0	29684	0	20645	1	23461	0	24395	14	38732	5
80-84	9632	0	17949	0	9632	0	18399	0	10107	0	18855	0	10980	0	20329	0	12740	0	23498	0
85+	5811	0	13397	0	5811	0	13875	0	6203	0	14352	0	6704	0	15760	0	7635	0	18172	0

Bron: ASSA 2003 vanaf internet op 16 November 2007 <http://www.assa.org.za>

Wanneer daar gekyk word na die bogenoemde statistiek, is dit betekenisvol om te let op enkele vergelykings. Ouderdomsgewys vergelyk die manlike infeksies deurgaans minder as die vroulike infeksies. Die grootste hoeveelheid infeksies by die mans word ook deurentyd in 'n hoër ouderdomsgroep aangetref as by vrouens totdat die grootste hoeveelheid infeksies in 2010 in dieselfde ouderdomsgroep voorkom. In 2015 is die grootste hoeveelheid infeksies wat voorspel word, egter weer in 'n hoër ouderdomsgroep by mans as by vrouens. Dit bevestig weereens dat vrouens waarskynlik op 'n jonger ouderdom geïnfekteer word as mans omdat hulle vroeër in seksuele verhoudings betrokke raak.

As die aantal infeksies van die verskillende geslagte verhoudingsgewys vergelyk word met die totale bevolking van die geslagte, is dit kommerwekkend dat die infeksies by vrouens 'n groter verhouding uitmaak van die vroulike bevolking as die geval by mans. Dit is duidelik waarneembaar wanneer byvoorbeeld gekyk word na die ouderdomsgroep wat gedurende 2005 die hoogste infeksies beleef het. By vrouens was die totale bevolking in die ouderdomsgroep 25-29, 230733 en die aantal infeksies 40217. In die geval van die mans was die totale bevolking in die ouderdomsgroep 30-34, 216845 en die aantal infeksies 22783. Dit blyk dus dat, hoewel die totale bevolking in die ouderdomsgroepe van mans en vrouens wat die hoogste infeksies beleef het, ongeveer dieselfde is, is die hoeveelheid infeksies in die betrokke ouderdomsgroepe by vrouens omtrent twee keer soveel as by mans. Hierdie prentjie word deurgaans elke jaar uit die bostaande statistiek weerspieël. Dit is kommerwekkend as besef word dat dit op die lange duur beteken dat moeders in huishoudings 'n al hoe groter wordende afwesige figuur gaan word, terwyl dit eintlik hulle is wat die versorgingsfiguur in die gesin behoort te wees. Verder is dit ook 'n feit dat hierdie mense wat geïnfekteer is, op 'n stadium in hulle lewe gaan kom waar hulle versorging gaan nodig hê terwyl hulle eintlik nog relatief jonk is. Normaalweg moes hulle eintlik die mense gewees het wat behoort sorg te verleen.

Sterftes as gevolg van VIGS het en gaan ook sy tol in die Wes-Kaap eis, soos uit die onderstaande tabel weerspieël word.

Tabel 3.12: Siektes as gevolg van VIGS in die Wes-Kaap en sterftes volgens geslag en volwassenes en kinders

		<u>2005</u>	<u>2007</u>	<u>2010</u>	<u>2015</u>
TOTALE BEVOLKING		4930727	5052604	5198586	5358950
HIV INFEKSIES		248406	283742	318115	334214
SIEK AS GEVOLG VAN VIGS		17315	22524	31338	41461
STERFTES	Mans	4497	5499	7040	8641
STERFTES	Vrouens	6137	7850	10583	13375
STERFTES	Volwassenes (15+)	9347	11745	15517	19530
STERFTES	Kinders (0-14)	1287	1605	2106	2486

Bron: ASSA 2003 vanaf internet op 16 November 2007 <http://www.assa.org.za>

Uit die bogenoemde tabel is daar enkele syfers wat kommerwekkend is. Wanneer die statistiek tussen 2005 en 2015 vergelyk word, word waargeneem dat die totale bevolking van die Wes-Kaap waarskynlik 'n groei sal toon van ongeveer 8%. Die aantal siek persone as gevolg van VIGS vir dieselfde tydperk toon egter 'n moontlike groei van 58%.

Indien die sterftes vergelyk word, blyk dit dat in die tien jaar vanaf 2005 tot 2015 die sterftes onder die mans waarskynlik sal styg met 48%, terwyl daar 'n moontlike styging van 54% vrouesterftes in die ooreenstemmende tydperk verwag word. Die totale aantal verwagte sterftes onder die volwassenes styg met 52%, terwyl die verwagte kindersterftes styg met 48%.

Vervolgens sal gekyk word na die area waar die navorsing uitgevoer is, naamlik George, en wat die situasie hier plaaslik is.

3.4.5 George

Die navorser het probleme ondervind om die voorkoms van VIGS in die George area te bekom. Die enigste inligting wat verkry kon word, is dié van swanger vroue vir die termyn

2005/2006. Volgens statistiek wat op 23 Maart 2007 van die Departement Gesondheid op George verkry is, was 13,8% van die swanger vroue gedurende 2005/2006 MIV-positief. Dit is egter kommerwekkend dat ook die syfers in die George-area 'n groei toon, soos blyk uit 'n pamflet wat deur die Departement van Gesondheid (2006) uitgereik is. Dit is ook die nuutste syfers vir George wat bekom kon word. Volgens hierdie pamflet, sien die voorkoms van MIV/VIGS in die George-area vanaf 2003 tot 2005 soos volg daaruit:

Tabel 3.13: Voorkoms van MIV/VIGS in die George-area – 2003-2005

2003	2004	2005
11,6%	13,3%	13,8%

Bron: Pamflet Departement Gesondheid 2006

Daar was 'n groter toename gedurende 2004 as gedurende 2005. Dit moet egter in gedagte gehou word dat dit slegs die vroue is wat by die gesondheidsklinieke se voorgeboorteklinieke, en die provinsiale hospitaal, aanmeld, wat by hierdie ondersoek betrek is. Hierdie syfer sluit nie die nie-swanger vroue, mans en kinders in nie, soos ook by meeste van die ander statistiek oor MIV/VIGS die geval is.

Statistieke kan egter baie verwarrend wees, veral as dit deur verskillende bronne aangehaal word wat nie ooreenstem nie. Daarom is dit nodig dat dit in perspektief geplaas word wat vervolgens aandag sal geniet.

3.5 VIGS-STATISTIEK IN PERSPEKTIEF

Statistiek, veral wanneer dit kom by MIV/VIGS, kan soms verwarrend wees en bronne weerspreek mekaar. Daarom is dit nodig dat statistiek gebruik word wat betroubaar is. Wanneer statistiek se betroubaarheid ge-evalueer word, is daar 'n paar aspekte volgens Van Rooyen (2007:1) wat in gedagte gehou behoort te word om die prentjie duideliker te maak. Dit behels die volgende:

- Die bron of oorsprong van die statistiek
- Die metode wat gebruik is om die statistiek te bekom
- Wanneer die statistiek gepubliseer is, en vir watter tydperk dit bereken is.

Oorweging kan aan elkeen van hierdie items afsonderlik gegee word, en gesamentlik behoort

dit 'n idee te gee van die betroubaarheid van die statistiek.

3.5.1 Die bron of oorsprong van die statistiek

Die betroubaarheid van statistiek kan direk in verband gebring word met die bron. Vertroue teenoor die organisasie wat die statistiek publiseer speel 'n belangrike rol.

Met MIV-toetsing is daar egter ook die volgende belangrike aspekte wat in ag geneem moet word:

- By die algemeenste toetse word daar nie vir die virus getoets nie, maar wel vir teenliggaampies. Dit dui aan dat die individu blootgestel was aan die virus, maar dat die liggaam teenliggaampies teen die virus gevorm het. Indien die teenliggaampies teenwoordig is, kan mens dus veronderstel dat die individu geïnfekteer is.
- Die proses om teenliggaampies te vorm neem 'n sekere tyd. Daar bestaan dus 'n "vensterperiode" waarin 'n individu wel geïnfekteer kan wees, en ook ander kan infekteer, maar steeds negatief kan toets.
- By MIV toetsing beteken 'n "positiewe" uitslag dat die individu wel geïnfekteer is met die MI-Virus. 'n "Negatiewe" toetsing beteken dat die individu nie geïnfekteer is deur die MI-Virus nie, of dat die persoon nog in die vensterperiode is. Indien die moontlikheid van infeksie bestaan, en die toets negatief is, behoort hertoetsing dus gedoen te word.

3.5.2 Die metode wat gebruik is om die statistiek te bekom

'n Wye verskeidenheid van metodes word gebruik om statistiek te verkry. Hier behoort die volgende in gedagte gehou te word:

- *Is werklike insidensie of beraminge ter sprake.* Navorsing en statistiek kan resultate voorsien wat op werklike toetse en insidensie binne 'n bepaalde steekproef van 'n sekere groep bepaal is. Dit kan ook beramings gee wat vir die toekoms gemaak word op grond van bestaande kennis.
- *Die wyse waarop persone se status bepaal word.* Daar bestaan verskillende metodes waarvolgens individue wat in 'n studie ingesluit word se MIV status bepaal word. Hulle kan byvoorbeeld gevra word, maar dit is die mees onakkurate metode. Betroubare metodes sluit in die gebruik van speeksel- of bloedtoetse.

- *Die wyse waarop die toetsgroep geselekteer is.* Dit is altyd belangrik dat korrekte seleksie metodes gebruik word om verteenwoordiging in enige steekproef te verseker. Metodes wat gebruik word moet ewekansigheid waarborg.
- *Die manier waarop veralgemenings gemaak is.* Veralgemening van statistiek kan slegs vir 'n groep gedoen word as die steekproef as verteenwoordigend beskou kan word. Verteenwoordigend beteken wat die seleksie van die groep, die aantal deelnemers en die aard van die deelnemers betref.

3.5.3 Wanneer die statistiek gepubliseer is, en vir watter tydperk dit bereken is

Veral in 'n groeiende pandemie soos by MIV infeksie, is dit krities dat die mees onlangse beskikbare statistiek aangehaal word. Dit is dus altyd belangrik om op te let na die datum. Dit is dikwels moeilik om die relevansie van 'n artikel of statistiek te bepaal as daar geen aanduidings is van wanneer die studie of beraming gedoen is nie.

Die statistieke in ag genome, ontstaan die vraag weereens oor wie sal die versorging van hierdie siek mense behartig wanneer hulle nie meer na hulleself kan omsien nie. Wie is die mense wat die versorging van hierdie siek persone gaan behartig of dit reeds doen, en wat is hulle belewenisse en behoeftes in die verband? Dit is die vraagstuk waartydens met hierdie navorsing gepoog is om antwoorde te kry, ten einde ook aan hierdie versorgers se behoeftes aandag te gee.

Indien hierdie versorgers nie ook reeds geïnfekteer is nie, is die vraag of hulle weet wat die oorsake van VIGS is. Daarom is dit ook belangrik om kortliks te kyk na hoe vind infektering van hierdie siekte plaas.

3.6 OORSAKE EN VERSPREIDING VAN MIV/VIGS

Volgens Duggan (2000:9-10) is die twee bekendste metodes van die verspreiding van MIV wat lei tot VIGS by veral vroue, die gesamentlike gebruik van spuitnaalde deur dwelmverslaafdes, en deur heteroseksuele oordrag met 'n maat wat MIV-positief is. <Http://www.lando.co.za/rooibos/deogloria/vigs.htm> (19 September 2006) sluit hierby aan, en verstrek veral die volgende vier oorsake van VIGS:

- *Mans en vroue wat seksuele omgang met mekaar het.*

In die meeste gevalle kry mense VIGS deur “rond te slaap”. As iemand onbeskermd seksuele omgang het met die draer van die virus, kan die virus die liggaam binnedring deur die kleinste skrapie aan die geslagsdele.

- *Mans wat seksuele omgang met mekaar het.*

As mans seksuele omgang met mekaar het, word hulle baie maklik van binne beskadig. Die wond kan so klein wees dat dit nie gevoel kan word nie, maar die virus kan op hierdie manier van die een persoon na die ander gaan. ‘n Verslag wat deur die *Centre for Disease Control and Prevention* vrygestel is, rapporteer dat die grootste hoeveelheid MIV/VIGS-diagnoses gedurende 2004 by mans was wat ‘n seksuele verhouding met ander mans het, naamlik 65% (<http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/At-A-Glance.htm>, 22 Mei 2006).

- *Mense wat spuitnaalde deel.*

Mense wat aan dwelms verslaaf is, ly meer aan VIGS as ander. Die rede hiervoor is dat hulle dikwels die spuitnaalde deel vir die inspuitings. Op hierdie manier kan die virus maklik deur die vel van die verslaafde kom in die bloeddruppels wat aan die naald agterbly.

- *Oordrag van moeders aan babas.*

’n Swanger moeder wat die virus het, kan dit aan haar baba oordra. Dit kan gebeur voor of gedurende die geboorte, of na geboorte as gevolg van borsvoeding. Hierdie baba sal dan ook ‘n draer word, en kan dan VIGS ontwikkel. Volgens <http://www.sedibafountain.org.za> (13 November 2006) sal dit nie in alle gevalle gebeur nie. Die kanse om ‘n infeksie-vrye baba te hê kan op verskeie maniere verbeter word:

- Deur ‘n keisersnee wat veiliger vir die baba kan wees, maar nie noodwendig die beste vir die moeder nie.
- Deur die voorsiening van anti-retrovirale middels aan die moeder gedurende die baring, en die baba kort na geboorte. Dit word slegs by sommige regeringsgesondheidsdienste gedoen.
- Deur assessering van die moeder om die veiligste manier te beplan om haar baba te voed. Daar is nie ‘n eenvoudige reël oor watter vorm van voeding die veiligste is nie. Dit hang af van die omstandighede van die familie.

Daar is egter steeds nog nie ‘n algeheel versekerde manier hoe om te verhoed dat MIV

oorgedra word van moeder na kind nie.

Daar is ook nog 'n verdere oorsaak van VIGS wat nie by die bogenoemde ingesluit is nie, naamlik:

- *Oortappings van besmette bloed of bloedprodukte*

Voordat die vigsgevaar beseft is, het veral hemofilielyers (die sogenaamde “bloeiërs”) op hierdie manier besmet geraak. Voorkomende maatreëls wat daarna getref is, en wat steeds geld, het hierdie gevaar so te sê uitgeskakel.

Saam met die oorsake van MIV/VIGS, is dit ook nodig dat aandag gegee sal word aan die fases waarop MIV/VIGS ontwikkel nadat die virus die liggaam binnegedring het, en daaraan sal vervolgens aandag gegee word.

3.7 DIE FASES (STADIA) VAN MIV/VIGS

Verskillende indelings rondom die fases van MIV/VIGS word in die literatuur aangetref (vgl. Smart, 2000:13; Stein, 1997:20; Smith & Rapkin, 1996:85). Die betrokke skrywers voorsien die volgende indeling:

Tabel 3.14: Die fases van MIV/VIGS

FASE	GEBEURTENIS	GEVOLGE
1. KRISISFASE	MIV-infektering	<ul style="list-style-type: none"> • Bekendmaking • Sosiale respons • Hantering van verlies • Emosionele respons
2. CHRONIESE FASE	Opportunistiese MIV/VIGS infeksies	<ul style="list-style-type: none"> • Onsekerheid • Ekonomiese gevolge • Versorging: <ul style="list-style-type: none"> - “instap” versorging Sentrums - Tuisver-sorgingsprogramme - Uitgebreide huisgesin-versorging. • Verliese • Traumaverwante emosionele groei
3. TERMINALE FASE	Afsterwe en rou	<ul style="list-style-type: none"> • Spirituele integrasie • Afsterwe • Rou

‘n Ander, meer volledige indeling oor die ontwikkelingsfasies van MIV/VIGS word egter ook deur ander skrywers gemaak, en dit sal vervolgens meer volledig bespreek word: (vgl. Togni, 1997:13; USAID, 2001:21; Van Dyk, 2002:36-42; Evian, 2003:28-34).

3.7.1 Fase 1: Primêre infeksie periode

Volgens verskeie skrywers (vgl. Togni, 1997:13; Van Dyk, 2002:59; Evian, 2003:29) begin hierdie fase direk nadat die persoon akute met die virus geïnfekteer is en simptome van griepinfeksie, soos byvoorbeeld ‘n seer keel, hoofpyn, matige koors, uitputting en spierpyn kan moontlik voorkom. Hierdie simptome is egter van verbygaande aard. Geswelde limfkliere kan ook teenwoordig wees, maar gewoonlik verloop hierdie fase asimptomaties. Weens die snelle duplisering van die virus in hierdie fase is die MIV-lading gedurende hierdie periode gewoonlik baie hoog. Onmiddellike en aggressiewe teen-retrovirale behandeling gedurende hierdie periode mag die virale lading tot feitlik onopspoorbare klein hoeveelhede laat daal, of mag die virus selfs heeltemal uitwis. Tydens hierdie fase van die siekte sal die persoon normaal kan funksioneer. Die *venster periode* is die periode tussen die aanvang van MIV-infektering en die verskyning van identifiseerbare teenliggaampies in die bloed. Van Dyk (2002:59) postuleer dat die venster periode selfs by die mees sensitiewe MIV-teenliggaam toets ongeveer drie tot vier weke is, maar dat dit so lank soos ses weke kan wees indien minder sensitiewe toetse gebruik word. Evian (2003:41) wys daarop dat sommige individue twaalf (12) weke nodig het, en enkele tussen ses tot twaalf maande, alvorens hul MIV & VIGS-toets positief wys. Gedurende hierdie periode kan ‘n persoon dus foutiewelik as MIV-negatief gediagnoseer word en sodoende ander persone onwetend met die virus infekteer.

3.7.2 Fase 2: Asimptomatiese latente fase

Die tweede fase van die siekte is die asimptomatiese, latente of stil en onsigbare fase van die siekte. Togni (1997:13) is die mening toegedaan dat hierdie fase tien jaar en langer kan duur. Die persoon presenteer aanvanklik met minder ernstige infeksies van die vel, orale en genitale membrane, fungi van die naels of geswelde limfkliere. In die laaste vyf jaar van hierdie fase ontwikkel die persoon siektes soos gordelroos en herhaalde boonste lugweginfeksies. ‘n Gewigsverlies van minder as 10% van die totale liggaamsgewig vind ook gewoonlik in hierdie fase plaas. Van Dyk (2002:37) meld dat ‘n gesonde persoon se CD4-telling gewoonlik tussen 800 selle/mm en 1 200 selle/mm is en dat dit gedurende hierdie fase

van die siekte gewoonlik tussen 500 selle/mm en 800 selle/mm is. Evian (2003:29) wys daarop dat die geïnfekteerde persoon se CD4-telling gedurende hierdie fase gewoonlik met tussen 40-80 selle/mm per jaar verminder.

3.7.3 Fase 3: Geringe simptomatiese fase

Volgens Evian (2003:30) is dit gedurende hierdie fase wat die eerste tekens van immuniteitsonderdrukking voorkom. 'n Gewigsverlies van 10% van die totale liggaamsgewig is 'n algemene kenmerk. Verdere simptome wat voorkom is diarree, soms vir langer as 'n maand, 'n onverklaarbare koors van 37,8°C ook vir langer as 'n maand. Verder ondervind die persoon ook mond- en keelsere, chroniese vaginale infeksies met swak respons op behandeling, tuberkulose asook verskeie bakteriële infeksies soos longontsteking. Die persoon se CD4-telling is tussen 350 en 500 selle/mm³. Tydens hierdie fase is daar ook 'n geringe simptomatiese toestand wat beteken dat die persoon ongerief verduur as gevolg van infektering, maar hy/sy kan normaal funksioneer in daaglikse aktiwiteite.

3.7.4 Fase 4: Intense simptomatiese fase

Namate die geïnfekteerde persoon se immuniteitstelsel steeds agteruit gaan, kom meer ernstige tekens van opportunistiese siektes na vore. Volgens Evian (2003:31) het die persoon se CD4 telling nou gedaal tot tussen 150 en 350. Die siek persoon ondervind nou probleme met hardnekkige vaginale en orale infeksies, koorsblare, gordelroos, nagsweet, gewigsverlies van meer as 10% van die liggaam se normale gewig, buikongemak, hoofpyne, voortdurende hoesbuie, tuberkulose en ander infeksies. Om te bepaal of die persoon reeds in hierdie fase van die siekte is, moet die persoon vir die voorafgaande maand vir ongeveer vyftig persent van die dag bedlêend wees. Dit is ook tydens hierdie fase wanneer die persoon begin afhanklik raak van iemand om hom/haar te versorg.

3.7.5 Fase 5: Volskaalse VIGS

Hierdie is die fase waarin die persoon ernstige opportunistiese infeksies ontwikkel soos parasitiese longontsteking en verskillende vorme van kanker. Hierdie infeksies reageer gewoonlik nie geredelik op antibiotika nie. Evian (2003:31) postuleer dat die persoon se CD4-telling gedurende hierdie fase gewoonlik laer as 200 is. Van Deventer (1999:12) wys daarop dat, ten spyte van die feit dat die persoon gedurende hierdie stadium intensiewe mediese behandeling ontvang vir 'n verskeidenheid siektetoestande, sterf hy/sy gewoonlik

binne twee jaar. Volgens Van Dyk (2002:40) en Togni (1997:14) begin hierdie fase wanneer die persoon die voorafgaande maand vir meer as vyftig persent van die dag bedlêend is. Voltydse versorging en intensiewe behandeling word dan benodig

3.8 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is aandag gegee aan die kliniese gegewens van MIV/VIGS, en is gekyk na die oorsprong daarvan, die redes waarom die menslike immunitietstelsel nie effektief teen MIV kan werk nie, asook die verskillende tekens van VIGS.

Die voorkoms van MIV/VIGS is bespreek, en hieruit is dit duidelik dat daar 'n magdom statistiese inligting oor MIV/VIGS beskikbaar is. Dit kan 'n waardevolle bydrae lewer by die beplanning van 'n respons op die epidemie, of by die maak van ingeligte keuses. Dit is egter duidelik dat statistiek oordeelkundig en akkuraat gebruik moet word, anders bestaan die moontlikheid dat dit tot verwarring en wanpersepsies kan lei. Daarom is ook probeer om die statistiek in perspektief te plaas.

Die oorsake en verspreiding van MIV/VIGS het aandag geniet, en hier is die verskillende maniere bespreek waarop mens MIV/VIGS kan opdoen of waarop dit kan versprei, naamlik deur hetero-seksuele verhoudings, seksuele verhoudings met dieselfde geslag, die deel van spuitnaalde, oordrag van moeders na babas en bloedoortappings.

Laastens is gekyk na die vyf fases (stadia) van MIV/VIGS, naamlik die primêre fase, asimptomatiese latente fase, geringe simptomatiese fase, intense simptomatiese fase en volskaalse VIGS.

HOOFSTUK 4

DIE EKOLOGIESE PERSPEKTIEF AS TEORETIESE RAAMWERK VAN DIE NAVORSING

4.1 INLEIDING

Volgens Grobbelaar en Louw (1990:15) is die begrip ekologie eerstens in die biologie gebruik vir die bestudering van plante. Later is die begrip ook gebruik in die dierkunde. Eers veel later, na 1920, word die metafoor gebruik in die studie van menslike gemeenskappe. Sedert 1970 word die ekologie veral aangewend in die studie van die verhoudings tussen mense en hul omgewings. (vgl. Random House, 1973:419).

Verskillende skrywers (Compton & Galaway, 1984; Garvin & Seabury, 1984; Germain & Gitterman, 1986; Grobbelaar & Louw, 1990; Welch, 1987) stem saam dat die ekologie die maatskaplike werk voorsien van 'n nuttige metafoor om die wisselwerkende verhoudings tussen mense en hulle omgewings beter te begryp.

Alvorens daar in diepte gekyk gaan word na die ekologiese perspektief as uitgangspunt vir hierdie navorsing, is dit nodig om eers vas te stel wat word verstaan met die ekologiese perspektief en wat word bedoel met “omgewing”. Vereers sal aandag gegee word aan die omskrywing van “omgewing”. Daarna sal die ekologiese perspektief as sulks omskryf word, en verder sal daar aandag gegee word aan die toepassing/benutting van die ekologiese perspektief in maatskaplike werk praktyk.

4.2 OMSKRYWING VAN “OMGEWING”

Kemp, Whittaker en Tracey (1997:84-85) verwys na Germain (1979) se omskrywing van “omgewing” wat daarop wys dat omgewing fisiese, kulturele en maatskaplike aspekte insluit. Volgens Germain (1979:13) kan omgewing soos volg gedefinieer word:

“The physical environment comprises the natural world and the built world. The social environment comprises the network of human relations at various levels of organisation. Both the physical and social environments are affected by cultural values, norms, knowledge, and beliefs that pattern social interaction and determine how we use and respond to the physical environment”.

Ten opsigte van die fisiese omgewing, is veral twee aspekte hier vermeldbaar, naamlik die “natuurlike omgewing” en die “opgeboude omgewing”. Volgens Kemp, et al. (1997:84) kan onder die natuurlike omgewing verstaan word die natuurlike wêreld van elke dag se lewe, soos die klimaat, seisoene, weerpatrone, plantegroei, diereryk, sowel as daardie minder definieerbare maar uiters belangrike geheel wat ons aan dink as “natuur”. Die opgeboude omgewing sluit in daardie aspekte van die fisiese omgewing wat mensgemaak is, soos byvoorbeeld geboue, vervoersisteme, kommunikasiesisteme, ontspanningsfasiliteite.

Kemp, et al. (1997:85) wys verder daarop dat die omgewing beide persoonlik en maatskaplik gekonstrueer is, en dat dit verder die magsverhoudings inherent in die wyer maatskaplike struktuur uitdruk. Vanuit hierdie benadering word die omgewing gedefinieer as ‘n multi-dimensionele entiteit waarvan die volgende vlakke deel is:

- *die waarneembare omgewing*, byvoorbeeld die omgewing soos waargeneem in individuele en saamgestelde sisteme. Hier kan die huwelik en gesin as voorbeeld gebruik word.
- *die fisiese omgewing*, beide natuurlike en opgeboude.
- *die maatskaplike/interaksionele omgewing* bestaande uit die grootste gedeelte van menslike verhoudings op verskillende vlakke van intimiteit. Dit sluit in familie-, groepe- en buurtskap netwerke.
- *die institusionele en organisatoriese omgewing*.
- *die kulturele en sosio-politieke omgewing*. Dit sluit in regerings en maatskaplike instellings.

Met ander woorde dit strek van die konkrete tot die abstrakte. Die konkrete soos die waarneembare en fisiese omgewing, tot die abstrakte soos die kulturele omgewing. Dit sluit ook aan by die vlakke van die omgewing soos hieronder uiteengesit.

Daar kan, volgens Kemp, et al. (1997:100) ook die volgende vier vlakke van omgewing geïdentifiseer word, naamlik:

- die eerste vlak is die familie of ander persone van belang, wat insluit familie van oorsprong en die huidige familiesamestelling

- die volgende vlak is die maatskaplike netwerk van vriende, insluitende die hoeveelheid en kwaliteit van maatskaplike ondersteuning wat voorsien word
- die buurt en gemeenskap; die toereikendheid van lewens-omstandighede en die aard van die persoon se verhouding met die gemeenskap
- die laaste vlak is die breër regerings en maatskaplike instellings soos die ekonomiese en maatskaplike staatsinstansies.

Samevattend kan dus gesê word dat die omgewing as 'n multidimensionele entiteit gedefinieer kan word wat verskillende vlakke insluit. Verder kan ook vlakke van die omgewing geïdentifiseer word. In die lig van hierdie navorsing, en die feit dat dit gedoen is vanuit 'n ekologiese perspektief, was dit belangrik om al hierdie vlakke van die mens se ekologie in gedagte te hou. Op elkeen van hierdie vlakke is daar gekyk na die wyse waarop daar in die behoeftes van die familielid as primêre VIGS-versorger voorsien kan word.

Vervolgens is dit ook belangrik dat daar gekyk gaan word na 'n omskrywing van die ekologiese perspektief wat as benadering in hierdie navorsing gebruik is.

4.3 OMSKRYWING VAN DIE EKOLOGIESE PERSPEKTIEF

Turner (1986:619) verwys na Germain en Gitterman (1980) wat ekologie beskryf as 'n metafoer wat veral daarna soek om die komplekse wedersydse verhouding tussen mense en hulle omgewings te verstaan, met ander woorde hoe die een op die ander reageer en dit beïnvloed. Hulle wys ook daarop dat ekologie die wetenskap is wat gemoeid is met die verhoudings tussen lewende organismes – in hierdie geval die mens – en al die elemente van hulle omgewing.

Faul (1989:57) beskryf die ekologie as 'n wetenskap wat poog om die wederkerige verhoudinge tussen organismes en omgewings te verstaan. Dit beskryf hoe spesies hulself handhaaf deur die omgewing te gebruik en dit te vorm volgens hulle behoeftes sonder dat hulle dit hoef te vernietig. Dit beskryf ook hoe sulke aanpassingsprosesse die omgewing se diversiteit en lewensondersteunende eienskappe verhoog. Dit gaan dus oor die wisselwerking tussen die mens en sy omgewing, en nie die oorheersing van die een oor die ander nie. Grobbelaar en Louw (1990:15) som dit op deur die ekologie te beskryf as 'n wetenskap wat verhoudings tussen organismes en hul omgewings bestudeer en die onderlinge wisselwerking

wat daar tussen organismes en omgewings geskied te beskryf, te analiseer en te evalueer.

Die menslike ekologie kan dus gesien word as die studie van die mens binne sy omgewing, die prosesse wat tussen die mens en sy omgewing plaasvind, asook die wisselwerking en wedersydse beïnvloeding van mekaar. (vgl. Faul, 1989:1; Hillery, 1972:93). Compton en Galaway (1994:155) sluit hierby aan wanneer hulle daarop wys dat die wetenskap van ekologie die delikate balans wat daar tussen lewende wesens en hulle omgewing bestaan, asook die maniere waarop hierdie wederkerigheid kan verhoog en volhou, bestudeer. Dit is dus duidelik dat die menslike omgewing baie meer as lug, water, voedsel, en ander aspekte van die fisiese omgewing insluit. Dit behels ook 'n netwerk van intieme menslike verhoudings. Germain (1973:326) verduidelik ook dat dit gaan oor die delikate verhoudings van mense tot die vinnig veranderende fisiese en maatskaplike omgewings. Die outeur beklemtoon ook die feit dat die ekologiese perspektief ons in staat stel om uit te reik na die verband tussen die natuurwetenskaplike en humanistiese aangeleenthede.

Germain (1977:67-68) wys verder daarop dat die ekologiese gaan oor die verhouding tussen organismes en die omgewing. Soos ander hulpverleningsprofessies, gee die maatskaplike werk profesie ook meer aandag aan die invloed van die maatskaplike en fisiese omgewing op die aanpasbare en mededingende gedrag van mense. Die ekologiese perspektief wil hê dat ons maatskaplike oogmerk moet wees om die kwaliteit van die interaksies tussen mense en hulle omgewing te versterk sodat daar 'n beter aanpassing tussen mense se potensiaal en die omgewingskwaliteite sal wees. McKendrick (1988:155) stel dit baie duidelik wanneer hy daarop wys dat die persoon in die omgewing behels die totaliteit van verhoudings tussen individue en hulle omgewings. Die sleutel tot begrip vir die basiese menslike ekologie is die bewustheid van interaksie.

Volgens die ekologiese benadering ontwikkel menslike behoeftes en probleme deur transaksies of onderhandelinge tussen mense en hul omgewing, en die probleme en behoeftes kan die hoof gebied word deur die onderlinge interaksies te beheer (Germain & Gitterman, 1980:1). Timms (1967:39) wys daarop dat die ekologiese benadering die bestaan van 'n verhouding, tussen mense wat dieselfde omgewing deel, bevestig en dat die verhouding verband hou met die fisiese karakter van die omgewing.

Rappaport en Seidman (1999:133) verwys na Kelly, Ryan, Altman en Stelzner wat verduidelik dat die kern van die ekologiese perspektief is om 'n begrip te vorm van die onderlinge verhoudings van maatskaplike strukture en prosesse van groepe, organisasies en gemeenskappe waarin ons leef en werk. Die konsep van interafhanklikheid is die basiese grondwaarheid van die ekologiese perspektief.

Volgens Rappaport en Seidman (1999:134) het die ekologiese perspektief tot maatskaplike sisteme ten minste twee verskillende eienskappe, naamlik:

- (i) dit fokus op die maatskaplike sisteem as 'n geheel, sowel as op die analise van persone en hulle wedersydse verhoudings met mekaar binne die sisteem. 'n Ekologiese analise poog verder ook om die sisteem se verhouding met ander sisteme te verstaan;
- (ii) die balans van maatskaplike strukture en prosesse eerder as elkeen van hierdie in isolasie, word gesien as die bron van effektiewe sisteem funksionering. Strukture is daardie elemente van die maatskaplike sisteem wat die geleentheid of raamwerk voorsien waarin 'n lid van die sisteem in wisselwerking tree met ander deelnemers in die sisteem – 'n raamwerk vir interaksie dus.

Rothman en Germain (1994:41-42) wys daarop dat die ekologiese perspektief op sigself nie 'n praktiese model is nie. Deur dit egter as 'n metafoer te gebruik voorsien dit 'n begripplens waardeur die komplekse verskynsels wat deur maatskaplike werkers in die gesig gestaar word, beter verstaan en effektiewer hanteer mag word. Hierdie outeurs bespreek vyf konsepte wat, volgens hulle, gesamentlik die ekologiese perspektief uitmaak. Turner (1979:362-367), Marais (1993:2-2), asook Garvin en Seabury (1984:136-141) wys ook op verskillende konsepte van die ekologiese perspektief. Die verskillende outeurs se uiteensetting van die ekologiese perspektief sal vervolgens vergelykenderwys in tabelvorm aangebied word:

TABEL 4.1: Vergelyking tussen die verskillende outeurs se siening van die ekologiese perspektief

Rothman en Germain (1994:41-42)	Turner (1979:362-367)	Marais (1993:2-2)	Garvin en Seabury (1984:136-141)
<p>(i) <i>Holisme: mense en omgewings.</i> Wanneer die ekologiese perspektief as 'n metafoor gebruik word, gee dit aandag aan die holistiese aspek van mens/omgewing-verhoudings. Dit beteken dat ons beide persoon en omgewing ten volle kan verstaan slegs in die konteks van hulle verhouding met mekaar en hulle volgehoue uitbreidings</p>	<p><i>Omgewingskwaliteite:</i> Dit bestaan uit lae en strukture. Die lae is die maatskaplike en fisiese omgewing, terwyl die strukture tyd en ruimte is. Die fisiese en maatskaplike omgewings is met mekaar in interaksie op komplekse wyses, en die een vorm die ander. Waardes, norme, kennis en geloofstelsels, regeeringsvorme en die ekonomie beïnvloed die wyses waarop mense die fisiese omgewing gebruik en daarop reageer. Hulle vorm ook die patrone van maatskaplike verhoudings en die funksies van maatskaplike strukture. Dus word mense se gedrag beïnvloed deur die interaksie tussen die fisiese en maatskaplike omgewings en die kultuur. Soms gebeur dit ook andersom, naamlik mense se gedrag affekteer, en verander soms selfs die fisiese en maatskaplike omgewing en beïnvloed die ontwikkeling van kulturele norme en waardes.</p>	<p>Die ekologiese perspektief gaan oor die <i>wisselwerking van die mens en sy omgewing</i>, en nie die oorheersing van die een oor die ander nie. Dit word ook beskou as twee geïntegreerde dele van die menslike bestaan, en nie twee aparte entiteite nie.</p>	
<p>(ii) <i>Oorsaaklike handeling: herhaalde wisseling.</i> Oorsaaklike handeling is gemoeid met herhaalde wisseling oor 'n tydperk waarin elke eenheid se gedrag beide respons op die ander se gedrag en 'n stimulus vir die ander se volgende reaksie verteenwoordig, wat beide eenhede beïnvloed.</p>	<p><i>Transaksies wat plaasvind tussen persone en die omgewing wat insluit aanpassing, vergelding, wederkerigheid, spanning, wedywing en besoedeling:</i> Ekologie is gemoeid met die verhouding tussen lewendende organismes – in hierdie geval die mens – en al die elemente van hulle omgewings. Dit is bekommerd oor hoe organismes en omgewings 'n goeie balans verwerf en, ewe belangrik, hoe en waarom hulle soms in gebreke bly om dit te doen. Ekologie is gemoeid met wat goed is vir mense en hoe om hulle omgewing veilig te hou vir menslike groei en ontwikkeling – fisies, kognitief, maatskaplik en psigies. Die ekologiese perspektief versterk dus beide kennis, of teorie, en waardes.</p>		<p>Die individu moet nie net die spanning van die lewenstransaksie hanteer nie, maar moet ook 'n balans bewerk tussen die verskeidenheid individuele faktore en omgewingsrealiteite. Daar is drie belangrike onderhandelinge wat moet plaasvind om groei en ontwikkeling teweeg te bring, naamlik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die individu se behoeftes moet balanseer met die omgewingshulpbronne;

Rothman en Germain (1994:41-42)	Turner (1979:362-367)	Marais (1993:2-2)	Garvin en Seabury (1984:136-141)
			<ul style="list-style-type: none"> • die individuele aspirasies moet balanseer met die omgewing se geleenthede, en; • die individuele vermoëns en vaardighede moet balanseer met die omgewing se verwagtinge.
<p>(iii) <i>Menslike verwantskappe, bevoegdhe, self-respek en selfgerigheid.</i> Hierdie vier stelling menslike kapasiteite is belangrike kragte in alle aanpassings. Soos ander konsepte in die ekologiese perspektief, is hierdie kapasiteite onderhandelbare uitvloeisels van toekomstige, vorige en huidige verhoudings. Hulle kan nie net aan persoonlike of omgewings eienskappe toegeskryf word nie, maar spruit ook voort uit die aard en kwaliteit van vorige gebeure vanaf geboorte tot ouderdom. Die vier kom voor asof dit relatief vry van kulturele vooroordele is. Uiteindelik blyk dit dat die vier stelling kenmerke interafhanklik van mekaar is in hulle ontwikkeling en voortbestaan. Elkeen word deurlopend beïnvloed deur die ander drie.</p>	<p>Besondere menslike eienskappe wat die gevolg is van groei en ontwikkeling deur interaksie met die omgewing. Dit sluit in: 'n gevoel van eie identiteit, bevoegdheid, selfstandigheid, en verwantskap. Hierdie konsepte is duidelik verwant aan mekaar. Die gevoel van 'n eie identiteit spruit voort uit die interaksie met ander mense, en dit begin by die intimiteit van die eerste verhouding, en later kring dit uit in die gesin, en beweeg dan uit in wyerwordende sirkels van maatskaplike ervaring.</p>		
<p>(iv) <i>Die druk-wedywerings paradigma (voorbeeld).</i> Vanuit 'n ekologiese perspektief word die omstandighede, onderliggend aan kwesbaarheid en enige daaropvolgende moeilike lewensomstandighede wat in die gesig gestaar word deur hulle wat behoefte aan dienslewering het, beskou as lewensdruk. Lewensdruk en -spanning reflekteer 'n vorige verhouding waarin 'n kritieke lewenservaring 'n verlies of skade behels het wat 'n ernstige emosionele en fisiologiese druk tot gevolg gehad het.</p>			
<p>(v) <i>Kwesbaarheid en magteloosheid.</i> Die misbruik van mag deur dominante groepe in die gemeenskap is in teenstelling met groei-bevordering. Dit veroorsaak kwesbaarheid, uitsluiting en onderdrukking van groot dele van die bevolking.</p>			

Bron: Rothman en Germain (1994); Turner (1979); Marais (1993); Garvin & Seabury (1984)

Dit is dus belangrik om daarop te wys dat binne die verskillende stelling van idees, sommige konsepte verwys na uitkomstewanneer dit goed gaan, en sommige na uitkomstewanneer dit nie goed gaan met die verhoudings tussen die organismes en die omgewing nie.

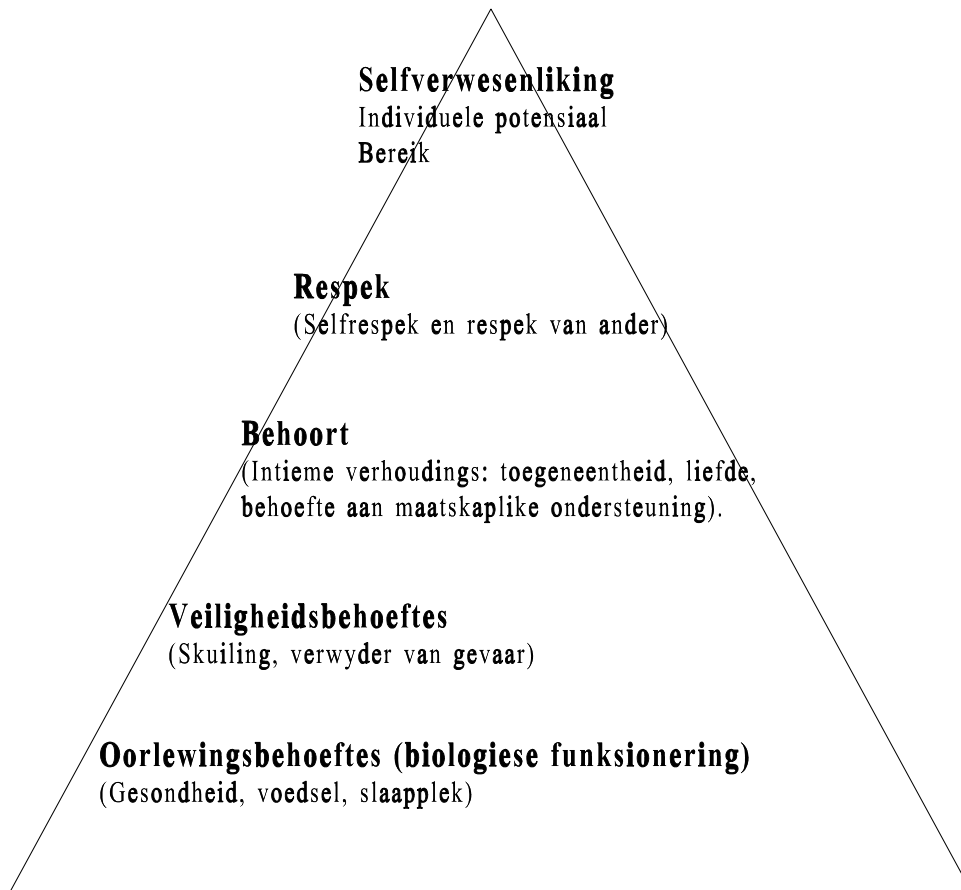
Delpont (1984:23) som die ekologiese benadering soos volg op: Die mens en sy omgewing word as 'n geïntegreerde sisteem beskou waarin voortdurend wedersydse skawing en aanpassing plaasvind. Mense vorm en skaaf hulle omgewings op verskeie wyses, en hulle moet dan weer aanpas by die veranderinge wat hulle geskep het.

Samevattend is dit dus belangrik om te sê dat dit duidelik is dat die individu en die omgewing interafhanklik is van mekaar om groei en ontwikkeling teweeg te bring. Dit is ook belangrik om te onthou dat die ekologiese benadering gaan oor wisselwerking, en dan tussen die mens en sy omgewing.

Garvin en Seabury (1984:137) bespreek ook die individu se behoeftes konseptueel op die volgende verskillende vlakke:

- oorlewingsbehoefte (biologiese funksionering);
- veiligheidsbehoefte (beskerming);
- behoefte om te behoort (intieme verhoudings); en
- behoefte aan respek.

Hierdie uiteensetting stem ooreen met Maslow se hiërargie van behoeftes. Morgan, King, Weisz en Schopler (1989:298) beeld Maslow se hiërargie van behoeftes soos volg uit:



Figuur 4.1: Maslow se hiërargie van behoeftes
(Morgan, King, Weisz & Schopler, 1989:298)

Die hiërargie het 'n breë basis, waar die mees basiese behoeftes, naamlik die fisiologiese behoeftes ter sprake is, en wat nodig is vir die daaglikse voortbestaan van die mens, en raak nouer na bo met die behoeftes aan selfverwesening aan die bopunt.

Op al die vlakke is die individu in direkte wisselwerking en afhanklik van omgewingshulpbronne om te oorleef, te groei en te ontwikkel. Dit is egter nie moontlik dat die wisselwerking op al die vlakke altyd in perfekte harmonie is nie. Die individu se aspirasies is onbeperk en die omgewing moet die geleentheid bied om die aspirasies te kan verwesenlik. Daar is dikwels struikelblokke vir geleentheid in die omgewing soos siekte, byvoorbeeld VIGS.

Kelly, Dassoff, Levin, Schreckengost, Stelzner en Altman 1988 (in Rappaport & Seidman, 1999:133) wys daarop dat die essensie van die ekologiese perspektief is om 'n begrip te vorm van die verhoudings tussen maatskaplike strukture en maatskaplike prosesse van die groepe, organisasies en gemeenskappe waarin ons leef en werk. Die konsep van inter-afhanklikheid is die basiese grondwaarheid van die ekologiese perspektief (vgl. Kelly, 1966, 1968, 1979a, 1979b; Kelly & Hess, 1987; Kelly, et al., 1988; Muñoz, Snowden & Kelly, 1979; Kingry-Westergaard & Kelly, 1990; Trickett, 1984, 1987, 1996).

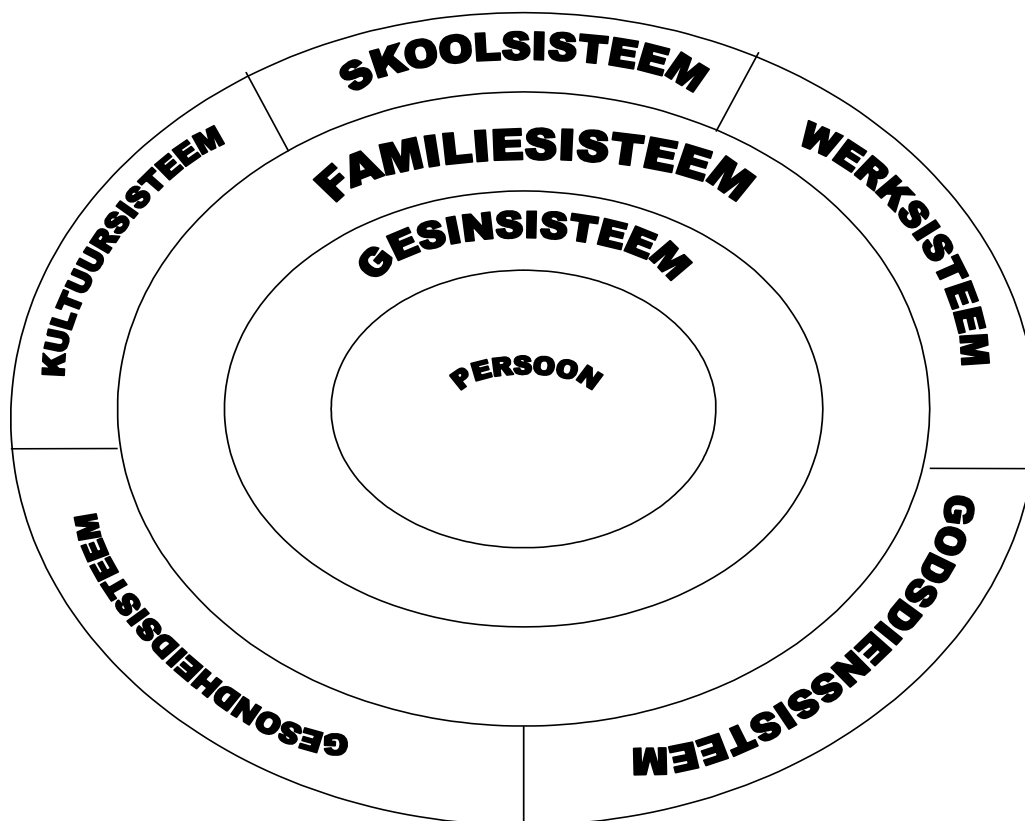
Die ekologiese perspektief het 'n nuwe beskouing tot die menslike wese se plek in die omgewing meegebring. Volgens die ekologie moet die fisiese en maatskaplike omgewing en omgewingsinvloede nie verabsoluteer word nie, maar ook nie ontken of misken word nie. Die omgewing het nie 'n allesbepalende invloed op die mens nie; die mens kan self ook beheer uitoefen oor die invloed van die omgewing. Dit gaan eerder hier om die wisselwerking tussen die mens en sy omgewing en dat die omgewing en die mens nie as aparte entiteite gesien moet word nie, maar as twee geïntegreerde dele van die menslike bestaan. Daar bestaan dus 'n inter-afhanklikheid tussen die individu en die gemeenskap (Sarason & Duck, 2000:144).

Payne (2005:150) sluit hierby aan en verwys na die lewensmodel ("life model") van Germain en Gitterman (1996) wat gebaseer is op die ekologiese metafoer, waarin individue interafhanklik is van mekaar en van hulle omgewing: hulle is "mense-in-omgewing". Die verhouding tussen individue en hulle omgewing is wederkerig: elkeen beïnvloed die ander oor tyd en deur wisselwerking. Die doel van maatskaplike werk is om die *passing* tussen individue en hulle omgewing te verbeter. Met ander woorde dit kan gesê word dat die essensie van die ekologiese perspektief is om 'n begrip te vorm van die verhoudings tussen maatskaplike strukture en maatskaplike prosesse van die groepe en organisasies en gemeenskappe waarin ons leef en werk, soos ook hierbo deur Kelly, et al. (1988 in Rappaport & Seidman, 1999:133) uiteengesit. Dit beklemtoon dus die interafhanklikheid as basiese grondwaarheid van die ekologiese perspektief.

Die ekologiese perspektief fokus op die interverhoudings tussen sisteme (<http://ecologicaltheory.tripod.com/>, 2007). In maatskaplike werk kan sisteme dan gesien word as individue, families, kulture en gemeenskappe. 'n Holistiese benadering kan dan daartoe bydra om te verstaan hoe hierdie sisteme en hulle interaksie met mekaar die gedrag van die individu kan beïnvloed.

Potgieter (1998:54) postuleer dat elke sisteem altyd deel is van 'n groter een, terwyl dit terselfdertyd ook saamgestel word deur kleiner sisteme. Die individu is volledig 'n sisteem wat bestaan uit verskillende subsisteme, byvoorbeeld fisiese, emosionele, intellektuele en geestelike. In die geval van die fisiese subsisteem kan dit byvoorbeeld weer onderverdeel word in die asemhaling- en voortplanting sisteme. Indien daar boontoe gekyk word na die hiërargie is die persoon ook 'n lid van die huweliksisteem, wat op sy beurt weer 'n subsisteem van die familiesisteem is. Die familie leef weer tussen vriende en bure (sisteme) binne die groter gemeenskapsisteem.

Die interaksie, verhouding, beïnvloeding en interafhanklikheid tussen sisteme kan, volgens Grobbelaar en Schoeman (1980:179) skematies soos volg voorgestel word:



Figuur 4.2: Interafhanklikheid tussen sisteme (Grobbelaar & Schoeman, 1980:179)

Whittaker en Garbarino (1983:11-15), Whittaker en Tracey (1989:22-25) asook Schoeman (2006:2) verwys na Bronfenbrenner se ekologiese benadering waarvolgens die individu se

leefwêreld uit 'n interaksionele netwerk van vier verwante sisteme bestaan. Bronfenbrenner (1979:513-531) is veral bekend vir sy ondersoek na die mens se funksionering in verskillende kontekse, asook die wedersydse invloed tussen die mens en sy omgewing (ekologiese perspektief). Hy het vier vlakke of sisteme in die mens se lewe onderskei, naamlik:

- die mikrosisteem wat die individu se fisiese en sosiale omgewing vorm
- die mesosisteem wat die interaksie met die sisteme in die omgewing behels
- die ekosisteem wat die wyer sosiale, politieke en ekonomiese omgewing behels
- die makrosisteem wat uit die algemene houdings, ideologieë en geloofstelsels wat deur lede van 'n bepaalde gemeenskap gedeel word, bestaan. Daar sal kortliks na elkeen van hierdie vlakke gekyk word:

4.3.1 Die mikrosisteem

Die *mikrosisteem*, waar die mees direkte omgewing en invloede is, het die grootste wedersydse invloed op die mens-omgewing-verhouding. Dit is die onmiddellike omgewing waarin die mens funksioneer en is die mees basiese sosiale sisteem. Dit sluit die daaglikse aktiwiteite in en het 'n direkte invloed op die mens se optrede en gedrag, en word ook daardeur beïnvloed. Dit is die plekke waar mense woon, die mense wat saam met hulle daar is, en die dinge wat hulle saam doen (vgl. Whittaker & Garbarino, 1983:11; Cole & Cole, 1993:24).

Volgens Whittaker en Garbarino (1983:11) ervaar meeste kinders aanvanklik slegs een klein mikrosisteem, naamlik die huis, wat interaksie met slegs een persoon op 'n keer insluit en relatief eenvoudige aktiwiteite soos voeding, bad en vertroeteling behels. Soos die kind ontwikkel vermeerder die kompleksiteit normaalweg. Die kind doen meer met meer mense in meer plekke. By volwassenheid neem die individu deel aan baie mikrosisteme en kan hy selfs 'n groot rol speel in die ontwikkeling van hierdie mikrosisteme. Speel, werk en liefde is die basiese aktiwiteite wat die individu se mikrosisteem vorm. Een baie belangrike aspek van die mikrosisteem is digtheid, met ander woorde met hoeveel verskillende persone die individu op 'n gegewe tyd verhoudings het, byvoorbeeld huwelik, gesin, kollegas.

Dit is waarskynlik ook in hierdie area van die ekologie waar die gesin en die familie 'n belangrik rol te vervul het as ondersteuningsbron vir die familielid as primêre VIGS-

versorger. Die naaste familielede se houding en ondersteuning speel ook 'n belangrike rol in die familielid as primêre VIGS-versorger se motivering om voort te gaan met die versorging van die siek familielid.

Die individu het egter nodig om hierdie mikrosisteme met mekaar te verbind, en dit word deur Bronfenbrenner (1979) beskou as die *mesosisteem*, waarna vervolgens gekyk sal word.

4.3.2 Die mesosisteem

Die mesosisteem bestaan uit die interaksies tussen twee of meer omgewings waarin die individu 'n aktiewe deelnemer is. Belangrike mesosisteme vir kinders volgens Whittaker en Garbarino (1983:12) sluit in verhoudings tussen die huis, skool, portuurgroep, kerk en die woonbuurt. Vir volwassenes kan werk en die plaaslike owerheid bygevoeg word. Die hoeveelheid verbintenisse, die waarde en diversiteit tussen mikrosisteme bepaal die waarde van 'n persoon se mesosisteme. Dit is ook op hierdie vlak waar die maatskaplike ondersteuningsisteme wat deur die familielid as primêre VIGS-versorger benut kan word, bepaal gaan word. Dit gaan dus van die familielid afhang op hoeveel ondersteuning hy/sy vanuit sy/haar gemeenskap kan staatmaak, aangesien dit in baie noue verband staan met sy/haar betrokkenheid by ander sisteme in die gemeenskap soos die kerk en/of ander organisasies soos groepe in sy/haar omgewing.

Gebeurlikhede in sisteme waarin die individu nie 'n deelname het nie, maar waarin dinge gebeur wat 'n direkte invloed het op mense met wie hy/sy wel interaksie het, bepaal soms die kwaliteit van 'n persoon se mesosisteme. Bronfenbrenner (1979) noem hierdie raamwerke "ekosisteme".

4.3.3 Die ekosisteem

Ekosisteme is situasies wat 'n persoon affekteer, maar waarin daardie persoon nie 'n direkte rol speel nie. Die ekosisteem kan ook omskryf word as die sosiale struktuur of gemeenskap waarin die mens leef. Dit behels die wyer sosiale, politieke en ekonomiese omgewing. Ekosisteme het mag oor mense se lewens, selfs al neem daardie persoon nie deel daaraan nie (Whittaker & Garbarino, 1983:13). Vir kinders sluit dit byvoorbeeld die werksplekke van ouers, skoolkomitees/ skoolrade en beplanningskomitees wat besluite neem wat die kind se daaglikse lewe affekteer, in. Vir volwassenes sluit dit hierdie selfde organisasies in, asook

ekonomiese instansies, die kind se portuurgroep en die skool. Die geleentehede/ voordele van die ekosisteem is geleë in situasies waar jy gedwing word in die werksituasies om iemand se ondersteuningsnetwerk te ondersteun. Een baie belangrike ekosisteem vir kinders en ouers kan byvoorbeeld die beplanningskomitee in 'n dorp/stad wees. Hierdie groep kan 'n belangrike rol speel in besluitneming oor hoe goed outoriteite die belange van byvoorbeeld kinders insluit in besluitneming oor die gebruikmaking van oop ruimtes, byvoorbeeld 'n speelpark vir kinders. Vir die doel van hierdie navorsing, kan dit byvoorbeeld die VIGS-forum op 'n dorp wees wat 'n belangrike rol speel in besluitneming oor hoe goed outoriteite die belange van byvoorbeeld die familielid as primêre VIGS-versorger insluit in besluitneming oor die besteding van fondse. Word net die VIGS-lyer self in aanmerking geneem, of word daar ook besluite geneem wat hulp aan die versorger behels.

Meso- en ekosisteme word ingesluit in die breë ideologiese en institusionele patrone van 'n spesifieke kultuur of sub-kultuur, en dit wys hoe die ekologiese stukkies inmekaar pas. Meso- en ekosisteem patrone vorm die makrosisteem.

4.3.4 Die makrosisteem

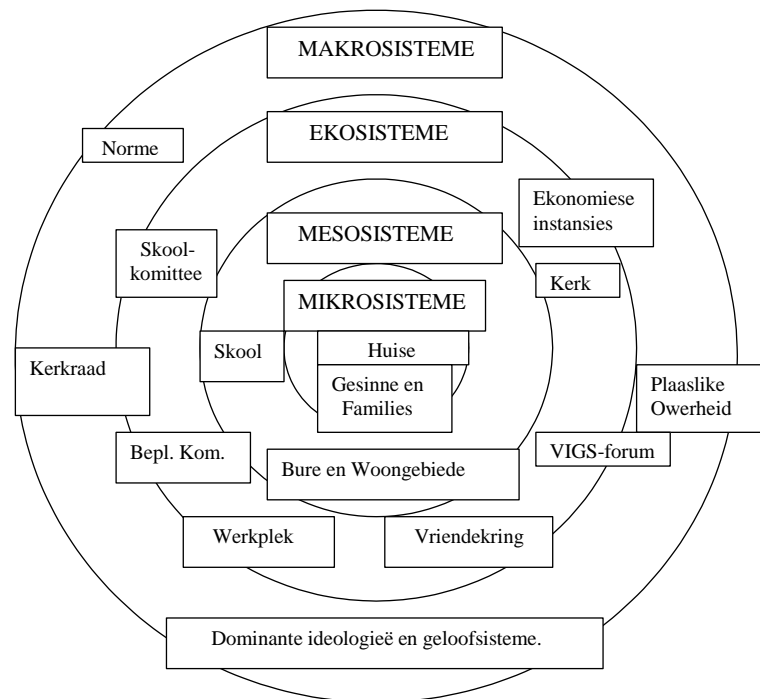
Die *makrosisteem* is die “bloudruk” van 'n kultuur se ekologie vir menslike ontwikkeling. Dit reflekteer 'n persoon se deelnemende aannames oor hoe dinge behoort gedoen te word soos byvoorbeeld vir wie en hoeveel iemand hulp moet verleen. Die makrosisteem behels die norme oor hoe ontwikkeling moet plaasvind, en die aard en strukture van die mikro-, meso- en ekosisteme (Whittaker & Garbarino, 1983:14).

Die makrosisteem bestaan uit algemene houdings-, ideologieë en geloofsisteme wat deur lede van 'n bepaalde gemeenskap gedeel word. Dit is byvoorbeeld belangrik hoe verskillende kulture reageer op ekonomiese krisisse wat daartoe lei dat sommige persone se vermoë om vir noodsaaklike dienste te betaal, verminder; hoe die aard van vriendskap en buurskap verskil tussen etniese groepe; hoe kulture afhanklikheid definieer en daarop reageer, en hoe verskillende politieke ideologieë outoriteit tussen die publiek en die private sektor allokeer.

Omgewingsgeleentehede in 'n makrosisteem is geleë in 'n ideologie en 'n reeks instellings wat gesonde maatskaplike verhoudings ondersteun en versterk. So 'n voorbeeld is 'n gemeenskap se aanname dat 'n familie wat finansieel en/of medies swaarkry, die reg het tot openbare ondersteuning. So kan die familielid as primêre VIGS-versorger byvoorbeeld gehelp word

deur staat te maak op die ondersteuning van gesondheidspersoneel en -instansies.

Skematies kan die mikro-, meso-, eko- en makrosisteme soos volg voorgestel word:



Figuur 4.3: Skematiese voorstelling van die ekologiese sisteme

(Bron: Bronfenbrenner, 1979)

Dit kan dus gesê word dat die ekologiese perspektief bestaan uit vier basiese sisteme, naamlik die mikrosisteam, mesosisteam, ekosisteam en makrosisteam, en dat elkeen van hierdie sisteme 'n belangrike deel uitmaak van die wedersydse aanpassing tussen die individu en sy/haar omgewing. Die kern van die ekologiese perspektief gaan dusoor die verhouding tussen die mens en sy omgewing, en die wedersydse invloed wat die twee op mekaar het tydens veral sekere lewensomstandighede soos byvoorbeeld die versorging van 'n familielid met MIV/VIGS.

Vervolgens sal aandag gegee word aan die toepassing van die ekologiese perspektief.

4.4 DIE TOEPASSING/BENUTTING VAN DIE EKOLOGIESE PERSPEKTIEF IN DIE PRAKTYK

Vanuit 'n ekologiese perspektief is VIGS meer as 'n mediese diagnose. Dit sluit ook baie meer in as net gesondheidsverlies. Dit is 'n komplekse bio-psigososiale werklikheid wat tot elke aspek van 'n persoon se lewe deurdring. Dit beïnvloed 'n persoon se gevoelens van identiteit en selfwaarde. Hy/sy moet inpas by 'n “gesonde omgewing”, maar die “gesonde omgewing” moet ook by die siek persone en hulle familieledes as hulle versorgers aanpas of aangepas word. Die familieledes as VIGS-versorgers beleef spanningsdruk in hulle lewensbestaan, en die maatskaplike werker wat familieledes as VIGS-versorgers in 'n gemeenskap bedien moet 'n verskeidenheid van professionele rolle benut. Die professionele rolle van instaatsteller, bemiddelaar, advokaat, beplanner, adviseur en opvoeder word veral benut in verhouding tot die kliënt en die verskeidenheid sisteme in sy ekologiese omgewing soos die gesin, skool, werk, gesondheidsdienste en godsdienstige sisteme. Elkeen van hierdie rolle sal vervolgens kortliks bespreek word:

4.4.1 Die rol van die maatskaplike werker in die benutting van die ekologiese perspektief

4.4.1.1 *Instaatsteller*

In die rol van instaatsteller vervul die werker die taak van mobilisering, of versterking van motivering, om met die probleem op hande, in hierdie geval die versorging van 'n familielid met VIGS, te deel, en om te help om gevoelens van onmag in die situasie te bestuur (Germain & Gitterman, 1986:630).

Met ander woorde die maatskaplike werker as instaatsteller motiveer die familielid as VIGS-versorger om met sy/haar versorgingsrol te deel en gevoelens van onmag te hanteer. Die mikrovlak van die ekologiese perspektief is dus hier ter sprake.

4.4.1.2 *Bemiddelaar*

Volgens Whittaker en Tracey (1989:101+108) behels die rol van bemiddelaar om die verbruikers van dienste met mekaar te verbind, en ook om te reël vir dienste op die meso-, eko- en makrovlakke. Dit sluit in alle aktiwiteite om kliënte, soos familieledes as primêre

VIGS-versorgers, te verbind met die nodige bestaande bronne, dienste en geleenthede. Die belangrikste hiervan sluit in om behoeftes te bepaal, bronne te identifiseer en situasies/gevalle te monitor. Die belangrikste vaardighede van 'n bemiddelaarsrol sluit in:

- kennis van dienste en bronne
- vermoë om behoeftes akkuraat te bepaal
- vermoë om behoeftes en bronne bymekaar in te pas.

Dit is dus belangrik dat die maatskaplike werker 'n akkurate behoeftebepaling van die familielid as primêre VIGS-versorger moet maak, en hom- of haarself vergewis van die bronne en dienste wat in die betrokke gemeenskap hiervoor teenwoordig is. Dit is belangrik dat hy/sy dan hierdie behoeftes van die familielid as VIGS-versorger in kontak sal bring met die bronne wat daar beskikbaar is. Indien daar nie bronne is nie, sal hy/sy in staat moet wees om die gemeenskap te motiveer om hierdie bronne beskikbaar te stel. Met ander woorde die mikro- meso- en ekovlakke van die ekologiese perspektief is hier ter sprake.

4.4.1.3 Advokaat

Indien die bemiddelaarsrol nie suksesvol is nie, sal die maatskaplike werker waarskynlik die rol van advokaat moet aanneem ten einde 'n meer effektiewe passing tussen die persoon en sy omgewing te bewerk. Die rol van advokaat behels intervensies met organisasies of persone om die familielid as primêre VIGS-versorger, met ander woorde die kliënt, te help om geskikte dienste te ontvang. Die rol van advokaat is gelykwaardig aan die terapeut-beraderrol, en is 'n integrale deel van die vervulling van die ekologies-ge-oriënteerde maatskaplike behandeling (aldus Whittaker & Tracey, 1989:104.).

Whittaker en Tracey (1989:104) wys ook daarop dat die rol van advokaat veral verbind word met die versekering van noodsaaklike dienste, alhoewel dit ook die kliënt se reg om die dienste te weier, in aanmerking neem, op grond van onbevredigende dienslewering, of die feit dat dit die kliënt se selfbeslissingsreg ondermyn. Hierdie outeurs wys ook daarop dat, om die rol van advokaat suksesvol te kan vertolk, vereis dit van die maatskaplike werker 'n hoë vlak van kommunikasie en interpersoonlike vaardighede (1989:106). Die vermoë om duidelik, versigtig en bondig te kommunikeer word benodig. Verder is dit ook nodig om bekommernisse op 'n feitelike wyse te kommunikeer, soos byvoorbeeld dienste om in die behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers te voorsien. Hiermee saam moet die

“advokaat” ook in staat wees om die gevoelens en bekommernisse van die ander partye te verstaan, soos byvoorbeeld die beskikbaarheid van befondsing vir die verlangde dienste. Dus is die eko- en makrovlakke van die ekologiese perspektief hoofsaaklik hier ter sprake.

Samevattend kan dus gesê word dat die rol van advokaat behels dat die maatskaplike werker as’t ware vir die kliënt sal verteenwoordig wanneer dit kom by bedinging vir sekere dienste wat nie beskikbaar is nie, of verbetering van bestaande dienste. Dit is ook belangrik dat die maatskaplike werker sal onthou dat sekere kommunikasie en interpersoonlike vaardighede nodig is om sy/haar rol as advokaat suksesvol te kan vervul.

4.4.1.4 Beplanner

Germain en Gitterman (1986:631) wil dat, in die rol van beplanner, die maatskaplike werker daarvoor verantwoordelik is om informele netwerke, selfhelp- of taakgroepe te mobiliseer ten einde maatskaplike en emosionele isolasie te bekamp. Volgens Whittaker en Tracey (1989:17-18) werk die maatskaplike werker dus deur reeds bestaande ondersteuningssisteme ten einde individuele kliënte of groepe kliënte behulpsaam te wees. Die rede hiervoor kan wees voorkoming, integrasie van dienste, versterking van ander professionele dienste, of as gasheer vir ander dienste. Dit behels ‘n aantal verskillende professionele aktiwiteite insluitende direkte konsultasie, voorsiening van verbindingdienste, en maatskaplike ondersteuningsnetwerke te ontwikkel en in stand te hou.

Met ander woorde die maatskaplike werker as beplanner moet ‘n deeglike kennis van die bestaande dienste in ‘n spesifieke gemeenskap hê om te weet watter dienste aan watter behoeftes gekoppel kan word, en andersom. Hier word dan ook hoofsaaklik op die meso- en ekovlakke van die ekologiese perspektief gewerk.

4.4.1.5 Adviseur

In die rol van adviseur, volgens Germain en Gitterman (1986:631), moet die maatskaplike werker daarheen werk om die openinge in dienste, programme en bronne op te vul. Met ander woorde die maatskaplike werker moet leemtes identifiseer en aanbevelings maak om die leemtes te vul. Hier word dus meestal op die mikrovlak van die ekologiese perspektief gewerk, maar aangesien die maatskaplike werker ook ‘n deeglike kennis moet hê van watter dienste beskikbaar is, is ook die ander vlakke hier ter sprake, hoewel sy nie noodwendig daarmee werk nie.

4.4.1.6 Opvoeder

In die rol van opvoeder, volgens Germain en Gitterman (1986:630), verduidelik of rig die maatskaplike werker die probleem-oplossende aspekte ten einde 'n probleem baas te raak. Dit beteken dus dat die kliënt, in hierdie geval die familielid as primêre VIGS-versorger, die student of leerder word, die maatskaplike werker die onderwyser, en die behandelingsproses word die opvoedingsverhouding. Whittaker en Tracey (1989:113-114) verduidelik dat die maatskaplike werker in hierdie rol advies en inligting voorsien, onderrig gee oor 'n spesifieke stel vaardighede en gedrag, of die kliënt help om hom/haar voor te berei vir 'n spesifieke rol, soos om 'n familielid met VIGS te versorg. In hierdie rol tree die maatskaplike werker ook meer direk, gefokus, en op 'n lerende manier op as ander maatskaplike werk rolle. Met ander woorde die maatskaplike werker vervul hier 'n onderrigrol ten einde die familielid te help en op te lei vir sy/haar rol as primêre VIGS-versorger. Sy werk dus hier meestal op die mikrovlak van die ekologiese perspektief.

Dit beteken dus dat die maatskaplike werker sekere rolle vervul in sy/haar dienslewering aan die familielid as primêre VIGS-versorger binne 'n ekologiese perspektief, wat bestaan uit die rol van instaatsteller, bemiddelaar, advokaat, beplanner, adviseur en opvoeder. In haar verskillende rolle werk die maatskaplike werker dan op alle vlakke van die ekologiese perspektief, afhangende van watter rol sy op 'n gegewe tydstip vervul.

Ten einde 'n gelukkige familielid as VIGS-versorger in die gemeenskap te huisves, is dit nodig om deur middel van dienste die wisselwerking tussen die mens en omgewing/gemeenskap deeglik in oënskou te neem en daarvolgens dienste te beplan. Beide die mens en die omgewing/gemeenskap en die transaksies tussen die mens en omgewing/gemeenskap moet as 'n totaliteit benader word.

Compton, Galaway en Cournoyer (2005:23) beklemtoon die feit dat die sisteemteorie, wat deel uitmaak van die ekologiese perspektief, die doel van die maatskaplike werk profesie goed bedien, aangesien dit die aandag verskuif van óf die persoon alleen óf die omgewing alleen na die probleme in die sistemiese interaksie binne die persoon-in-situasie. Dit is dus hierdie *proses van interaksie/wisselwerking* wat as die probleem geïdentifiseer word, en nie die persoon of omgewing nie. Indien maatskaplike werkers dit verstaan, sal dit die werk met

familielede as primêre VIGS-versorgers vergemaklik deurdat hulle gefokus sal wees op die *proses*, eerder as op die individu of die gemeenskap. Vanselfsprekend sal hulle deur die aandag wat aan die proses gegee word, ook aandag aan die persoon en die gemeenskap gee, aangesien die ekologiese perspektief gaan oor die wisselwerking (*proses*) tussen die individu en die omgewing. Beide die mikro- meso- en ekovlakke van die ekologiese perspektief is hier ter sprake.

Een van die fokus areas van maatskaplike werk is dan die kwesbare deel van die gemeenskap, waarvan die VIGS-lyer en sy familie deel is. Maatskaplike werk se reaksie hierop is om maatskaplike verandering te probeer bewerkstellig (meso-, eko- en makrovlakke) en om die familielid as VIGS-versorger se vermoë om met moeilike gemeenskappe te wedywer, te verbeter (mikrovlak). Gilgun (1996:399) wys daarop dat intervensies gebaseer is op 'n ekologiese raamwerk, en is daarom:

- wyd verspreid (alle vlakke van die ekologiese benadering)
- dit dek navorsing (alle vlakke)
- behels program-ontwikkeling (meso-, eko- en makrovlakke)
- dit sluit in direkte praktiese werk (mikrovlak)
- formulering, implementering en evaluering van beleide (makrovlak).

Maatskaplike werkers het ook 'n invloed op mense se ontwikkeling en funksionering wat insluit families, woongebiede, portuurgroepe, maatskaplike netwerke en beleide, kultuur, ras, etnisiteit, geslag en vooroordele en diskriminasie. Al die vlakke van die ekologiese perspektief is dus hier ter sprake.

Om die familielede as VIGS-versorgers tot hulp te wees, is dit nodig dat die maatskaplike werker nie net die versorger en VIGS-lyer in gedagte hou nie, met ander woorde sy behoort nie net op mikrovlak te werk nie, maar ook met die gemeenskap met sy netwerk van interne verhoudings tussen individue, gesinne en ander samestellings, en sy komplekse verhouding tot die wêreld buite homself. Sy werk dus ook op al die ander vlakke van die ekologiese perspektief. Volgens Grobbelaar en Louw (1990:20) beteken die ekologiese metafoor dat die gemeenskap 'n integrale deel van die lewensruimte van individue en samestellings is. Dit moet dus deel wees van assessering, intervensies, voorkoming en ander prosesse.

Cox (2003:120) sluit hierby aan en verduidelik dat die ekologiese perspektief daarop gemik is om individue te help om aan te pas by lewensprobleme met die doel om dit te verminder en dus die *passing* tussen die individu en sy omgewing te versterk. Die mikro, meso- en ekovlakke is dus veral hier ter sprake, maar ook die makrovlak kan van toepassing wees.

Whittaker, Kinney, Tracy en Booth (1990:104) postuleer dat 'n ekologiese oriëntasie behels dat individue nie apart verstaan kan word van hulle interaksie met die omgewing nie. Dit help met die assessering van die kliënt se vaardighede om opgewasse te wees teen die omgewing en om intervensies aan te beveel ten einde die wanaanpassing tussen dit wat die omgewing bied en die kliënt se kapasiteit en behoeftes te verminder. Hier is veral die mikro- en mesovlakke van die ekologiese perspektief ter sprake.

Die maatskaplike werker het onder andere ook twee funksies naamlik:

- hulp om familieledede as VIGS-versorgers se inpassingspotensiaal te ontwikkel (mikrovlak), en
- hulp om hul omgewings te verbeter (meso- en ekovlakke, maar dit mag ook nodig wees om die makrovlak te betrek).

Hierdie twee funksies kan ook deur gemeenskapswerk bereik word. Metodes wat hier gebruik kan word, sluit die volgende in:

- die mobilisering van interne hulpbronne. Hier word gedink aan die VIGS-versorger se vaardighede, en daar sal dan op die mikrovlak van die ekologiese perspektief gewerk word.
- die verbetering van die kwaliteit van wisselwerking met die omgewing. Hier sal hoofsaaklik op mikro- en mesovlak gewerk word.
- die vermeerdering van die verantwoordelikheid van die omgewing ten opsigte van die individuele familieledede as VIGS-versorgers, of familieledede as groepe, se aanpassingsbehoefte. Die meso- en ekovlakke van die ekologiese perspektief is veral hier ter sprake.

Dit is dus belangrik dat die individu, in hierdie geval die familielid as primêre VIGS-versorger, voortdurend gesien word as deel van sy onmiddellike omgewing soos sy gesin (mikrovlak), maar dat daar ook onthou sal word dat hulle ook gesien sal word as deel van 'n

breër gemeenskap (meso- en ekovlakke), en dat dit in gedagte gehou word wanneer daar tydens assessering aandag gegee word aan hulle vaardighede en kapasiteit ten einde wanaanpassings te verminder. Die tweërlei funksies van die maatskaplike werker in die verband, en die toepassing daarvan is baie belangrik.

Germain (1977:67-68) wys daarop dat maatskaplike werk meer aandag gee aan die invloed van maatskaplike en fisiese omgewings op die aanpasbare en mededingende gedrag van mense. Hierdie outeur vestig die aandag verder daarop dat die ekologiese perspektief daarop gemik is om die kwaliteit van gebeure tussen individue en omgewings te verbeter (mikro- en mesovlakke) sodat daar 'n beter verband tussen mense se potensiaal en die omgewingskwaliteite kan wees. Voortspruitend hieruit is die maatskaplike werker se rolle en funksies daarop gemik om die vermoëns van individue, soos die familielid as primêre VIGS-versorger, te ondersteun en te versterk (mikrovlak) en die onmiddellike omgewing te beïnvloed om meer ondersteunend tot die familielid as VIGS-versorger se menslike behoeftes te wees (mikro- en mesovlak). Ons praktiese domein word dus gesien as die raakvlak-area, wat beide die aanpassingsgedrag van mense en die kwaliteite van die onmiddellike maatskaplike en fisiese omgewing insluit. Maatskaplike werk fokus nog te veel primêr op aanpasbare gedrag en kyk die omgewing mis.

In sommige situasies moet die maatskaplike werker die struikelblokke in die omgewing verwyder ten einde omgewingshulpbronne en steun te mobiliseer en omgewingstressors uit te wis (Grobbelaar & Louw, 1990:20). Hier sal dus meestal op die meso- en ekovlakke van die ekologiese perspektief gewerk word.

Die effektiewe hantering van hierdie probleem deur die maatskaplike werker vereis persoonlike kwaliteite soos probleemoplossende vaardighede, hantering van negatiewe gevoelens en handhawing van selfwaarde. Dit vereis verder ook omgewingshulpbronne en ondersteunende samelewingstrukture. Dit beklemtoon dus weereens die besondere mens-en-omgewingsverhouding, en die wyse waarop die maatskaplike werker dit aanwend om tot voordeel van beide die individu en die omgewing te strek. Die mikro-, meso- en ekovlakke van die ekologiese perspektief is dus hier ter sprake.

Compton en Galaway (1994:155) wys daarop dat 'n ekologiese metafoor maatskaplike werkers kan help om die kliënt nie net te sien as 'n geïsoleerde entiteit nie, maar as deel van

‘n komplekse ekologiese sisteem. Dit kan hulle help om te fokus op die bronne wat beskikbaar behoort te wees in die onmiddellike omgewing (mikro- en mesovlakke), maar ook in die uitgebreide omgewing (eko- en makrovlakke), ten einde groei en oorlewing moontlik te maak. Dit lei ook tot ‘n bewustheid van maatskaplike, verhoudings en instrumentele vaardighede wat individue behoort te hê om moontlikhede in hulle omgewing te gebruik en by sy eise in te pas (mikro- en mesovlakke).

Een van die doelstellings van maatskaplike werk is om die funksionering van die individu, in hierdie geval dan die familielid as primêre VIGS-versorger, binne ‘n omgewing te verbeter. Volgens Cox (1993:180) gebruik die maatskaplike werker die ekologiese perspektief ten einde die persoon se aanpassingsvaardighede te verbeter sodat die interaksie nie spanningsvol is nie, en optimale funksionering verseker kan word. In die geval van die familielid as primêre VIGS-versorger beteken dit dus dat die maatskaplike werker die familielid as VIGS-versorger help om aan te pas by sy/haar onmiddellike omstandighede (mikrovlak), en te help dat die interaksie tussen die versorger en sy/haar siek familielid (mikrovlak), sowel as die breër gemeenskap (meso- en ekovlakke), nie spanningsvol is nie. Dit sal waarskynlik ook beteken dat met die spesifieke sisteme in die ekologie waar die probleem lê, gewerk sal moet word, afhangende van op watter vlak van die ekologiese perspektief die probleem is.

Die maatskaplike werker het ook verskillende rolle om te vervul binne die ekologiese perspektief soos reeds uiteen gesit, ten einde aan die familielid as primêre VIGS-versorger die nodige hulp te verleen. Volgens McKendrick (1988:156) is een van die doelstellings van maatskaplike werk om individue, families en groepe in staat te stel om hulle probleme te hanteer deur gebruik te maak van hulle gemeenskappe se bronne in die konteks van hulle maatskaplike omgewing. Hier kan al die vlakke van die ekologiese perspektief ter sprake wees.

Dit kan dus gesê word dat, in die dienslewering aan die familielid as primêre VIGS-versorger, dit belangrik is om in gedagte te hou dat hy/sy nie ‘n entiteit op sy/haar eie is nie, maar dat hulle deel is van verskillende gemeenskapsisteme. Hierdie gemeenskappe behoort deur die maatskaplike werker benut te word ten einde die nodige dienste aan die familielid te voorsien, en sal hy/sy op al die vlakke van die ekologiese perspektief moet werk. Die maatskaplike werker het verskillende rolle en funksies wat sy hierin moet vertolk.

4.5 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is aandag gegee aan die ekologiese perspektief as uitgangspunt van die navorsing. Die omskrywing van omgewing, asook dié van die ekologiese perspektief is breedvoerig bespreek, en laastens is aandag gegee aan die toepassing/benutting daarvan in die praktyk. Hier is ook aandag gegee aan die vergelyking tussen Rothman en Germain (1994), Turner (1979), Marais (1993) en Garvin en Seabury (1984) se sienings van die ekologiese perspektief.

Die verskillende rolle en funksies van die maatskaplike werker in die benutting van die ekologiese perspektief het aandag geniet, en hier is gekyk na die rol van die maatskaplike werker as instaatsteller, bemiddelaar, advokaat, beplanner, adviseur en opvoeder. Elkeen van hierdie rolle is volledig bespreek, en daar is ook gekyk na op watter vlakke van die ekologiese sisteme sy in haar onderskeie rolle 'n funksie het om te vervul.

VIGS is die enkele grootste struikelblok in die ontwikkeling van Afrika, en spesifiek dié van Suid-Afrika. Baie wyer toegang tot voorkoming, behandeling en versorgingsdienste word benodig om die pandemie om te keer. Daar sal dus in die volgende hoofstuk aandag gegee word aan die voorkoming van MIV/VIGS.

HOOFSTUK 5

DIE VOORKOMING VAN MIV/VIGS

5.1 INLEIDING

Die navorser het dit nodig gevind om die aspek van voorkoming aan te spreek aangesien dit nodig is vir die intervensieprogram vir die versorgers van VIGS-lyers.

VIGS is 'n onsigbare en baie gevaarlike moordenaar wat al baie mense se lewe vernietig het. Die navorser is egter van mening dat dit voorkom kan word. Dit is noodsaaklik dat iets daadwerkliks in elke gemeenskap gedoen word, en dat al die rolspelers soos die kerke, opleidingsinstansies en die besigheidsektor, aktief betrokke moet wees by die voorkoming van MIV/VIGS, en dit nie net aan sekere instansies soos die Staat en ander privaat organisasies oorgelaat moet word nie. Dit is veral belangrik dat nie net veilige seks met kondome verkondig word nie, want eintlik is ons dan besig om die morele standaard van die samelewing te verlaag en promiskuiteit aan te moedig. Daarby is dit nie net die gevolge van MIV/VIGS op die verskillende samelewingsektore wat behandel moet word nie, maar ook die oorsake, soos byvoorbeeld moeder-na-kind infektering, moet aangespreek word. Kennis van hoe VIGS opgedoen word is ook noodsaaklik om gedragsverandering te motiveer en sodoende voorkoming in 'n groter mate te bevorder.

MIV word oorgedra deur 'n paar baie spesifieke gedragspatrone (Kalichman, Somlai & Sikkema, 2002:160). Dus kan dit in 'n groter mate as meeste ander siektetoestende geheel-en-al voorkom word deur die verandering van daardie spesifieke gedragspatrone wat die infeksie veroorsaak. Hierdie outeurs erken egter ook dat daar sekere aspekte is wat die voorkoming van MIV/VIGS kompliseer, soos byvoorbeeld die verband tussen VIGS en armoede. Die subgroepe wat die meeste aangetas word deur die epidemie is die volgende naamlik (Kalichman, et al., 2002:160):

- mans wat seks met mans het
- rasse en etniese minderheidsgroepe
- die binne-stedelike armes
- drank- en dwelverslaafdes
- haweloses

- persone met verstandelike gestremdheid
- ander maatskaplik afgeleë gemeenskappe.

Dus kan gesê word dat VIGS-voorkoming net soveel 'n maatskaplike beweging is as 'n openbare gesondheidsorgveldtog.

In 'n pamflet wat deur patoloë Du Buisson, Bruinette en Kramer (geen datum) uitgereik is, wys hulle daarop dat voorkoming van MIV/VIGS wel kan plaasvind deur die volgende:

- Verandering van lewenstyl
- Voorkoming van viruskontak deur:
 - kondome
 - steriele naalde
- MIV-toetsing en berading
- Post-blootstellingsterapie met anti-retrovirale middels.

Ten einde die voorkoming van MIV/VIGS in perspektief te plaas, is dit nodig om kortliks te kyk na enkele feite in die geskiedenis van VIGS-voorkoming. Daarna sal aandag gegee word aan die verskillende rolspelers soos byvoorbeeld die gesin, die kerk, skole en die Staat binne die ekologiese perspektief en hoe hulle betrokke is/kan wees by voorkoming.

5.2 DIE GESKIEDENIS VAN VIGS-VOORKOMING

Volgens Kalichman, et al. (2002:162) kan die eerste pogings van VIGS-voorkoming opgespoor word by gay gemeenskappe in New York, San Francisco en Los Angeles. Gay aktivisme het ontwikkel uit 'n burgerlike regte beweging wat op sy hoogste was in die laat 1970's en vroeë 1980's. Gedurende die vroeë 1980's het die politieke pendulum egter na maatskaplike konserwatisme geswaai, met anti-gay politieke agendas wat vinnig verrys het. Kalichman, et al. (2002:162) haal Shilts (1987) aan en wys daarop dat dit dus nie vreemd is nie dat, toe gay mans siek word as gevolg van VIGS, gay gemeenskappe hulle eie wyd verspreide opvoedings en voorkomingsveldtogte georganiseer en geïnisieer het. VIGS-voorkoming was dus gebore uit gay-aktivisme, gevolg deur regeringsinisiatiewe. Die eerste VIGS-voorkoming was gedoen met die doel van bewusmaking en die bevordering van openbare bewustheid (Kalichman, et al., 2002:163). Die eerste VIGS-voorkomingsintervensies het primêr bestaan uit publieke inligtingsforums, opleidingsbrosjures en ander

veldtogte om groot hoeveelhede mans in gay-gemeenskappe in te lig oor die gevaar van hierdie verontrustende gezondheidstoestand. Hierdie voorkomingsveldtogte is later ook uitgebrei na die drank- en dwelmverslaafdes. Die eerste voorkomingsstrategieë onder die verslaafdes was inligting gebaseer, en het gefokus op die gesondheidsrisiko's van gesamentlike gebruik van dwelms en naalde.

Kalichman, et al. (2002:166) verwys verder ook na 'n VIGS-voorkomingsmodel wat deur Fisher en Fisher (1992) geformuleer is, en wat gebaseer is op die idee dat inligting, motivering en gedragsvaardighede noodsaaklike elemente is vir effektiewe VIGS-voorkomings pogings. Nietemin, ongeag oor hoeveel kennis mense oor VIGS het, of die graad waarin hulle gemotiveer is om te verander, sal persone wat risiko-verminderingvaardighede verwaarloos, die opbou van vaardighede benodig om sekere gedrag effektief te verander.

Dus kan gesê word dat inligting en motivering deur gedragsvaardighede werk wat geassosieer word met die vermindering van risiko gedrag. Dit verminder op sy beurt weer die oordrag van MIV.

Hierdie beginsels van die voorkoming van MIV/VIGS het ook sy neerslag gevind in huidige voorkomingsstrategieë, soos byvoorbeeld die aanmoediging tot onthouding, gebruik van kondome, en toetsing om status te bepaal, en word min of meer deur al die verskillende rolspelers in die voorkoming van MIV/VIGS toegepas. Vervolgens sal gekyk word na die verskillende rolspelers in die voorkoming van MIV/VIGS. Rolspelers soos die gesin, skool en ander opvoedingsinstansies, die Staat, die kerk en die werkplek se siening en rol ten opsigte van die voorkoming van MIV/VIGS sal kortliks bespreek word op die verskillende vlakke van die ekologiese perspektief. Eerstens sal aandag gegee word aan die rol van die gesin.

5.3 ROLSPELERS IN DIE VOORKOMING VAN MIV/VIGS

5.3.1 Mikrovlak: die gesin

Literatuur oor die rol van die gesin in die voorkoming van MIV/VIGS is moeilik bekombaar. Die gesin, wat in die mikrovlak van die ekologiese perspektief geleë is, kan 'n kernrol vervul

in die voorkoming van MIV/VIGS. Die kind aanskou die eerste lewenslig binne die gesin, en dit is waar hy/sy ook hulle belangrikste opvoeding behoort te ontvang. Met die plek wat MIV/VIGS vandag in die samelewing inneem, is dit ook die ouers van die gesin se verantwoordelikheid om hulle kind(ers) van vroeg reeds te bemagtig om hulleself te beskerm teen hierdie pandemie. Die voorbeeld wat deur ouers gestel word, is ook belangrik.

Die rol van die gesin in die voorkoming van MIV/VIGS, en veral *die rol van die ouers* word as baie belangrik geag. Die volgende figuur weerspieël hierdie rol:

- Sorg dat jy die regte kennis oor seks en VIGS het
- Gesels met mekaar oor die mooi dinge van die lewe, maar ook oor die gevare
- Help jou kinders sodat vriende nie aan hulle verkeerde raad gee, of 'n verkeerde voorbeeld stel nie
- Bemagtig jou kinders sodat hulle nie deur ander verlei word met mooi woorde nie
- Help jou kinders om te besef dat selfs die gebruik van kondome nie 100% beskerming bied nie
- Stel hulle in staat om 'n lewensmaat te soek met wie hulle 'n lewenslange verhouding kan hê. Stel hierin aan hulle 'n voorbeeld deur getrou te wees aan jou lewensmaat
- Bou aan 'n gelukkige gesinslewe waar die gesinslede veilig en geborge voel, en waar hulle die vrymoedigheid het om te praat
- Hou vas aan goeie morele waardes en dra dit ook aan jou kinders oor
- Pas jou liggaam op as 'n tempel van die Heilige Gees, en leer ook jou kinders om dit te doen.

Figuur 5.1: Die rol van die gesin, en veral die ouer, in die voorkomning van MIV/VIGS

<http://www.lando.co.za/rooibos/deogloria/vigs.htm>, 2006

Hier kan ook bygevoeg word dat ouers soveel as maontlik kursusse en/of praatjies kan bywoon wat deur welsynsorganisasies, en/of ander instansies soos kerke, gehou word om ouers te bemagtig om byvoorbeeld aan hulle kinders sekere waardes en norme te leer ten einde hulle te beskerm teen infektering.

Soos reeds in hoofstuk 4 bespreek, het die maatskaplike werker ook verskillende voorkomende rolle en funksies om te vervul binne die benutting van die ekologiese perspektief.

Samevattend kan dus gesê word dat die gesin/familie 'n belangrike rol te speel het in die voorkoming van MIV/VIGS, aangesien dit die plek is waar die kind opgroei en waar hy/sy

sy/haar belangrikste opvoeding ontvang. Dit is ook hier waar die kind bemaatig behoort te word om die regte keuses te maak deur gesprekke en die voorbeeld wat deur die ouers gestel word.

Vervolgens sal die skool en ander opvoedingsinstansies se rol by die voorkoming van MIV/VIGS bespreek word.

5.3.2 Mesovlak: die skool

In die Webblad van die Deputate vir Christelike Onderwys: GKSA (<http://www.gksa.org.za>) wat op 11 Maart 2008 van die internet afgelaai is, word aandag gegee aan die beoordeling van die seksvoorligtingsdokument: *Basic Knowledge on HIV/AIDS/STD in School Health Education to Prevent AIDS & STD Student Activities*, wat uitgegee is deur die Wêreld Gesondheidsorganisasie en UNESCO, 1994. In hierdie beoordeling word saamgestem dat:

- Leerders bewus gemaak moet word van:
 - die omvang van die siekte
 - die oorsprong en oorsake (oordraagbaarheid)
 - die voorkoming van MIV.
- Die feit dat bewusmaking op skoolvlak moet plaasvind word nie veroordeel nie, maar die Deputate vir Christelike Onderwys het 'n probleem met die volgende:
 - die wyse van aanbieding deur middel van UNESCO (1994) se bogenoemde leerderhandleiding
 - die onbeholpe taalgebruik
 - die swak smaak wat aan die dag gelê word deur die illustratiewe materiaal
 - sommige illustrasies wat nie normatief aanvaarbaar is in die opvoedingsmilieu nie.
- Die teikengroep waarop die leerstof toegespits is, word nie vermeld nie. Die algemeenheid daarvan, dit wil sê enige ouderdomsgroep, neem nie die kind se biologiese en psigologiese ontwikkelingsfases in ag nie.
- Bybelse norme en waardes ten opsigte van die huwelik, sosiaal-aanvaarde gedragswyses en Christelik-gesentreerde sienings oor die huwelik, seks en die verhoudingslewe figureer nêrens nie.
- Die buitelandse skrywers/opstellers van die stuk staan vreemd aan die Suid-Afrikaanse samelewing en idioom en laat nie reg geskied aan die godsdienstige

waardes van die Christene nie.

- Die vraag-en-antwoordmetode, wat deurgaans gebruik word is baie goed en kan met vrug gebruik word.

Die Deputate vir Christelike Onderwys wys ook daarop dat daar wyses van aanvaarbare aanbieding en leeruitkomste vir lewensopvoeding is, en maak melding daarvan dat die destydse Transvaalse Onderwysdepartement (TOD) reeds in die tagtiger jare die behoefte raakgesien het om 'n aanvaarbare, normatiewe en Bybelgefundeerde program vir Personeelontwikkeling en Gesins- en Geslagsopvoeding daar te stel wat van graad 7 tot 11 gestrek het. Volgens die Deputate vir Christelike Onderwys is hierdie leerstof van hoogstaande gehalte en bevat inligting wat vir die opgroeiende kind (volgens lewensfase) tot aanvaarde en aanvaarbare verhoudingstrukture lei.

Dit wil dus voorkom asof bewusmaking en voorkoming ook op skoolvlak moet plaasvind, maar dat dit nie kan losstaan van Christelike waardes en norme nie. Verder is dit ook belangrik om die opvoeding aan te pas by die kind se lewensfase sodat hy/sy op sy/haar vlak ingelig word hieroor, en dit gevolglik kan verstaan en hulle eie kan maak. Indien dit nie gedoen word nie, kan die gevaar bestaan dat die kind inligting ontvang waarvoor hy/sy nog nie ryp genoeg is om te verwerk nie, en kan dit lei tot verwarring.

Makofane (2004:14) wys daarop dat die rol van die skool ten opsigte van voorkoming van MIV/VIGS tweërlei van aard is. Eerstens is dit om toepaslike onderrig aan kinders met MIV/VIGS te gee in 'n atmosfeer wat ondersteunend is tot hulle spesiale behoeftes en bevorderlik vir leer. Dit impliseer dat skole 'n duidelik gedefinieerde beleid moet hê oor die plek van hierdie kinders wat sensitief is vir beide die maatskaplike en fisiese impak van MIV/VIGS.

Die tweede verantwoordelikheid van die skool ten opsigte van voorkoming van MIV/VIGS volgens Makofane (2004:14) is om 'n kurrikulum te voorsien wat ontwerp is om die verspreiding van MIV/VIGS te voorkom. So 'n kurrikulum moet nie net die basiese inligting aangaande MIV/VIGS voorsien nie, maar ook duidelike inligting oor risiko verminderings gedrag. Die kurrikulum behoort aandag te gee aan risiko gedrag en die voorkoming van die pandemie, en nie net aan die basiese inligting oor die seksuele organe van die mens soos tans die geval is met die kurrikulum vir graad vier tot ses nie. Leerders behoort reeds op 'n

gevoelige ouderdom ingelig te word, naamlik voordat hulle blootgestel word aan seksuele aktiwiteite. Hierdie standpunt word ondersteun en daar kan bygevoeg word dat dit moet aanpas by die kind se ontwikkelingsfase, en gegrond wees op Christelike beginsels.

Die Suid-Afrikaanse Nasionale MIV/VIGS skole beleid (1999) is 'n belangrike dokument wat hier in gedagte gehou moet word. (Dit word later in die hoofstuk breedvoerig bespreek).

Effektiewe geslagsopvoeding op sigself en opvoeding wat die leerders bemagtig deur hulle kwesbaarheid te verlaag, word gebou op ons bereidheid om na hulle te luister en te werk op die ervarings wat leerders saam met hulle bring.

Boyd-Franklin, Stainer en Boland (1995:38) is die mening toegedaan dat kennis oor MIV/VIGS by pre-adolessente sowel as adolessente tuisgebring word. Hulle wys verder daarop dat kennis oor MIV/VIGS reeds aan kinders op 'n jong ouderdom by Vermont-skool onderrig is, en dat leerders in graad vier of vyf reeds oor goeie kennis beskik, hoewel daar nog wanbegrip oor VIGS voorkom. Dit beteken dat die invloed van MIV/VIGS-verwante kennis op gedrag groter is wanneer dit beskikbaar is voordat risiko gedrag kan ontwikkel. Dus om sodanige kennis in die vroeë skooljare te voorsien, behoort 'n belangrike komponent van enige MIV/VIGS-voorkomings strategie in skole te wees. Soul Buddyz 2 (2003:74) stem hiermee saam en wys daarop dat deur kinders op 'n jong ouderdom die feite van MIV/VIGS te leer, belangrik is ten einde die stigma en diskriminasie te verminder.

Die onus moet op leerders se verantwoordelikheid geplaas te word om hulleself teen MIV-infeksie te beskerm (Boyd-Franklin, et al., 1995:251). Dit kan gedoen word deur oefeninge in besluitneming vir hoë risiko situasies aan hulle voor te hou ten einde hulle in staat te stel om hulle reaksie in 'n gekontroleerde situasie te oefen, en hulle gevolglik voor te berei vir situasies in die werklike lewe. Maatskaplike werkers kan hier 'n belangrike rol vervul deur middel van groepwerk. Dit word deur huidige beleid gedek deurdat die Nasionale Integrasie Plan (NIP) vir kinders, waarna later in hierdie hoofstuk verwys word, voorsiening maak vir die implementering van lewensvaardighede, seksualiteit en MIV/VIGS opvoedingsprogramme, waarby verskillende Staatsdepartemente betrokke is.

Volgens Trudell (1993:21) moet leerders ook gehelp word om inter-persoonlike vaardighede te ontwikkel, insluitend kommunikasie vaardighede. Hierin kan besluitnemings programme

gebruik word om die kind voor te berei om sy/haar seksualiteit te verstaan. Dit kan bydra daartoe om die kind in staat te stel om deur onder andere vrae te vra, sy/haar kennis uit te brei en gevolglik ingeligte besluite te neem wat kan bydra tot die voorkoming van MIV-infektering. Maatskaplike werkers het weereens 'n belangrike rol hier te vervul deur middel van groepwerk.

Samevattend kan gesê word dat die skool duidelik 'n baie belangrike rol te speel het in die voorkoming van MIV/VIGS, en dat dit reeds op 'n vroeë stadium in die kind se skoolloopbaan behoort te begin voordat hulle blootgestel word aan seksuele aktiwiteite. Dit is egter belangrik om die kind se ontwikkelingsfase in aanmerking te neem, en die leermateriaal daarby aan te pas ten einde die beste resultate moontlik te verkry.

Daar sal vervolgens gekyk word na die rol van die kerk in die voorkoming van MIV/VIGS.

5.3.3 Ekovlak: kerke

Reeds so vroeg as 1987 het die Uitvoerende Komitee van die Wêreldraad van Kerke (Central Committee of the World Council of Churches, 1987:133) 'n beroep op kerke gedoen om op die gebied van opvoeding vir voorkoming 'n bydrae te lewer met betrekking tot die bekamping van VIGS. Die kerk het dus reeds in die tagtiger jare besef dat hy 'n belangrike rol op die *mesovlak* van die samelewing te vertolk het op die gebied van voorkoming van VIGS. Greyling (2001:3) praat oor die rol van die kerk by voorkoming van VIGS, en wys daarop dat die kerk voorkomend moet dink.

Die Christen-VIGS-buro van Suider Afrika (2006:2) sluit hierby aan, en wys daarop dat dit belangrik is dat die kerk:

- gemeenteleiers en gemeentelede moet oplei
- beplanningsprosesse in gemeentes moet fasiliteer
- toepaslike inligting, literatuur en hulpmiddels beskikbaar stel
- waardegebaseerde literatuur en opleidingsmateriaal ontwikkel
- 'n netwerk vir christelike inisiatiewe ontwikkel sodat hulpbronne en behoeftes by mekaar kan uitkom.

Greyling (2001:3) bevestig verder dat jongmense tussen 15 en 25 jaar die groep is wat die hoogste risiko loop om MIV positief te raak. Die realiteit is dat jongmense vroeër seksueel aktief raak, en hoe vroeër hulle seksueel aktief raak, hoe groter is die risiko om MIV positief te raak. Hierdie outeur wys ook verder daarop dat daar nie langer op die staat en die onderwys stelsel vertrou kan word om Bybelgebaseerde lewenswaardes by kinders te vestig nie. Daar moet ook vrymoedigheid van die kant van die kerk geneem word om te kan sê dat seksualiteit ‘n gesonde, Godgegewe en normale deel is van ons menswees, en nie iets is waarvoor ons hoef skaam te wees nie. Hierdeur kan die kerk die ouers ondersteun om ook met hulle kinders oor seksualiteit te praat. Die kerk het die verantwoordelikheid om ouers te lei en op te lei hoe om vroegtydig, gemaklik en gereeld met hulle kinders oor gesonde seksualiteit te praat. Die kinders moet ook verstaan dat die beste VIGS-voorkomingstrategie bly steeds om te wag met seks tot in die huwelik. Die uitdaging is om dit by kinders as ‘n lewenskeuse te vestig vóórdat die eksterne verhoudingsdruk keuses moeilik begin maak.

Indien die bogenoemde strategie soos deur die Christen VIGS Buro (2006:2) voorgestel geïmplementeer kan word, kan dit waarskynlik grootliks bydra om te help met die voorkomingsfunksie wat die kerk op *mesovlak* het. Daardeur kan die kerk bemagtig word om sy voorkomingsrol op *mesovlak* in ‘n groot mate te vervul.

Kerke is ook betrokke by voorkoming van VIGS deur middel van die media. Hulle maak gebruik van die geskrewe media, asook bronne soos die internet om mense aan te moedig om voorkomend op te tree. Volgens <http://www.lando.co.za/rooibos/deogloria/vigs.htm> (2006:7) doen Die Wes-Kaapse Alliansie van Reformatoriese Kerke in die Kerkbode van 1 Maart 2002 ‘n beroep op die volgende:

- Landsburgers, en in besonder Christene, om hoë morele waardes na te streef en uit te leef, ook veral op seksuele gebied
- Die jeug, om te besef dat daar geen “veilige seks” bestaan nie, maar slegs “verantwoordelike seks” wat binne die raamwerk van die huwelik sy suiwerste uitdrukking vind
- Ouers, om aan hulle kinders ‘n navolgenswaardige voorbeeld te stel van ‘n verantwoordelike seksuele lewe, en om hulle kinders dienooreenkomstig op te voed
- Opvoeders, om in hulle omvattende opvoedingstaak kinders en jongmense voortdurend te wys op die gevare van vrye seks en ‘n immorele lewe

- Mediese personeel, om voort te gaan met navorsing ten einde die beste voorkomende en genesende middel te vind, asook om vigspasiënte met sorg, deernis en waardigheid te behandel.

Die Kerkbode (2002:6) wys daarop dat kuisheid 'n beter troef vir MIV/VIGS is as kondome, en verwys na die sukses wat in Uganda behaal is waar seksuele kuisheid die afgelope jare grootskaals gepropageer is as die beste teenvoeter vir die VIGS-pandemie. Die kerk praat egter nog te min hieroor (Die Kerkbode, 2002:2). Terwyl 'n mens sou verwag dat die kerk 'n volskaalse kuisheidsveldtog sou loods as deel van sy bydrae op *mesovlak* om VIGS te bekamp, hoor 'n mens skaars die kerk se stem. Waar sulke klanke soms tog wel gehoor word, word dit meermale beskou as ekstremistiese geluide wat nie met die werklikheid rekening hou nie, en nie alte ernstig opgeneem hoef te word nie.

In *The Ecumenical Review* (1997:2) word van die kant van die kerk gewys op die belangrikheid van die rol van die kerk ten opsigte van die aanmoediging van effektiewe metodes van voorkoming, wat insluit seksuele weerhouding, wedersydse getrouheid, gebruik van kondome en veilige praktyke in die gebruik van spuitnaalde. Opvoeding deur die kerk, insluitende die opvoeding ten opsigte van veilige seksuele praktyke waar seksuele weerhouding voor die huwelik, asook getrouheid binne die huwelik beklemtoon word, word aangemoedig. Dit blyk dus dat die kerk 'n belangrike rol op *mesovlak* te vertolk het ten opsigte van die voorkoming van VIGS.

Die kerk, saam met die gesin, is in een van die gunstigste posisies om voorkomend te werk op die gebied van MIV/VIGS, aangesien hulle reeds by die kind betrokke is feitlik vanaf sy/haar geboorte, en voordat enige ander instansie buite die gesin by hom/haar betrokke is. Sodra die kind enigszins 'n begrip het en kan verstaan wat aan hom/haar oorgedra word, kan die kerk, in samewerking met die gesin, met klein groepies die kind bemagtig om die regte besluite te neem rondom seksualiteit wat aanpas by hulle lewensfase, en op hierdie wyse probeer voorkom dat hulle slagoffers word van te vroeë en onverantwoordelike seks. Die kerk kan ook 'n rol speel in die bemagtiging van ouers om hierdie funksie binne die gesin te vervul.

Die kerk is, saam met skole, op die *mesovlak* in die unieke posisie om VIGS-voorkomings programme te loods waarby ouers betrek kan word ten einde hulle te bemagtig om hulle

kinders te ondersteun in die voorkoming van MIV/VIGS. Die kerk kan egter ook VIGS-voorkomings programme loods waarby kinders betrek kan word, byvoorbeeld in verskillende ouderdomsgroepe, sodat die programme sal aanpas by die spesifieke ouderdomsgroep. Ook gesamentlike VIGS-voorkomings programme met ouers en kinders kan geloods word.

Dus kan gesê word dat die kerk wel 'n rol te speel het by die voorkoming van MIV/VIGS, veral ook in die lig van die feit dat hulle in die gunstige posisie is dat hulle reeds feitlik van die geboorte van die kind af betrokke kan wees by sy/haar lewe en “opvoeding”. Dit is ook belangrik dat die kerk in 'n groter mate standpunt inneem en hulle meer uitspreek oor die rol van kuisheid in die voorkoming van MIV/VIGS. Uganda se ABC-program (A = Abstain; B = Be Faithful; C = Condomise) is 'n goeie voorbeeld van die sukses wat behaal kan word met kuisheid as voorsorgmaatreël in die voorkoming van MIV/VIGS. Die kerk het waarskynlik een van die belangrikste rolle te speel in die voorkoming van MIV/VIGS, aangesien die kern oplossing vir hierdie probleem lê in die morele waardes van mense.

Aandag sal vervolgens gegee word aan die rol van die gemeenskap in die voorkoming van MIV/VIGS.

5.3.4 Ekovlak: gemeenskappe

Volgens Schneiderman, Speers, Silva, Tomes en Gentry (2000:161) het gemeenskapsbetrokkenheid op grondvlak van die begin af 'n baie belangrike rol gespeel by die pogings om die verspreiding van MIV/VIGS te voorkom, en het gemeenskappe 'n volgehoue rol gespeel by VIGS voorkoming. Hierdie outeurs gee spesiale aandag aan die rol wat gemeenskappe gespeel het in die voorkoming van VIGS, en dan definieer hulle *gemeenskap* as enige versameling van persone wat 'n gemeenskaplike doel het, in hierdie geval voorkoming van VIGS.

Die eerste pogings van VIGS-voorkoming wat opgespoor kan word, was volgens Schneiderman, et al. (2000:162) deur gay gemeenskappe in New York, San Francisco en Los Angeles. Dit het bestaan uit bewusmakingsveldtogte. Die eerste VIGS-voorkomings ingrypings het primêr bestaan uit openbare inligtingsforums, opvoedkundige vlieërs en brosjures, en ander pogings om groot getalle mans in gay-gemeenskappe in te lig oor die nuwe gesondheidsrisiko.

Die inligting was vir baie gay mans genoeg om hulle beoefening van onbeskermd seks te verminder. Baie was in staat om ingeligte besluite te neem soos meer inligting oor die oorsake van dood (naamlik VIGS) in hulle gemeenskappe aan die lig gekom het. Saam hiermee het inligting oor VIGS 'n mate van vrees in baie mans tot gevolg gehad wat hulle tot gedragsverandering gemotiveer het (Schneiderman, et al., 2000:164).

Soortgelyk hieraan het gemeenskapsgebaseerde VIGS-voorkoming veldtogte begin met die verspreiding van inligting op groter skaal wat gemotiveerde voorkomingsboodskappe gestimuleer het. Dit het gelei tot die voorsiening van voorkomingsbronne, en het uiteindelik gefokus op vaardighedsopleiding vir spesifieke teiken gedrag (Schneiderman, et al., 2000:164). Die maatskaplike werker en die privaat welsynsorganisasies kan hier 'n baie belangrike rol vervul, veral wanneer dit kom by voorkoming en vaardighedsopleiding. Ten opsigte van voorkoming kan gekyk word na die moontlikheid van voorsiening van inligting en wat die oorsake van VIGS is, en op so 'n wyse mense bemagtig om risiko situasies te vermy. Veral die jeug kan hier as teikengroep gebruik word in samewerking met gemeenskapsbronne soos klinieke, kerke en jeugroepe.

Valdiserri, Aultman en Curran (1995:87-100) het sewe stappe geïdentifiseer wat nodig is in gemeenskapsbeplanning vir MIV voorkoming, en wat deur gemeenskapsroepe soos byvoorbeeld VIGS-forums uitgevoer behoort te word, en wat soos volg daaruit sien:

- bepaal die omvang van die verspreiding van MIV infektering by spesifieke inwoners
- bepaal bestaande gemeenskapsbronne vir VIGS voorkoming
- identifiseer onbereikte voorkomingsbehoefes
- bepaal die potensiele impak van spesifieke strategieë en intervensies om MIV infeksies in spesifieke gemeenskappe te voorkom
- prioritiseer MIV voorkomingsbehoefes by spesifieke gemeenskappe/inwoners en spesifieke intervensie strategieë
- ontwikkel 'n allesomvattende MIV voorkomingsplan
- evalueer die effektiwiteit van die voorkomings beplannings prosedure.

Sodanige beplannings kan ook deur welsynsorganisasies en maatskaplike werkers gedoen word, en hoef nie noodwendig gelaat te word vir forums of plaaslike owerheidsinstellings tot

hulle daaraan aandag gee nie. Maatskaplike werkers het 'n baie belangrike rol te vertolk in die voorkoming van MIV/VIGS, omdat hulle dikwels die persone is wat op grondvlak met mense en hulle probleme/behoeftes te kampe het. Germain en Gitterman (1980:151) wys daarop dat organisatoriese en netwerk prosesse in die maatskaplike omgewing, en prosesse wat verband hou met die fisiese omgewing, en die interaksie tussen die twee, spanning in mense se lewens kan veroorsaak. Daarom behoort die maatskaplike werker se aandag en optredes gefokus te wees op die raakvlakke van gedrag tussen individue, groepe en families, en die organisasies waarop hulle staatmaak. Indien daar nie 'n gesonde verhouding tussen die rolspelers en die individu bestaan, en die individu nie die rolspelers vertrou nie, sal die pogings tot voorkoming van MIV/VIGS nie baie suksesvol wees nie. Die maatskaplike werker het, volgens Germain en Gitterman, 1980 (152-155), 'n baie belangrike professionele rol om hier te vervul wat uit die volgende bestaan.

5.3.4.1 Bemiddelaar

In die rol van bemiddelaar vervul die maatskaplike werker die funksie om die kliënt en die maatskaplike sisteem na mekaar te laat uitreik op 'n realistiese, verstandige en vriendskaplike wyse deur middel van sy/haar onderhandelingsvaardighede. Indien die maatskaplike werker byvoorbeeld 'n bewusmakingsveldtog wil loods ter voorkoming van MIV/VIGS, is dit belangrik dat die gemeenskap/fasiliteit waar sy dit wil doen met 'n oop gemoed moet saamwerk ten einde 'n sukses daarvan te maak. Sy moet dus bepaal wat die behoeftes van die gemeenskap is, en na aanleiding daarvan met die toepaslike omgewingsbronne onderhandel ten einde die behoefte aan te spreek, of dit uit te bring by die bronne wat in die gemeenskap beskikbaar is.

5.3.4.2 Advokaat

Indien die onderhandelingsvaardighede van die maatskaplike werker as bemiddelaar om een of ander rede nie die gewensde uitwerking het nie, mag dit gebeur dat die maatskaplike werker haar rol as advokaat moet inspan deur byvoorbeeld die organisasie te motiveer om groter verantwoordelikheid te aanvaar. Sy sal dalk selfs haar vaardighede moet inspan om meer druk op die organisasie uit te oefen, of om 'n derde party intervensie te versoek, soos byvoorbeeld die media of drukgroepe.

5.3.4.3 Organiseerder

Waar daar geen netwerke in die kliënt se leefruimte is nie, mag dit gebeur dat die maatskaplike werker die rol van organiseerder aanneem. Hy/sy kan alleen, of saam met die kliënt en sy/haar kollegas, of selfs met die ondersteuning van agente, onderneem om 'n informele netwerk te organiseer, of 'n meer gestruktureerde selfhelp groep.

Die maatskaplike werker se professionele voorkomingsfunksie in die gemeenskap is dan om mense te help om die bronne wat in hulle maatskaplike en fisiese omgewing beskikbaar en toeganklik is, te gebruik. Wanneer sodanige bronne ontbreek, ontoeganklik is, of geweier word as gevolg van organisatoriese en netwerk prosesse of ontoereikende fisiese omstandighede, behoort die maatskaplike werker sodanige prosesse te beïnvloed om meer ingestel te wees op die behoeftes van kliënte. In sy/haar werk met die probleme wat voortspruit uit die fisiese omgewing, en wat struikelblokke kan veroorsaak in die voorkoming van MIV/VIGS, maak die maatskaplike werker ook gebruik van sy/haar rolle as instaatsteller, bemiddelaar en adviseur, wat vroeër in die hoofstuk bespreek is.

Samevattend kan dus gesê word dat gemeenskappe 'n belangrike rol te vervul het in die voorkoming van MIV/VIGS, en dat bronne soos privaat organisasies en groepe benut behoort te word in die beplanning van VIGS-voorkomingsprogramme. Pogings moet ook gemik wees op die uitbou van gemeenskappe se kapasiteit om effektiewe voorkomingsprogramme te ontwikkel en te implementeer. Dit is belangrik om die groepe wat direk deur VIGS geraak word, hierby te betrek, soos gay-groepe en familieledede as primêre VIGS-versorgers.

Ook die werkplek het 'n belangrike rol te speel in die voorkoming van MIV/VIGS, en dit sal vervolgens aandag geniet.

5.3.5 Ekovlak: die werkplek

Die grootste deel van die volwasse bevolking bring die grootste deel van hulle dag deur in 'n werkplek. Werkgewers is verantwoordelik daarvoor om hulle werknemers te beveilig. Daarom is dit noodsaaklik dat daar in elke werkplek 'n besmettingsnoodplan, asook 'n voorkomingsplan vir MIV/VIGS en ander bloedverwante siektes moet wees, dat personeel deeglik ingelig is daaroor, en dat dit stiptelik nagekom word. Die werkgewer vervul die volgende funksies in die voorkoming van die verspreiding van MIV/VIGS in die werkplek:

- om toe te sien dat beleid ten opsigte van MIV/VIGS en ander verwante bloedsiektes in plek is
- om die beleid onder die aandag van alle personeel te bring
- om wysigings ten opsigte van die beleid aan die res van die personeel bekend te stel
- om te skakel met eksterne MIV/VIGS-voorkomings/ bestrydingsorganisasies in die gemeenskap.

Dit blyk dus duidelik dat dit noodsaaklik is dat die werkplek planne in plek moet hê om die werknemers te beskerm, en dat die werkgewer beleide in die verband in plek behoort te hê wat onder al die personeel se aandag gebring moet word. Die werkplek behoort volgens Lourens (2006:6-7) 'n voorkomingsplan in plek te hê wat die volgende basiese inligting bevat:

X	alle persone moet as moontlik MIV-geïnfekteer beskou word en alle werknemers moet dus ten alle tye voorkomingsmaatreëls toepas. Die nodige voorsorgmaatreëls (bv. Latex-handskoene) moet getref word of voorsien word indien 'n werknemer in kontak kan kom met menslike bloed of ander liggaamsvloeistowwe of weefsel
X	'n werknemer wat in kontak was met bloed, ander liggaamsvloeistowwe of weefsel moet sy/haar hande deeglik was met seep of antiseptiese middel
X	alle ooglopende snye en sere moet bedek word met waterdigte pleisters wanneer werknemers met ander persone in aanraking kom
X	werknemers moet ten alle tye versigtig wees om nie beserings op te doen wanneer skerp instrumente hanteer word nie
X	naalde moet uiters versigtig hanteer word en in 'n digte houder geplaas word vir vernietiging. Naalde mag op geen stadium herbruik word nie
X	indien bloed op enige oppervlak opgemerk word moet dit onmiddellik aan 'n bestuurshoof gerapporteer word en met die nodige voorsorg hanteer word
X	persone wat geringe beserings opdoen moet verkieslik self die beserings reinig en bloed verwyder
X	indien blootstelling van bloed, semen, serebrospinale vog, pleurale of ander serieuze vog aan oë of mond voorkom, spoel onmiddellik uit met water. Laat wonde toe om vrylik te bloei vir 'n paar minute in die geval van besering met 'n skerp voorwerp, of gekontamineer met bloed, semen, serebrospinale, pleurale of ander serieuze vog
X	alle seksueel aktiewe persone moet aanbeveel word om die nodige voorsorgmaatreëls te tref
X	indien 'n situasie vir mond-tot-mond asemhaling hom voordoen, vermy direkte kontak met saliva of ander vloeistof uitruiling deur gebruik te maak van 'n mond-tot-mond asemhaling mondstuk of 'n dun deurlaatbare bedekking soos byvoorbeeld 'n skoon sakdoek

Figuur 5.2: Voorgestelde MIV/VIGS-voorkomingsplan in die werkplek
(Lourens, 2006:6-7)

Met ander woorde dit is noodsaaklik dat werknemers opgelei moet word om altyd voorkomend te dink en so op te tree waar dit MIV/VIGS aangaan. Personeel moet ook op 'n

gereelde basis betrek word by opleiding met betrekking tot voorkomingsmaatreëls ten opsigte van MIV/VIGS.

Daar kan ook ander maniere van voorkoming in die werkplek toegepas word. SANLAM het in 'n inligtingstuk, wat hulle op hulle webblad beskikbaar stel by <http://www.sanlam.co.za> (2008), die volgende voorbeelde van VIGS-voorkoming in die werkplek aanbeveel:

- Om VIGS-voorligtingsprogramme in die werkplek te implementeer
- Om VIGS-voorligtingsprogramme by skole te inisieer en/of te borg
- Om byvoorbeeld 'n VIGS-voorligter te borg wat VIGS-opleiding aan 'n ander maatskappy wat dit nie kan bekostig nie se werknemers te voorsien
- Om opvoedkundige vertonings in die werkplek te reël wat handel oor VIGS voorkoming
- Om 'n taakspan in die werkplek te stig wat voorkomingsprogramme van stapel stuur
- Om 'n MIV/VIGS-inligtingstalletjie by openbare funksies te beman
- Om toe te sien dat die werkplek 'n VIGS-beleid het en dat dit jaarliks hersien word om te verseker dat dit op datum is en aan die Suid-Afrikaanse wetsvereistes voldoen
- Om MIV/VIGS-brosjures saam te stel om onder die lede van die personeel te versprei
- Om, indien dit 'n groot maatskappy is, daaraan te dink om 'n hulpbronsentrum op Intranet te skep wat inligting oor MIV/VIGS verskaf, om dit vir werknemers moontlik te maak om boeke en videos aanlyn te leen en om vrae oor MIV/VIGS te vra
- Om bewustheidsveldtogte te organiseer wat saam met Wêreldvigsdag val, en wat daarop gemik is om inligting deur te gee. Dit kan ook insluit 'n opname oor inligting aangaande werknemers se houding en/of kennis van VIGS
- Om interne fondsinsamelings vir 'n spesifieke organisasie of inrigting wat met VIGS-pasiënte werk, te hou soos byvoorbeeld 'n plakkerveldtog. Plakkers word aan personeel verkoop teen byvoorbeeld R5, en daarmee verwerf personeel die reg om op Wêreldvigsdag rooi te dra en so te wys dat hulle die dag gedenk. Die verskillende afdelings kan dan ook ingeskryf word om pryse as die besgeklede afdeling te wen
- Om kompetisies uit te skryf. SANLAM het 'n poësie-wedstryd uitgeskryf vir hulle personeel. Hulle kon hulle eie gedigte wat verband hou met MIV/VIGS inskryf vir die kompetisie, en 'n paneel het om die wengedig te gekies
- Om beleid in die werkplek te hê waarvan die doelstellings is om hulle werknemers deur opvoeding en opleiding te bemagtig om die verspreiding van MIV/VIGS te verhinder. Hulle kan self hiervoor verantwoordelikheid neem deur hulle eie span kundiges te gebruik, of indien hulle nie 'n taakspan in plek het nie, kan hulle ook van ander organisasies wat die kindigheid het, gebruik maak hiervoor
- Om 'n vrywillige beradings- en toetsveldtog deur werkgewers van stapel te stuur wat saamval met Wêreld-vigsdag, en daardeur al hulle werknemers die geleentheid bied om hul MIV-status vas te stel. Hier moet egter slegs gebruik gemaak word van hoogs gekwalifiseerde personeel wat voor- en natoetsberading kan doen, en volkome vertroulikheid kan waarborg. Indien die maatskappy nie oor sodanige personeel beskik nie, kan personeel ingekontrakteer word daarvoor, of gebruik gemaak word van die beraders wat by klinieke vir hierdie doel aangestel is.

Figuur 5.3: Voorbeelde van VIGS-voorkoming in die werkplek (SANLAM, 2008)

Samevattend kan daarop gewys word dat werkgewers 'n baie belangrike rol het om te vertolk in die voorkoming van MIV/VIGS. Eerstens moet hulle sorg dra dat hulle beleid rondom hierdie pandemie in plek het, en dat dit bekend gemaak word aan elke werknemer. Verder is dit ook belangrik dat hulle 'n besmettingsnoodplan en 'n voorkomingsplan in plek het wat ook aan al die werknemers bekend is. Werkgewers kan ook op verskeie ander maniere bydra tot die voorkoming van MIV/VIGS soos reeds bespreek.

Daar is ook sekere wetgewing in plek om die VIGS-lyer in die werkplek te beskerm, waarvan die Suid-Afrikaanse Gesondheidswet en die Wet op Arbeidsverhoudinge die belangrikste is. Daar sal kortliks na hierdie twee wette gekyk word.

5.3.5.1 Suid-Afrikaanse Gesondheidswetgewing (Wet 63 van 1977)

Ingevolge artikel 32 van die Suid-Afrikaanse Gesondheidswet van 1977 (Wet 63 van 1977) is VIGS in Suid-Afrika nie 'n aanmeldbare siekte nie. Die rede wat hiervoor verstrekk word, is dat so 'n stap teenproduktief kan wees deurdat moontlike lyers meer onwillig mag wees om na vore te kom.

Volgens Wainwright (geen datum:2) is daar ook geen regsbepalings waarvolgens werkgewers hulle werknemers kan dwing om hulle te onderwerp aan lukraak mediese ondersoeke nie. Ingeligte toestemming moet vooraf van die werknemer verkry word.

5.3.5.2 Arbeidswetgewing (Wet op Arbeidsverhoudinge Wet 66 van 1995)

Ingevolge die Wet op Arbeidsverhoudinge (Wet 66 van 1995) kan werknemers nie afgedank word suiwer omdat hulle MIV-positief is of VIGS het nie. Indien die werknemer onbevoeg of ongeskik word, sou 'n werkgewer oor die algemeen die kontrak kon beëindig, maar moet die werknemer dan regverdiglik geadviseer word en in kennis gestel word dat die ontslag uit die werknemer se onbekwaamheid spruit.

Dus kan gesê word dat wetgewing ook 'n belangrike rol te speel het in die voorkoming, en hoewel dit nie direk is in die voorkoming van VIGS opsigself nie, speel dit 'n belangrike rol in die voorkoming van diskriminasie teenoor die MIV- en/of VIGS-positiewe werknemer.

In aansluiting hierby, is die rol wat die Staat behoort te vertolk in die voorkoming van MIV/VIGS van kardinale belang. Dus sal ook vervolgens gekyk word na die rol van die Staat in die voorkoming van hierdie pandemie.

5.3.6 Makrovlak: die staat

Die Staat speel 'n belangrike rol in die voorkoming van VIGS op die *makrovlak*. Enkele programme word deur die Staat geloods, en daar sal kortliks aandag aan hulle gegee word.

5.3.6.1 Voorkoming van Moeder-na-Kind Oordrag (VMNKO)

Die Staat speel veral 'n baie belangrike rol in die *voorkoming van Moeder-na-Kind Oordrag (VMNKO)*. Die Departement van Gesondheid (2007) wys in 'n inligtingstuk wat deur hulle vrygestel is, daarop dat *Moeder-na-Kind-oordrag* voorkom wanneer MIV tydens swangerskap, tydens geboorte of tydens borsvoeding van 'n moeder na haar baba oorgedra word. Die *VMNKO-program* in Suid-Afrika beoog om die risiko van oordrag van MIV van die moeder na haar baba te verminder. Wanneer die moeder 'n hospitaal of kliniek besoek vir haar eerste voorgeboortelike ondersoek, kry sy voorligting en word sy gevra of sy 'n MIV-toets wil ondergaan. Die uitslag is vertroulik, wat beteken dat net die berader en gesondheidswerkers wat na die moeder omsien, die uitslae met haar sal bespreek.

As die moeder die toets ondergaan en daar vasgestel word dat sy MIV-positief is, sal sy die keuse hê om haar gratis by die VMNKO-program aan te sluit. As deel van die program sal sy Nevirapine en Zidovudine, wat middels teen MIV is, kry. Sy moet die Zidovudine van die 34ste week van haar swangerskap af neem, en sal Nevirapine gegee word wanneer die geboortepyne begin en sy by die hospitaal of kliniek aanmeld. Hierdie medisyne, in die vorm van 'n stroop, sal binne 6 tot 72 uur na geboorte ook aan die baba gegee word. Hierdie middels word gratis deur die regering beskikbaar gestel ten einde by te dra tot die voorkoming van VIGS in pasgebore babas.

5.3.6.2 Vrywillige Berading en Toetsing (VCT = Voluntary Counselling and Testing)

Die Staat vertolk ook 'n ander baie belangrike rol in die voorkoming van MIV/VIGS, naamlik deur die voorsiening van *vrywillige berading en toetsing (VCT)*. Dit is 'n baie

belangrike deel van enige nasionale voorkomingsprogram en word voorsien by klinieke met VIGS-programme deur persone wat spesiale opleiding hiervoor ontvang het. Dit is bekend dat die kennis van 'n persoon se MIV-status hom/haar kan help om langer gesond te bly, sowel as om nuwe infeksies te voorkom.

Die vrywillige berading en toetsing hou ook voordeel in vir die persone wat negatief toets. Dit kan daartoe bydra dat hulle hulle leefwyse positief verander. Die voorsiening van vrywillige berading en toetsing het makliker, goedkoper en meer effektief geraak as gevolg van die beskikbaarheid van vinnige MIV-toetsing, en behoort daarom meer vrylik beskikbaar gemaak te word in Sub-Sahara Afrika lande.

5.3.6.3 Bevordering van MIV Voorkoming (AHP = Advancing HIV Prevention)

Die *Centers for Disease Control and Prevention* (2003:329-332) het in 2003 'n nuwe inisiatief, naamlik *Bevordering van MIV Voorkoming (AHP)*, van stapel gestuur om MIV-infeksies te verminder, en sodoende by te dra tot die voorkoming van MIV/VIGS. Dit bestaan uit vier strategieë, naamlik:

- maak MIV-toetsing 'n roetine afdeling van mediese sorg
- implementeer nuwe metodes vir die diagnosering van MIV-infeksies buite die mediese raamwerk
- voorkom nuwe infeksies deur met MIV-geïnfekteerde persone en hulle saamleefmaats te werk
- verminder MIV-oordrag tydens en na geboorte.

Indien terug gekyk word na die bogenoemde strategieë, kan met redelike sekerheid gesê word dat hierdie beplanning in 'n groot mate uitgevoer word. MIV-toetsing maak wel 'n groter deel uit van mediese sorg, en pasiënte word aangemoedig om hulle te laat toets vir MIV/VIGS. Daar word ook in 'n groter mate deur die mediese beroep sowel as die maatskaplike werk beroep met MIV-geïnfekteerde persone gewerk, en hulle saamleefmaats word sover moontlik hierby betrek. Laasgenoemde is egter nie altyd bereid om in te skakel by programme, of om hulle te laat toets nie, veral as die saamleefmaat 'n man is en dit is die vrou wat geïnfekteer is. Die maatskaplike werker kan hier 'n groot bydrae lewer deur byvoorbeeld hierdie saamleefmaats te motiveer om hulle te laat toets. Dit kan gedoen word deur individuele gesprekke. Groepe kan ook gehou word met die saamleefmaats, of hulle kan

selfs saam met die geïnfekteerde persone in groepe betrek word waar hulle deur middel van groepwerk gemotiveer kan word om self die besluit te neem om hulle te laat toets.

Met die VMNKO-program word daarin geslaag om die oordrag van MIV/VIGS tydens en na geboorte te verminder. Dit is egter onbekend wat die sukses persentasie is van infeksies wat hierdeur verminder word.

In 2006 het die *Centers for Disease Control and Prevention* die *Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings* (2006:1-17) gepubliseer. Ten einde die aantal kinders wat voor, tydens en na geboorte geïnfekteer word, te verminder, het hulle aanbeveel dat roetine siftings van alle swanger vroue gedoen word, en dat dit in die derde fase van swangerskap herhaal moet word by vroue wat hoë-risiko gevalle is. Vroue wie se MIV status onbekend is tydens geboorte moet gemotiveer word om dringend 'n MIV toets te ondergaan. Hulle het ook 'n veldtog geloods met die doel om te verseker dat alle vroue in hulle vroeë stadium van swangerskap getoets moet word vir MIV.

Samevattend kan gesê word dat die Staat deur middel van die VMNKO-program 'n daadwerklike poging aangewend het om die oordrag van VIGS van moeder na kind te verminder en sodoende 'n belangrike voorkomingsrol vervul. Hoewel die persentasie sukses wat hierdeur bereik word, nie bekend is nie, kan wel met vrymoedigheid aanvaar word dat sukses in baie gevalle wel bereik word.

5.3.6.4 *Beleidsmaking*

Die Staat as deelnemer op die makrovlak van die ekologiese perspektief het 'n baie belangrike funksie ten opsigte van die voorkoming van MIV/VIGS wanneer dit kom by *beleidsmaking op provinsiale sowel as nasionale vlak*. Toepaslike beleidsdokumente is byvoorbeeld die Geïntegreerde Dienslewingsplan van Departement Maatskaplike Ontwikkeling vir 2007-2017 (2006) (Nasionaal sowel as Provinsiaal), die Suid-Afrikaanse Nasionale MIV/VIGS-Skolebeleid (1999), die Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (1997), en die *HIV AND AIDS Strategic Plan for South Africa (2007)*. Elkeen van hierdie beleidsdokumente sal vervolgens kortliks bespreek word:

(a) *Die Geïntegreerde Diensleweringplan van die Departement Maatskaplike Ontwikkeling (2006)*

Die hoofdoel van die Geïntegreerde Diensleweringplan is daarop gemik om 'n allesomvattende nasionale raamwerk te voorsien wat 'n duidelike uiteensetting gee van die aard, omvang, verspreiding en vlak van maatskaplike dienste, en wat die basis sal vorm van die ontwikkeling van toepaslike norme en standaarde vir dienslewering. Hiermee hoop die Staat om 'n allesomvattende, effektiewe en kwaliteit diensleweringstelsel daar te stel wat sal bydra tot 'n self-onderhoudende gemeenskap. Ten einde hierdie plan tot uitvoer te bring, is dit nodig dat daar ook oor grense heen met ander departemente saamgewerk sal moet word, soos die Departement van Gesondheid, en die Departement van Onderwys en Opvoeding. Slegs op hierdie wyse kan verseker word dat gemeenskappe die maksimum voordeel trek uit hierdie model. Verder is dit ook uiters belangrik dat monitering en evaluering voortdurend sal plaasvind ten einde die model se sukses te verseker.

Provinsiaal het die Departement Maatskaplike Ontwikkeling beplan om sy strategie op die nasionale Geïntegreerde Diensleweringmodel te baseer wat ook vier vlakke van ingryping identifiseer, naamlik:

- bewusmaking en voorkoming
- vroeë ingryping
- statutêre/krisisingryping
- herintegrasie.

Die Departement Maatskaplike Dienste het beplan om agt geïntegreerde programme op die volgende gebiede aan te bied, naamlik:

- kinders en gesinne
- kapasiteitsbou
- gestremdheid
- MIV/VIGS
- ouer mense
- dwelmmisbruik
- volhoubare gemeenskappe (armoede vermindering)
- jeug.

Die programme is veronderstel om dienste aan te bied op al vier vlakke van ingryping, wat op Distrikskantoorvlak gekoördineer en geïmplementeer sal word. Dit maak dit moontlik vir elke distrik om die behoeftes van die gemeenskap te bepaal en om met diensverskaffers saam te werk om toepaslike dienste te lewer. Die plan van die Departement was ook om meer proaktief te wees, met ander woorde hulle het beplan om meer dienste te lewer op die vlakke van bewusmaking en voorkoming, vroeë ingryping en herintegrasie.

Skematies kan die Geïntegreerde Dienslewingsmodel soos volg voorgestel word:



Figuur 5.4: Geïntegreerde Dienslewingsmodel vir verbeterde maatskaplike dienste
(Bron: Departement van Maatskaplike Ontwikkeling, 2006)

Hoewel 'n Geïntegreerde Dienslewingsplan vir die Wes-Kaap beplan is vir die tydperk 2007-2017, en op dieselfde agt geïntegreerde programme gebaseer is as die Nasionale Plan, en dit op distriksvlak behoort geïmplementeer te word met al die rolspelers in vennootskap, was daar tot dusver op plaaslike vlak nog nie enige kontak gemaak met enige van die privaat organisasies om met hulle daarvoor te onderhandel nie, of met hulle te bespreek nie. Net 'n nuwe riglyn vir die diensplanne is voorsien volgens die Geïntegreerde model, en daarvolgens moes die planne geskryf en ingehandig word.

Daar kan dus gesê word dat, indien hierdie model suksesvol geïmplementeer kan word op Nasionale sowel as Provinsiale vlak, dit daartoe kan bydra om ontvangers van dienste meer medeverantwoordelik en onafhanklik te maak, aangesien die model ontwikkelingsgerig is. Dit sal egter nodig wees om alle rolspelers hierby te betrek op 'n onderhandelingsvlak – iets

wat die Departement op plaaslike vlak tot dusver nog nie in geslaag het nie.

(b) *Die Suid-Afrikaanse nasionale MIV/VIGS skole beleid (1999)*

Hierdie beleid is gedurende 1999 deur die Departement van Opvoeding en Onderwys geformuleer, en fokus op drie sleutel-areas, naamlik:

- MIV/VIGS-verwante diskriminasie en stigma
- 'n veilige skoolomgewing te bevorder
- MIV/VIGS en seksualiteit opvoeding.

Een van die doelwitte van die beleid is die inskakeling van lewensvaardighede, seksualiteit en MIV/VIGS-opvoeding in die skole-kurrikulum. Die verantwoordelikheid van die Departement van Onderwys, tesame met die Nasionale Integrasie Plan (NIP) vir kinders wat deur MIV/VIGS geïnfekteer en geïmpak is (Departemente van Onderwys, Gesondheid en Maatskaplike Dienste, 2000), is om die lewensvaardighede, seksualiteit en MIV/VIGS opvoedingsprogramme in skole te implementeer ten einde nuwe infeksies onder die jeug te voorkom.

Volgens Raniga (2007:68) is die NIP dus bedoel om die implementering van lewensvaardighede, seksualiteit en MIV/VIGS-opleidingsprogramme wat deel uitmaak van die lewens oriënteringsprogramme van kurrikulum 2005, te versterk.

Daar is egter teenstrydighede in die beleid en die NIP. Verder gebeur dit ook dat, hoewel die Departement Opvoeding die beleid aktief bemark in skole, blyk dit dat baie min skole dit al implementeer (Raniga, 2007:69). Plaaslik word ook waargeneem dat daar nog nie skole is wat die beleid en NIP ernstig begin implementeer het nie.

Samevattend kan met sekerheid gesê word dat daar 'n beleid vir skole is, asook 'n Nasionale Integrasie Plan (NIP), maar dat daar nog in min skole werklik pogings aangewend is om dit te implementeer. Daar word gewonder oor die nodigheid van al die werk wat daar ingesit is in die voorbereiding van hierdie beleidsdokument, en of dit die moeite werd was om soveel tyd daaraan te spandeer as dit nie tot voordeel van die kinders in die skole aangewend word nie.

'n Ander beleidsdokument wat deur die Staat voorsien is, en wat ook belangrik is wanneer gekyk word na dienste rakende MIV/VIGS, is die Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (1997).

Daar sal vervolgens kortliks daarna gekyk word, en watter bydrae dit kan lewer in die voorkoming van MIV/VIGS.

(c) *Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (1997)*

Ten opsigte van die benadering tot persone met MIV/VIGS, word aandag gegee aan die houding teenoor hierdie mense. Die *Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (1997)* wys daarop dat aanvaarding en ondersteuning aan persone met MIV/VIGS bevorder moet word. Die Departement Maatskaplike Ontwikkeling het hom gevolglik verbind om al hulle dienste met 'n nie-veroordelende houding te voorsien.

Daar word verder melding gemaak van die regte van die persoon met MIV/VIGS. Een van die regte waarvan melding gemaak word, is die reg van geïnfekteerde mense om voort te gaan met hulle beroep solank hulle kan. Daar word aanbeveel dat moeite gedoen moet word om werkgewers in te lig oor die regte van werknemers, om wetgewing te ontwikkel wat werkers beskerm, en om werkgewers se verbintenisse hiertoe te monitor. Met ander woorde word werkgewers verbied om werknemers af te betaal op grond van die feit dat hulle MIV positief is, en dit beskerm die werknemer teen diskriminasie op grond van sy siekte.

Een van die riglyne vir die strategie in die *Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (1997)* ten opsigte van werkverskaffing, is dat die ontwikkeling van 'n informele werksektor krities is, aangesien mense soms te siek raak om voltyds te werk. Die Departement Maatskaplike Ontwikkeling het hom gevolglik verbind om openbare werksprogramme te ontwikkel om MIV-geïnfekteerde persone, wat nog steeds in staat is om te werk en nie kwalifiseer vir 'n ongeskiktheidstoelaag nie, te akkommodeer. Hiervan word daar egter nie veel gesien nie, en het die Departement Maatskaplike Ontwikkeling duidelik in gebreke gebly om aan hierdie riglyn te voldoen. Dit beteken dat daar mense is wat te siek is om voltyds te werk, maar nog nie so siek dat hulle kwalifiseer vir 'n toelaag nie. Dit lei dikwels tot finansiële probleme in die huishouding en gevolglike armoede. Dit is jammer dat die Departement Maatskaplike Ontwikkeling, wat hom verbind tot armoedeverligting, hier in gebreke bly om aan hierdie verbintenis van hulle te beantwoord. Hier is 'n groot leemte waaraan daar tot dusver nog nie veel gedoen is nie.

Ander riglyne waarvan in die *Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (1997)* melding gemaak word, is dienste aan geïnfekteerde en geaffekteerde kinders; maatskaplike verligting soos

konsessies vir voedsel, vervoer, huur, begrafnisse en skoolboeke; tydelike akkommodasie vir geïnfekteerde persone wat deur hulle families verwerp word, maar nie te siek om te werk nie; opleiding aan persone en organisasies wat met MIV/VIGS werk; ondersteuning vir tuisversorgers, en maatskaplike sekuriteit wat spoediger aandag behoort te kry.

Dit blyk dus dat, volgens die *Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (1997)*, daar verskeie strategieë beplan is, maar wat tot dusver nog nie veel tot hulle reg gekom het nie. VIGS-lyers wat aansoek doen vir toelaes, wag steeds lank vir hulle toelaes, selfs toe hierdie diens nog deur die Departement Maatskaplike Ontwikkeling self gelewer is; min opleiding is nog voorsien van die kant van Departement Maatskaplike Ontwikkeling; konsessies vir ander behoeftes is nie maklik verkrygbaar nie; en hospices word deur die Departement Gesondheid ondersteun en gesubsidieer, en nie deur Departement Maatskaplike Ontwikkeling nie.

Dit blyk dat, hoewel baie aandag gegee is aan die beplanning van sekere strategieë in die *Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (1997)* ten einde die MIV/VIGS-lyer te ondersteun, is daar nog baie leemtes in die uitvoering hiervan, en het die Departement Maatskaplike Ontwikkeling nog baie werk om op hierdie vlak te verrig.

(d) *HIV/AND AIDS AND STI STRATEGIC PLAN FOR SOUTH AFRICA, 2007-2011 (2007)*

Die Nasionale Strategiese Plan 2007-2011 (2007) is gebaseer op 'n stel sleutel beginsels wat hoofsaaklik bestaan uit die volgende:

- ondersteunende leierskap
- effektiewe kommunikasie
- effektiewe vennootskappe
- bevorder maatskaplike verandering
- volhoubare programme en befondsing.

Die primêre doelstellings van die *Nasionale Strategiese Plan vir Suid Afrika, 2007-2011* was om:

- die aantal nuwe MIV-infeksies met 50% te verminder
- die impak van MIV en VIGS op individue, families, gemeenskappe en die samelewing te verminder deur toegang tot geskikte behandeling uit te brei, en

versorging en ondersteuning te bied aan 80% van alle persone wat gediagnoseer is met MIV.

Die *Nasionale Strategiese Plan (2007)* het veral beoog om die aantal nuwe infeksies onder persone in die ouderdomsgroep 15-24 te verminder.

Die intervensies wat nodig sou wees om die Nasionale Strategiese Plan se doelwitte te bereik, het bestaan uit vier sleutel prioriteitsareas, naamlik:

- voorkoming
- behandeling, sorg en ondersteuning
- menslike en wetlike regte, en
- monitering, navorsing en toesig.

Daar sal kortliks na elkeen van hierdie areas gekyk word.

- **Voorkoming**

Die gemelde Plan het beoog om teen 2011 die nuwe MIV-infeksies met 50% te verminder deur te verseker dat die groot hoeveelheid Suid Afrikaners wat MIV-negatief is, MIV-negatief bly. Hier is beplan om te kyk na aspekte soos om:

- die kwesbaarheid van MIV infeksies en die impak van VIGS te verminder deur veral die loodsing van verskillende programme om vroue te bemagtig en mans en vroue op te voed oor vroue- en menseregte
- die seksuele oordraagbaarheid van MIV te verminder deur byvoorbeeld op jong mense, en veral jong vroue, te fokus, en om positiewe voorkoming in MIV positiewe persone op te gradeer. Verder is ook beplan om te kyk daarna om die toeganklikheid en beskikbaarheid van psigo-sosiale ondersteuning te verbeter
- die MIV oordraagbaarheid van moeder-na-kind te verminder deur die huidige dienste in die verband uit te brei, en ook om ongewenste swangerskappe te verminder. Die insluiting van mans hierby is beoog en die teiken was om oordrag van moeder na kind te verminder tot onder 5%
- die risiko van MIV oordrag deur bloed en bloedprodukte te verminder deur onder andere die voorsiening van veilige bloed en bloedprodukte.

Dit blyk dus dat hierdie gemelde Plan beoog het om 'n belangrike rol te speel op die gebied van voorkoming van MIV/VIGS. Indien egter gekyk word na die stygende voorkoms van MIV wil dit voorkom asof daar nie geslaag is met hierdie voorneme nie. [Op 1 April 2014 is op die SABC2 se nuuskanaal om 19h00 bekend gemaak dat die nuutste MIV-infeksie syfers daarop dui dat 6,4 miljoen mense in Suid-Afrika reeds VIGS het, soos blyk uit die nuutste RGN-verslag. Dit is 400,000 meer as met die vorige verslag]

- **Behandeling, sorg en ondersteuning**

Hiermee het die gemelde Plan beoog om MIV en VIGS se mortaliteit sowel as sy sosio-ekonomiese impak te verminder deur teen 2011 aan 80% van alle MIV positiewe persone en hulle families toepaslike behandeling te voorsien. Hier is veral gekyk na die toename in die toegang tot vrywillige berading en behandeling (*VCT: Voluntary Counselling and Testing*). Verder is hier ook gekyk na die instaatstelling van persone met MIV om 'n gesonde en produktiewe lewe te lei deur die opgradering van sorg en behandeling. Ook die spesiale behoeftes van vrouens en kinders sou hier aangespreek word deur programme wat spesifiek op hierdie groepe toegespits is. Hier is ook gekyk daarna om die beleid en programme ten opsigte van wees en kwesbare kinders te versterk en te implementeer. Die Departement van Gesondheid het aan hierdie aspek aandag gegee deurdat hulle programme begin befonds het wat gemik is op kinders in hierdie groep.

Dit blyk dus dat die Nasionale Strategiese Plan (2007) ook beoog het om op die gebied van behandeling, sorg en ondersteuning 'n impak te maak.

- **Menslike en wetlike regte**

Hier word veral gekyk na die rol van stigma en diskriminasie as voortdurende uitdagings in die hantering van MIV en VIGS. Aspekte wat hier veral aandag geniet is om 'n nie-diskriminerende houding te verseker in die toegang tot MIV-voorkoming, behandeling en ondersteuning van groepe met grensgevalle. Die doel is om MIV-verwante menseregte te monitor. Hier word ook gekyk na die organisering, bemagtiging en mobilisering van MIV positiewe persone om menseregte op nasionale, provinsiale en distriksvlak te beskerm. Hier word gefokus op die regte van vrouens en

dogters.

- **Navorsing, monitering en toesig**

Die Nasionale Strategiese Plan (2007) weerspieël 'n bewustheid van die belangrikheid van monitering en evaluering as 'n belangrike beleid en bestuur instrument. Hier word gekyk daarna om 'n funksionele monitering en evalueringstelsel te ontwikkel en te implementeer. Die aanvoer van navorsing oor die koste-effektiwiteit van ander vorme van behandeling, in die ondersteuning van die implementering van die hele plan, asook oor die effektiwiteit van tradisionele medisyne geniet hier aandag.

Samevattend kan gesê word dat die Nasionale Strategiese Plan vir Suid-Afrika oor MIV en VIGS, 2007-2011 (2007), gesien behoort te word as 'n dinamiese, lewende dokument. Hoewel die spertyd van die genoemde Plan reeds verstryk het, word daar gehoop dat dit verder geïmplementeer sal word en dat daar steeds aan die twee hoof doelstellings hiervan aandag gegee sal word, naamlik om steeds nuwe infeksies te verminder (ten spyte van die feit dat dit blyk dat die teenoorgestelde waar is volgens die nuutste RGN-verslag), en die verligting van die impak van VIGS op miljoene mense se lewens besef sal word. Hierdie is nie net 'n plan vir die gesondheidssektor alleen nie. In plaas daarvan behoort dit relevant te wees by alle organisasies wat werk met MIV en VIGS in Suid-Afrika. Hierdie is 'n baie praktiese plan wat maklik is om te implementeer.

Die Staat kry ook te doen met enkele **risiko faktore en stuikelblokke in die voorkoming van MIV/VIGS**, (<http://www.cdc.gov/hiv/topics>, 2007) wat die volgende insluit:

- **Gebrek aan bewustheid van MIV-status**

Die hoof risiko faktor, wat ook 'n stuikelblok in die voorkoming van MIV oordrag tydens geboorte is, is swanger vroue se gebrek aan bewustheid van hulle MIV-status. As gevolg van die feit dat ongeveer 25% van alle persone wat geïnfecteer is met MIV nie hulle status ken nie, kan dit ook gebeur dat vrouens wat MIV- geïnfecteer is nie weet dat hulle geïnfecteer is nie (Marks, Crepaz & Janssen, 2006:1447-1450). Dit is waarom die *Centers for Disease Control* (2006:1-17) roetine MIV toetsing vir alle swanger vroue aanbeveel het.

- **Oneweredige MIV toets tempo's**

Volgens *Centers for Disease Control* (2002:1013-1016), asook Anderson, Ebrahim en Sansom (2004:165-168), het studies wat kort tevore gedoen is, bevind dat MIV-toets tempo's vir swanger vroue ver te kort skiet, en dat 'n relatief hoë getal vrouens van kinderswangerskap ouderdom onbewus is van die feit dat behandeling beskikbaar is ten einde die risiko van infektering tydens geboorte te verminder. Anderson en Sansom (2006:413-417) verwys na 'n studie wat in 2002 in die Verenigde State oor MIV-toetsing gedoen is, en dat 31% van die 748 vrouens wat kort tevore swanger was, berig het dat hulle nie voor en tydens die bevalling getoets is nie. Volgehoue pogings is dus nodig om te verseker dat alle swanger vrouens hulle MIV-status so vroeg as moontlik tydens hulle swangerskap ken. Lindegren, Byers en Thomas (1999:531) dui aan dat die meeste MIV-geïnfekteerde vroue weet dat hulle geïnfekteer is as gevolg van die voorgeboorte toetsing. Ten spyte daarvan bly die toetstempo volgens Anyem, Mendoza, Mascola en Frederick (2003) nog ongelyk.

- **MIV/VIGS-verwante diskriminasie**

'n Verdere probleem is MIV-verwante diskriminasie wat 'n groot struikelblok is in die effektiewe bestryding van die MIV en VIGS-epidemie in veral Afrika. Vrees vir diskriminasie weerhou mense dikwels van toetsing of om hulp te soek ten opsigte van die behandeling van VIGS. Meer MIV/VIGS-verwante opvoeding is nodig, aangesien beleide en wette alleen nie die MIV/VIGS- verwante diskriminasie wat voorkom, kan beveg nie.

Uit bogenoemde blyk dit dat die Staat 'n uiters belangrike rol te speel het in die voorkoming van MIV/VIGS. Behalwe dat hulle betrokke is by verskillende bewusmakingsveldtogte en verspreiding van voorkomingsinligting, is hulle ook verantwoordelik vir die maak van beleid en die voorkoming van die moeder-na-kind oordrag-program. Die laasgenoemde is 'n baie belangrike program, aangesien dit daartoe bydra dat babas tydens en na geboorte grootliks beskerm word teen moontlike infektering.

Die Staat het ook duidelik 'n baie belangrike rol te vervul in die voorsiening van vrywillige berading en toetsing wat nie buite rekening gelaat behoort te word nie, en kan moontlik ook daaraan dink om dit verder uit te brei na dele waar dit nog nie geïmplementeer is nie. Hulle

kry ongelukkig ook te kampe met verskeie risiko faktore en struikelblokke wat die voorkoming van MIV-oordrag belemmer, en waaraan daar behoort aandag gegee te word.

Dit is egter nie net die voorkoming van MIV/VIGS wat vermelding vereis nie. Vir sommige mense is daar nie meer omdraaikans in die vorm van totale voorkoming sonder enige infektering nie. Daar is mense wat reeds geïnfekteer is, en vir wie voorkoming slegs berus op die voorkoming van verdere infeksies. Ander het al so ver op die pad na terminaal gevorder, dat daar feitlik nie meer omdraaikans of kans op verbetering is nie. Vir al hierdie mense moet daar ook voorsiening gemaak word in die vorm van sorg en behandeling. Daar sal dus in die volgende hoofstuk aandag gegee word aan die behandeling van MIV/VIGS.

5.4 SAMEVATTING

Hierdie hoofstuk het gehandel oor die voorkoming van MIV/VIGS. Daar is eerstens gekyk na die geskiedenis van VIGS-voorkoming. Kalichman, et al. (2002:162) is aangehaal wat daarop wys dat die eerste pogings van VIGS-voorkoming opgespoor kon word by gay gemeenskappe in New York, San Francisco en Los Angeles.

Aandag is toe gegee aan die rolspelers in die voorkoming van MIV/VIGS, en dit is gedoen volgens die ekologiese perspektief. Daar is gekyk na die verskillende rolspelers soos die gesin, die skool, die kerk, gemeenskap, werkplek en die staat. By elkeen van hierdie rolspelers is ook die vlakke in die ekologiese perspektief geïdentifiseer waar hulle betrokke is.

By die gesin is veral aandag gegee aan die rol van die ouers en die belangrikheid daarvan. Die skool se funksie is uitgespel, en aandag is gegee aan die feit dat leerders bewus gemaak moet word van die omvang van die siekte, die oorsake of oordraagbaarheid daarvan, asook die voorkoming daarvan. Die kommunikasievaardighede van kinders in die verband het ook aandag geniet. Daar is ook gekyk na die wyse waarop bewusmaking op skoolvlak moet plaasvind, en dit is krities beoordeel.

Die rol van kerke in die voorkoming van MIV/VIGS is onder die soeklig geplaas, en hier is veral gekyk na die verkondiging en aanmoediging in die uitlewing van Christelike beginsels. Die belangrikheid van die vennootskap tussen die kerk en die ouers/gesin is ook aangeraak, en die opleidingstaak wat die kerk ten opsigte van die ouers het in die verband is aangespreek.

Gemeenskappe se rol in die voorkoming van MIV/VIGS was die volgende waarna gekyk is. Valdiserri, et al. (1995:87-100) se sewe stappe in gemeenskapsbeplanning om te help met die voorkoming van MIV/VIGS het aandag geniet. Ook die rol van die maatskaplike werker as bemiddelaar, advokaat en organiseerder in die gemeenskap ten einde 'n bydrae te lewer in die voorkoming van MIV is uitgespel.

Voorkoming van MIV/VIGS deur die werkplek is 'n verdere aspek waarna gekyk is. Hier het dit veral belangrik geblyk te wees dat die werkplek voorsiening moet maak daarvoor dat beleid in plek moet wees, en dat sorg gedra moet word dat dit onder die aandag van alle personeel gebring moet word – ook wanneer daar wysigings daaraan aangebring is. Verder moet die werkplek ook toesien dat 'n noodplan in plek is. Dit is ook belangrik dat werknemers opgelei moet word om altyd voorkomend te dink, en ook so op te tree. Twee wette wat hier belangrik is, is ook bespreek, naamlik die *Suid-Afrikaanse Gesondheidswetgewing (Wet 63 van 1977)*, en *Arbeidswetgewing*, bekend as die *Wet op Arbeidsverhoudinge (Wet 66 van 1995)*.

Laastens is gekyk na die belangrike rol wat die staat vertolk in die voorkoming van MIV/VIGS. Aspekte wat hier aandag geniet het, is die volgende:

- Voorkoming van Moeder-na-Kind Oordrag
- Vrywillige Berading en Toetsing (VCT)
- Bevordering van MIV voorkoming (AHP)
- Beleidmaking.

Ten opsigte van beleidmaking, het die volgende dokumente aandag geniet:

- Die geïntegreerde diensleweringsmodel van Departement Maatskaplike Ontwikkeling (2006)
- Die Suid-Afrikaanse Nasionale MIV/VIGS skole beleid (1999)
- Die Witskrif vir Maatskaplike Welsyn (1997)
- Die Nasionale Strategiese Plan vir Suid-Afrika 2007-2011.

Daar is krities gekyk na elkeen van hierdie beleidsdokumente en die belangrikheid van hulle bydrae al dan nie tot die voorkoming van MIV/VIGS.

Die Nasionale Strategiese Plan (2007) het vier sleutel prioriteitsareas geïdentifiseer om sy doelwitte te bereik, naamlik:

- voorkoming
- behandeling, sorg en ondersteuning
- menslike en wetlike regte
- navorsing, monitering en toesig.

Elkeen van hierdie areas is afsonderlik bespreek.

Die staat het ook te doen met enkele **risiko faktore en struikelblokke** in die voorkoming van MIV/VIGS, en dit is afsonderlik bespreek.

HOOFSTUK 6

DIE IMPAK VAN MIV/VIGS OP DIE SAMELEWING EN DIE BEHANDELING VAN MIV/VIGS

6.1 INLEIDING

‘n Terminale siekte van enige aard het ‘n ernstige impak op families, huishoudings, en selfs soms gemeenskappe. Die uitmergelende impak van VIGS is egter soveel meer akuut aangesien dit die ekonomies aktiewe sektor van die samelewing – die broodwinners – is wat die meeste hierdeur geïnfekteer raak en sterf. Vir die reeds arm huishoudings, en ook gemeenskappe, is VIGS soms die afstortpunt van armoede na ‘n noodsituasie. Dit is dikwels die mense naaste aan die VIGS-lyer wat die eerste daardeur ge-afekteer word, aangesien dit ook die persoon/persone is wat later die versorging van die geïnfekteerde moet behartig, en dikwels dan ook ‘n hele ommekeer in hulle lewe veroorsaak. Die vraag ontstaan soms, miskien onbewustelik, of hierdie pandemie wat al so baie lewens geëis het en seker nog gaan eis, nie voorkom kan word nie, sodat daar nie so baie mense se lewens daardeur ontwig word nie. Die impak van hierdie siekte, asook die behandeling wat daar is daarvoor, is aspekte waaraan in hierdie hoofstuk aandag gegee word.

6.2 DIE IMPAK VAN VIGS

MIV/VIGS het ‘n wyd verspreide impak op baie afdelings van die samelewing. Die impak van VIGS op die mens en die gemeenskap is verreikend. In hierdie afdeling word die impak op die gesinsisteem, die onderwys, die werkplek, die ekonomie en die gesondheidssektor bespreek, aangesien dit van die sektore is wat ten nouste met die VIGS-lyer en sy/haar gesin en versorger gekoppel is. Vanuit die ekologiese perspektief blyk dit dus dat al die vlakke hierdeur geraak word, naamlik die mikrovlak, waar die gesin veral van toepassing is, die mesovlak, waar die onmiddellike omgewing betrek word, die ekovlak waar die breër gemeenskap betrek word, en die makrovlak waar onder andere die geloofsisteme en ideologieë betrokke is.

Uit bogenoemde is dit duidelik dat die impak wat MIV/VIGS op die verskillende sektore van die samelewing het, verreikend kan wees, aangesien dit almal sektore is wat ‘n belangrike rol

speel in die voortbestaan van 'n samelewing. Een van die sektore wat die ergste gebuk gaan onder hierdie pandemie, is die gesin (mikrosisteem), en daar sal vervolgens daarna gekyk word.

6.2.1 Die impak van MIV/VIGS op die gesinsisteem (mikrovlak)

Alhoewel die gesin en die huishouding eerste die negatiewe gevolge van hierdie siekte ervaar (Weitz, 1991:103; Seale, 2000:923; Holden, 2003:29), is daar wêreldwyd verbasend min studies oor die impak van MIV/VIGS op die gesin en die huishouding uitgevoer (vgl. Wilkie, 1992:195; Lather & Smithies, 1997:5; Manopaiboon, Schaffer & Clark, 1998:54; Abt Associates South, 2000:25; Whiteside & Sunter, 2000:89; Lesar & Maldonado, 1997:272). Vandaar waarskynlik ook die feit dat daar nie werklik navorsing opgespoor kan word oor die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familielede as primêre VIGS-versorgers nie.

Holden (2003:29) wys daarop dat die intensiteit wat die impak van MIV/VIGS op die gesin sal hê bepaal sal word deur die kwesbaarheidsgraad van die gesin. Arm gesinne met min reserwes, onvoldoende hulpbronne en weinig opsies is meer kwesbaar en die negatiewe impak van MIV/VIGS sal meer intens wees. Volgens Honigsbaum (1991:14), Barrett en Victor (1994:423), en Barolsky (2003:17) word MIV/VIGS dikwels as “die siekte van die gesin” beskryf en beïnvloed ook die persoonlike verhoudings binne die gesinsisteem. Ndudane (2000:17) dui ook daarop dat, alhoewel MIV/VIGS as ‘n internasionale probleem beskou word, word dit in Afrika gesien as ‘n familiesiekte, aangesien dit ook die gesondheids-, maatskaplike, psigologiese, ekonomiese en geestelike welvaart van die ander lede van die uitgebreide gesin affekteer.

Ndudane (2000:18) maak melding van navorsing wat gedoen is deur Barnett en Blaikie (1992) oor die impak van MIV/VIGS op die gesin in Uganda. Hulle bevinding was dat dit wissel van gesin tot gesin afhangende van die kulturele en demografiese konteks van die gesin, asook die sosio-ekonomiese status van die gesin. Dus weereens die wedersydse invloed van die mens en sy omgewing op mikrovlak.

Die tol van MIV/VIGS op huishoudings kan ernstig wees. Baie gesinne verloor hulle broodwinners, en die familie moet iewers vandaan geld kry om te betaal vir die begrafnis. Baie van die wat sterf het oorlewende egmaats wat self geïnfekteer is en sorg nodig het. Hulle laat soms kinders agter wat moet sukkel om te oorleef sonder die sorg van ‘n ouer. In baie

gevalle beteken die teenwoordigheid van VIGS dat die huishouding eintlik verdwyn wanneer die ouers dood is en die kinders na familieledede gestuur word om hulle te versorg en groot te maak.

Van Schalkwyk (2004:28-29) wys op die impak van MIV/VIGS op kinders en hul gesinne, en lê veral klem op die volgende:

- Kinders kan ontnem word van geleenthede, soos byvoorbeeld om hul skoolloopbaan te voltooi, omdat hulle gedwing kan word om arbeid te verrig ten einde 'n inkomste te genereer.
- Die verandering van die gesinstruktuur en rolveranderings kom toenemend voor as gevolg van MIV/VIGS binne die gesin. Die verlies van die hoofversorger(s) kan lei tot pleegsorg/aanneming van verweesde kinders. Dit gebeur ook dikwels dat die grootouers die versorging van die kinders waarneem, wat op sy beurt weer 'n finansiële impak op die gesin het.
- Die versorging van die MIV/VIGS geïnfekteerde persoon/persone in die huishouding kry voorkeur en gevolglik kan dit lei tot die verwaarlosing van ander gesinslede soos die kinders.
- Die psigo-sosiale impak van die diagnosering van die MIV/VIGS status kan veral die kind emosioneel en fisies kwesbaar maak, aangesien 'n ouer/ouers in die toekoms verloor gaan word.

Uit bogenoemde is dit duidelik dat die impak van MIV/VIGS op die gesin self beduidend is. Die gesin funksioneer as 'n eenheid, maar bestaan tog uit interafhanklike eenhede. Aan die ander kant is die gesin ook voortdurend in kontak met persone van buite. Die MIV/VIGS geïnfekteerde ouer/ouers sal 'n invloed hê op sowel die onderlinge verhoudings tussen gesinslede as die verhoudings met persone buite die gesin. Binne die gesin sal daar waarskynlik kwessies wees wat die versorging van die gesinslede raak as gevolg van die verandering in die gesin se omstandighede indien dit die hoofversorger is wat geïnfekteer is (mikrovlak). Buite die gesin is daar aspekte soos die verbrokkeling van verhoudings wat 'n kwessie kan wees en wat in aanmerking geneem behoort te word (meso- en ekovlakke).

Hakl, Somlai, Kelly en Kalichman (1997:54) wys daarop dat die bekendmaking van MIV/VIGS status 'n negatiewe invloed op verhoudings met familie, vriende en gesinslede

kan inhou. Vrees vir stigmatisering kan ook daartoe lei dat die verhouding van hierdie persone met die geïnfekteerde persoon verbrokkel.

MIV/VIGS het ook 'n emosionele impak op die gesin. Lloyd (1995:1269) postuleer dat die diagnose gepaard kan gaan met skok en vrees. Dit kan lei tot vrees vir isolasie, verwerping en stigmatisering (vgl. Van Dyk, 2001:256). Die emosionele impak van die diagnose op die gesin hang af van elke lid se innerlike sterkte en die emosionele ondersteuning wat hulle van mekaar en ander familieleden en vriende ontvang. Hier speel dus ook persone in die mikro- en mesovlakke 'n baie belangrike rol wat die aanpassing van die familielid as primêre VIGS-versorger, sowel as die aanpassing van die VIGS-lyer self, kan beïnvloed nadat die diagnose bekend geword het.

Die emosionele gevolge van MIV/VIGS verskil ook ten opsigte van die verskillende generasies binne die gesin wat betrokke is. Volgens Ferreira (2004:28-29) kan dit die volgende behels:

- *Vir grootouers*: die inspanning van die versorging, finansiële probleme, die pyn om die dood van hulle kinders te aanvaar, persoonlike gesondheidsprobleme en onsekerheid en vrees oor die toekoms.
- *Vir volwasse kinders*: angs, ellende, skaamheid, hartseer, siekte, pyn en vrees.
- *Vir klein kinders*: smart, angs, gebrek aan begrip, onsekerheid, verlies, vrees, verwaarlosing en moontlike verwerping.

Verder het MIV/VIGS ook 'n impak op die gesin se finansies. Ratsaka-Mothokoa (2001:5) stipuleer dat die mees onmiddellike finansiële impak wat MIV/VIGS op die gesin het, is wanneer die siekte die uitgawes laat toeneem. Wanneer dit 'n volwasse persoon in die huishouding is, kan dit beteken dat sy/haar siekte en dood die produksie in die huishouding verminder, en kan selfs uitloop daarop dat die gesin se inkomste heeltemal verdwyn. Steinberg, et al. (2002:16) wys daarop dat baie van die gesinne ook afhanklik is van die pensioen van grootouers, veral waar laasgenoemde die versorging van die gesin moet behartig tydens siekte en dood van een of albei ouers as gevolg van VIGS.

Die impak wat MIV/VIGS op die gesin het, het ook na vore gekom in die navorsing wat onderneem is oor die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieleden as primêre

VIGS-versorgers, en waarvan die resultate in Hoofstuk 8 van hierdie verslag weergegee word.

Samevattend kan gesê word dat die dinamika in die gesin, of die gebrek daaraan, 'n belangrike rol kan speel in die impak wat die bekendmaking van MIV/VIGS op die gesin kan hê. Die verhoudings van die geïnfecteerde familielid met die res van die gesin sal ook bepaal hoe die ander lede van die gesin sal reageer op sy/haar siekte en hoe hulle hom/haar sal ondersteun. Die effek wat dit op kinders kan hê indien dit 'n ouer is, kan verskil van die impak op volwassenes, aangesien dit by die kind gevoelens van vrees en onsekerheid tot gevolg kan hê. Die finansiële en emosionele impak wat dit op die gesin kan hê kan as van die belangrikste gevolge beskou word. Die vlakke van die ekologiese perspektief wat hier betrokke is, is hoofsaaklik die mikro- en mesovlakke, aangesien dit die gesin en die onmiddellike omgewing is wat hierdeur geraak word.

Dit is egter nie net die gesin wat gebuk gaan onder die impak van hierdie pandemie nie. Daar is ook belangrike dienste wat onontbeerlik is, maar wat ook die negatiewe impak van VIGS ervaar. Een hiervan is die onderwys. Vervolgens sal dus aandag gegee word aan die impak van MIV/VIGS op die onderwys, en is dit veral die meso- en ekovlakke van die ekologiese perspektief wat hier ter sprake is.

6.2.2 Die impak van MIV/VIGS op die onderwys (meso- en ekovlakke)

Die onderwysstelsel is een van die kernboustene van Suid-Afrika se ontwikkeling. Die manier waarop skole en ander opvoedingsinstellings in staat is om te oorleef, is 'n belangrike bepalende faktor in hoe goed gemeenskappe regtig sal kan herstel van die MIV/VIGS epidemie.

Die volgende is enkele van die maniere waarop MIV/VIGS 'n impak op die opvoedingstelsel het:

- MIV/VIGS eis sy tol ten opsigte van die getal onderwysers wat te siek word om te werk en/of sterf (Du Plessis, 2000:18; Rademeyer, 2001:8; Swart, 2001:2). Klasse word gevolglik te groot vir die oorblywende onderwysers om te hanteer. Op sy beurt lei dit weer daartoe dat kinders nie die nodige kwaliteit aandag van die onderwyser in die klas kan kry wat nodig is om aan hulle kwaliteit opleiding te verskaf nie.

- MIV/VIGS raak alle opvoeders (<http://www.health24.com>, 2008). Sommige sal siek, afwesig of sterwend wees, terwyl ander met familiekrisisse worstel. Vir elke onderwyser wat die beroep verlaat weens siekte en/of dood, moet sowat 2,6 ondedwysers opgelei word om aan die vraag te voldoen.
- Die afname in skoolbywoning is een van die mees sigbare impakte van die MIV/VIGS epidemie op die Opvoedingstelsel in Afrika (<file://C:\DOCUMENT-1\user\LOCALS-1\Temp\UU4E18QR.htm>, 2004). Dit blyk dus dat ook op hierdie gebied MIV/VIGS 'n groot impak het. Die wedersydse invloed tussen die persoon en sy omgewing kom duidelik hier na vore soos in die ekologiese perspektief (Rappaport & Seidman, 1999:134) uiteengesit word, en is dit weereens veral die meso- en ekovlakke wat hier betrokke is. Indien daar nie voldoende onderwysers is nie, kan die kind nie voldoende skoolopleiding ontvang nie, wat daartoe lei dat hy later nie 'n geskikte inkomste kan verdien nie as gevolg van swak skoolopleiding [die invloed tussen die skool (omgewing) en die kind (individue) kom dus duidelik hier na vore].
- Die afwesigheid van kinders wat versorgers of hoofde van huishoudings is en wat tot die gesin se inkomste moet bydra, én die wat self siek is, kan styg (<http://www.health24.com>, 2008).
- Skoolgelde was tot aan die einde van 2005 vir sommige siek ouers 'n groot bron van uitgawe. Du Plessis (2000:18) en Rademeyer (2001:8) wys daarop dat die gesin waarin die ouer VIGS het, later nie meer skoolgelde kan betaal nie. Jonger gesinslede word dan gedwing om deur middel van seksuele aktiwiteite of voortydige huwelike 'n bykomende inkomste te genereer, wat op sy beurt weer aanleiding kan gee tot swak voorbereiding op die eise wat die volwasse lewe en 'n huishouding in stand hou. Dit kan weer 'n impak hê op die nuwe gesin se versorging. Dit is weereens die mikro-, meso- en ekovlakke wat die meeste hierdeur geraak word, en hulle wedersydse beïnvloeding is duidelik waarneembaar.
- Leerkragte moet toenemend leer hoe om leerders wat deur VIGS geïnfekteer en geïmpak word in klasverband te hanteer, medikasie korrek toe te dien en ook hoe om toe te sien dat leerders gebalanseerde voedsel ontvang (Rademeyer, 2001:8).
- Daar kan 'n groter behoefte by siek ouers wees aan vroeë kinderonderrig en dus ook 'n groter toename in innames vir voorskoolse onderrig (<http://www.health24.com>, 2008).

- 'n Toename van 139 000 weeskinders in 2001 na 'n geraamde 2,5 miljoen in 2012 word volgens Swart (2001:2) voorspel. Hierdie outeur berig verder ook dat baie weeskinders moontlik swak skoolvordering sal toon weens die feit dat daar ook 'n tekort aan gesinsondersteuning sal wees.

Dit blyk dus dat VIGS 'n tweërlei impak op die onderwys kan hê, naamlik die vermindering van onderwysers as gevolg van siekte en sterfte, en die skoolversuim deur kinders weens die gebrek aan ondersteuningstelsels tuis, wat veroorsaak kan word deur ouers se siekte en sterfte as gevolg van VIGS. Die vlakke in die ekologiese perspektief wat veral hier ter sprake is, is die mikro-, meso- en ekovlakke, aangesien dit die onmiddellike omgewing van die VIGS-versorger sowel as die VIGS-lyer is wat hierdeur geraak word.

Volgens Muller en Abbas (1990:77-80) word kinders in Uganda se onderwysloopbaan gereeld onderbreek wanneer ouers siek raak. Daar kan ook met redelike sekerheid aanvaar word dat die situasie in Suid-Afrika geensins hiervan sal verskil nie. Veral ouer dogters wat dan die huishouding en versorging moet oorneem, is slagoffers hiervan. Muller en Abbas (1990) noem ook dat slegs 29% van die kinders tussen die ouderdom 15-19 wie se ouers oorlede is, in Uganda hulle skoolloopbaan sonder onderbreking voltooi. Kinders wat die grootste kans het op die voltooiing van hulle skoolopleiding is die wat by 'n oorlewende ouer bly. Sengendo en Nambi (1997:105-124) wys daarop dat kinders wat by grootouers in pleegsorg geplaas word, die minste kans het om hulle skoolloopbaan te voltooi, naamlik 7%.

Dit blyk dus dat MIV/VIGS ook op die onderwys en opvoeding van 'n land 'n beduidende impak het. Dit het nie net tot gevolg dat leerders die skool verlaat voordat hulle hulle skoolloopbaan voltooi het nie, maar dit het ook 'n effek op onderwys personeel wat self siek raak en nie langer hulle verpligtinge kan nakom nie. Op sy beurt lei dit weer daartoe dat kinders se onderrig onderbreek moet word, of dat leerling getalle in die klaskamers te veel is vir die oorblywende personeel om voldoende aandag aan hulle te gee. Die mesovlak is veral hier ter sprake.

Benewens die impak wat MIV/VIGS op die gesin en skool het, het dit ook 'n beduidende impak op die werkplek. Gevolglik sal nou hieraan aandag gegee word.

6.2.3 Die impak van VIGS op die werkplek/arbeidsektor (die ekovlak)

MIV/VIGS het 'n dramatiese effek op die werkplek en arbeidsektor en sit die ekonomiese aktiwiteite en maatskaplike groei terug. Die Internasionale Arbeidsorganisasie het 'n studie gedoen wat aanvoer dat die arbeidsmag van Suid-Afrika teen 2020 10-20% kleiner kan wees as gevolg van MIV/VIGS alleen – dit beteken dat daar tot 11,5 miljoen minder mense sal werk (http://af.wikipedia.org/wiki/Invloed_van_vigs_op_die_ekonomie, 2008).

Die grootste getal persone met MIV/VIGS in Afrika is tussen die ouderdom 15 en 49, en in die fleur van hulle arbeidslewe (<File://C:\DOCUME-1\user\LOCALS-1\Temp\UU4E18QR.htm>, 2004). Dit het tot gevolg dat werkgewers, skole, fabrieke en hospitale ander personeel moet oplei om dié wat te siek word om te werk, te vervang. Dieselfde bron dui ook aan dat, deur die impak van MIV/VIGS op die werkplek/arbeidsektor, kan dit as 'n beduidende remskoen op die ekonomiese groei en ontwikkeling gesien word.

Daar is ondernemings wat baie ernstig geraak kan word, selfs al is daar 'n lae voorkoms van VIGS (http://af.wikipedia.org/wiki/Invloed_van_vigs_op_die_ekonomie, 2008). Indien die werkers by afsterwe moeilik is om te vervang, kan dit ernstige gevolge vir die onderneming inhou. Die finansiële sektor is 'n voorbeeld hiervan, omdat dit spesiale vaardighede van werknemers verg. Hierdie sektor het ervare werknemers in belangrike posisies wat nie maklik vervang kan word nie. Die ekovlak van die ekologiese perspektief word waarskynlik veral hierdeur beïnvloed, aangesien dit die vlak is waar die werkplek en ekonomiese instansies 'n rol speel.

In Afrika suid van die Sahara is daar gewoonlik 'n surplus van ongeskoolde werkers en 'n tekort aan geskoolde werkers. Daarom sal geskoolde personeel moeiliker wees om te vervang, en dit sal veroorsaak dat ondernemings wat erg op opgeleide werknemers staatmaak baie vatbaar sal wees vir die impak van die VIGS epidemie. Sommige sleutelposisies kan baie moeilik wees om met opgeleide personeel te vul. Spesialiste wie se dienste fundamenteel vir die funksionering van die tegnologies gevorderde onderneming is, byvoorbeeld paneelkloppers, sal baie moeilik wees om te vervang.

Omdat meer en meer geskoolde en ervare werkers verloor word, en omdat meer jong ongeskoolde werkers die arbeidsmark binnetree, word die hoeveelheid sowel as gehalte van

die arbeidsmag verminder. 'n Swakker kwaliteit diens word gelewer, wat weer 'n effek op die omgewing kan hê (meso- en ekovlak).

Ateka (2000:5) en Hilburn (2000:4) noem dat, as gevolg van die feit dat die sterftesyfer in die ouderdomsgroep 30 tot 40 jaar normaalweg relatief laag is, dit aanleiding daartoe gee dat werkgewers gewoonlik sterk op hierdie groep werkers steun ten opsigte van ervaring, leierskap en produktiwiteit. Ongelukkig is dit juis werkers in hierdie ouderdomsgroep wat die swaarste deur die negatiewe gevolge van VIGS getref word (vgl. Hilburn, 2000:4; De Jong, 2003:5; Rossouw, 2004:81). Whiteside & Sunter (2000:87), asook die *South Africa Department van Finance* (2000:40) lig dit ook uit dat die Suid-Afrikaanse bevolkingsgroei na alle waarskynlikheid geleidelik tot by 'n ongeveer nul persent vlak sou afplat teen 2010. Hiermee saam sou groei in die ekonomies aktiewe deel van die bevolking ook vanaf meer as 2% in 2000 tot minder as 0,5% teen 2008 daal.

Hierdie syfers kan daartoe lei dat toekomstige investering in die opleiding van geskoolde werknemers moontlik 'n swak belegging word indien MIV en VIGS voorkoming nie hand aan hand gaan met opleiding nie (Crewe, 2000:11). Whiteside en Sunter (2000:88) noem dat daar beraam word dat Suid-Afrika se jaarlikse groei in bruto binnelandse produk tussen 0,3 en 0,4 persentasie punte laer kan wees oor die volgende 15 jaar. VIGS sal werkgewers in alle sektore van die ekonomie voor veeleisende ekonomiese uitdagings stel. Verskeie skrywers (vgl. Myslik, 1997:3; Du Plessis, 1999:19; Ateka, 2000:4; Taylor, 2000:22) is dit eens dat MIV-positiewe werknemers toenemend afwesig sal wees as gevolg van MIV en VIGS- verwante siektes. Toenemende betalings aan plaasvervangende werkers, asook toenemende uitgawes aan mediese versorging en begrafniskostes sal aan die orde van die dag wees.

MIV/VIGS het ook 'n impak op produktiwiteit (http://af.wikipedia.org/wiki/Invloed_van_vigs_op_die_ekonomie, 2008). Dit kan 'n direkte, sowal as 'n indirekte invloed op produktiwiteit hê.

Direkte invloede: Afwesigheid as gevolg van VIGS lei tot 'n direkte daling in die produktiwiteit van 'n onderneming. Mense is nie net afwesig omdat hulle self siek is nie, maar ook omdat iemand in die familie siek is. Nog erger, indien hierdie persoon 'n sleutelposisie in 'n onderneming beklee het, kan dit 'n drastiese impak op die produktiwiteit van ander werknemers wat wél by die werk is, hê. Dit is dus weereens duidelik dat die

wedersydse invloed tussen die persoon en omgewing, soos deur die ekologiese perspektief verduidelik word, hier duidelik na vore kom. Veral die meso- en ekovlak van die ekologiese perspektief is hier ter sprake.

Indirekte invloede: Die produktiwiteit van 'n onderneming kan ook afhang van eksterne faktore soos infrastruktuur en elektrisiteit, of ander ondernemings se noodsaaklike dienste. Die impak wat MIV op hierdie faktore het, sal die betrokke onderneming se produktiwiteit indirek beïnvloed.

In sommige besighede moet gesonde werknemers ekstra ure insit om op te maak vir hul afwesige kollegas, wat veroorsaak dat die onderneming ook meer moet betaal vir hierdie ekstra ure. Die werknemers put hulself egter uit en sal dan minder produktief begin werk.

Werkers se vermoë om op hul werk te fokus sal ook daal wanneer daar probleme by die huis is, soos byvoorbeeld wanneer iemand as gevolg van VIGS sterf. Werkgewers het egter ook 'n maatskaplike verantwoordelikheid teenoor hul werknemers en hul natuurlike huisgesinne (vgl. Du Plessis, 1990:6; Erasmus, 1995:8; Strode & Smart, 1997:4; Ngwena, 1999:529; Hilburn, 2000:5). Ngwena (1999:529) wys daarop dat die werkplek nie net 'n bron van inkomste vir die individuele werker is nie, maar ook voorsieners van sekuriteit vir die werkers en hulle afhanklikes in tye van nood. Daarom behoort werkgewers bereid te wees om ten minste 'n deel van die gevolge van die epidemie te dra.

Dit blyk dus dat die impak wat MIV/VIGS op die werkplek het, daarop dui dat dit ongelukkig die ekonomies aktiefste deel van die bevolking is wat deur MIV/VIGS geraak word, en dat dit tot gevolg het dat hulle meestal van die werk af wegbly as gevolg van siekte. Dit gebeur al hoe meer dat daar dan van plaasvervangende werkers gebruik gemaak moet word, wat 'n ekstra finansiële las op die werkplek plaas. Dit affekteer ook die produktiwiteit van die onderneming, wat groot negatiewe finansiële gevolge vir daardie onderneming kan inhou. Dit blyk dat beide die mikro- en ekovlakke hier ter sprake is, aangesien die individu en sy gesin hierdeur geraak word (mikrovlak), en ook die werkplek hierdeur geraak word (ekovlak).

Nou verwant aan die impak wat VIGS op die werkplek het, is ook die impak wat dit op die ekonomie het, en dit sal vervolgens aandag geniet:

6.2.4 Die impak van MIV/VIGS op die ekonomie (ekovlak)

Arbeidstekorte is weens siekte en sterfte die mees waarneembare effek wat MIV/VIGS op die ekonomie het (http://af.wikipedia.org/wiki/Invloed_van_vigs_op_die_ekonomie, 2008). Prof P.J. van Aardt van die Buro vir Marknavorsing het 'n Navorsingsverslag no 325 (2003) opgestel oor die geprojekteerde ekonomiese impak van MIV/VIGS in Suid-Afrika, 2003-2015, (<http://www.ahi.co.za/-aktueel/vigsimpak.html>, 27 Julie 2006). Volgens hierdie verslag wil dit voorkom of huishoudingsbesteding oor die tydperk 2004 tot 2012 'n volgehoue persentasie-afname sal toon as gevolg van MIV/VIGS. Die merkbaarste persentasie-afname in besteding aan landbouprodukte teen 2012 word verwag met betrekking tot vleisprodukte (5,1%), gevolg deur ander landbouprodukte (3,0%) en visprodukte (2,2%). Die hoofrede vir die merkbare impak van MIV/VIGS op hierdie produkte is dat die laer inkomstegroepe wat die oorgrote meerderheid van verbruikers van hierdie produkte uitmaak, ook die ergste geraak word deur MIV/VIGS.

Aangaande ander voedsel, word die merkbaarste impak van MIV/VIGS op die verkope van graanprodukte (bv. mieliemeel) verwag, wat beskou kan word as die stapelvoedsel van 'n groot persentasie van die Suid-Afrikaanse bevolking. 'n Merkbare daling in die verkope van bakkeryprodukte (bv. brood) is ook voorsien. Daar is konserwatief geraam dat verkope van graanprodukte teen 2012 met 4,8% sou daal, bakkeryprodukte met 3,5% en ander voedselprodukte met 2,2%.

Met betrekking tot alkoholiese en nie-alkoholiese drank en tabakprodukte, wil dit voorkom dat 'n aansienlike afname teen 2012 verwag is. Soos huishoudings progressief meer geraak word deur MIV/VIGS in terme van verlies aan inkomste en hoër mediese uitgawes, word daar verwag dat baie van hulle sal snoei aan nie-noodsaaklike items soos alkoholiese en nie-alkoholiese drank en tabak om finansiële te oorleef. Die afname teen 2012 is geraam op ongeveer 13,2%.

'n Soortgelyke tendens is ook voorsien vir klerasie, handsakke en skoeisel. Soos die nood druk met laer inkomste en hoër mediese uitgawes as gevolg van MIV/VIGS, word daar verwag dat huishoudings sal snoei aan besteding aan duursame items soos meubels, en semi-duursame items soos klerasie en skoeisel, ten einde voedsel, medisyne en huur te kan bekostig. 'n Beduidende afname in huishoudingsbesteding aan papierprodukte is teen 2012

verwag (ongeveer 7,3% vir gepubliseerde en gedrukte materiaal en ongeveer 5,7% vir ander papierprodukte).

Terwyl daar verwag word dat MIV/VIGS 'n afname in huishoudings- en totale verbruikersbesteding aan duursame, semi-duursame en nie-duursame items tot gevolg sou hê, wil dit voorkom asof die epidemie sal bydra tot verhoogde huishoudingsbesteding aan 'n wye reeks dienste. Daar is geraam dat huishoudings teen 2012 ongeveer 3,5% meer aan vervoer, 4,2% meer aan versekeringsdienste, 4,8% meer aan gesondheids- en maatskaplike dienste, en ongeveer 4,7% meer aan ander dienste (soos begrafnisdienste) sou bestee as wat hulle in die afwesigheid van MIV/VIGS sou bestee het.

Daar word verder geraam dat die afname in bruto binnelandse produk as gevolg van MIV/VIGS teen 2015 tussen 1,3% (lae variant) en 6% (hoë variant), met 'n medium variant van ongeveer 3,7% sal staan. Die vlak waarop enige van die drie variante sal manifesteer sal hoofsaaklik afhang van twee faktore, naamlik:

- die vlak waarop antiretrovirale medikasie gedurende die tydperk 2003 tot 2015 aan HIV-positiewe mense voorsien sal word, en
- die kapitaalintensifikasie- en uitvoeroriëntasievlak in die Suid-Afrikaanse ekonomie, dit wil sê 'n meer kapitaalintensiewe uitvoer-georiënteerde ekonomie sal minder skade ly as gevolg van MIV/VIGS as 'n arbeidsintensiewe ekonomie wat grootliks afhanklik is van die plaaslike verbruiksmark.

Coetzee (2003:1) postuleer dat wanneer daar niks gedoen word om die pandemie hok te slaan nie, vind daar 'n algehele ekonomiese ineenstorting plaas en is die ekonomie in 2080 slegs 49% so groot as in 1990.

Ter samevatting kan gesê word dat die ekonomie nie losstaan van MIV/VIGS nie, maar dat hierdie pandemie 'n baie ernstige impak op die ekonomie kan hê. Indien daar nie iets aan hierdie pandemie gedoen word nie, stuur die ekonomie op 'n ineenstorting af. Hier het ons hoofsaaklik te doen met die ekovlak van die ekologiese perspektief.

Ook op die gesondheidssektor het MIV/VIGS 'n impak, en dit sal vervolgens aandag geniet.

6.2.5 Die impak op die gesondheids sektor (makrovlak)

Verskeie navorsers maak melding van die feit dat die MIV/VIGS-pandemie 'n oorweldigende eis wêreldwyd aan hulpbronne in die gesondheids sektor gaan stel (vgl. Du Plessis, 1999:48; Mpundu, 2000:6; Holden, 2003:30). Die las op hierdie sektor word verder vererger as gevolg van die ontploffing in die voorkoms van tuberkulose en die feit dat dit toenemend besig is om na die MIV-negatiewe bevolking van Suid-Afrika te versprei (vgl. Floyd & Wilkonson, 1997:6; Chintu & Mwinga, 1999:997; Du Plessis, 2000:19; South Africa Department of Health, 2000:7).

In alle geaffekteerde lande plaas die VIGS epidemie addisionele druk op die gesondheids sektor, (<http://www.avert.org/aidsimpact.htm>, 2008). Soos MIV in 'n land hoër raak, is die druk wat dit op hospitale plaas ook hoër. Volgens 'n verslag van UNAIDS (2006) beset mense met MIV/VIGS meer as die helfte van alle hospitaal beddens in Sub Sahara Afrika. *Inter Press Service News Agency* (2006) berig oor navorsing wat in Suid-Afrika gedoen is waar bevind is dat MIV-positiewe pasiënte ongeveer vier keer langer in die hospitaal bly as ander pasiënte. Dieselfde bron voorspel dat pasiënte met MIV/VIGS binnekort 60-70% van die totale hospitaalluitgawes in Suid-Afrika sal behels.

Hospitale sukkel om in die vraag te voorsien, veral in arm Afrika lande waar daar gewoonlik nie genoeg beddens beskikbaar is nie. Hierdie tekort word ook veroorsaak deur pasiënte wat eers in die later stadium van die siekte toegelaat word, en wat hulle kanse op herstel verminder. Soos die epidemie vererger kom meer komplekse gevalle van MIV en VIGS na vore, wat meer hospitaaltyd in beslag neem en die standaard van sorg wat voorsien word, verder verswak (<http://www.avert.org/aidsimpact.htm>, 2008).

Die probleem wat ook hierdeur ontstaan, is dat ander baie siek pasiënte nie altyd toegang tot hospitale het nie omdat die geïnfekteerde pasiënte al hoe meer beddens by hospitale in beslag neem. Dit beïnvloed dus ook die sorg aan ander siek persone, wat dan moet weggewys word van hospitale af.

Dit blyk dat die impak wat die siekte op die gesondheids sektor het, daarop dui dat al hoe meer hospitaalbeddens beset word deur MIV/VIGS pasiënte. Dit lei nie net daartoe dat die insetkoste van hospitale verhoog nie, aangesien dit dikwels die laer inkomste groepe

individue is wat hiervoor toegelaat moet word, maar dit lei ook daartoe dat ander siek pasiënte al hoe minder toegang tot hospitale kry, en al hoe meer weggevoer word.

MIV/VIGS het ook 'n impak op die gesondheidswerker korps. Terwyl VIGS toenemende druk op die gesondheidsdienste plaas, word gesondheidswerkers ook direk geraak deur die epidemie. Volgens Du Plessis (2000:19) word gesondheidswerkers ook toenemend siek as gevolg van MIV/VIGS wat lei tot afwesighede, onproduktiwiteit, hoë kostes ten opsigte van mediese en sterfte voordele asook die opleiding van nuwe personeel. Botswana het byvoorbeeld 17% van hulle gesondheidswerkers aan VIGS verloor tussen 1999 en 2005 (<http://www.avert.org/aidsimpact.htm>, 2008). 'n Studie wat in een deel van Zambië uitgevoer is, het bevind dat 40% van hulle gesondheidswerkers MIV positief is. Gesondheidswerkers is alreeds skaars in die meeste Afrika-lande. Hier is dit weereens duidelik wat die wedersydse invloed tussen die mens en sy omgewing is, aangesien 'n tekort aan gesondheidswerkers daartoe kan lei dat die gesondheidssektor van 'n land verwaarloos word, en op sy beurt weer daartoe kan lei dat individue gebrekkige gesondheidsorg ontvang.

Hoewel die voorsiening van antiretrovirale medisyne (ARV's) toegeneem het, wat die vermindering van die ontwikkeling van MIV na VIGS tot gevolg het (<http://www.avert.org/aidsimpact.htm>, 2008) dat dit ook toenemende druk op gesondheidswerkers geplaas het. Die voorsiening van ARV's verg meer tyd en opleiding as wat tans in die meeste lande beskikbaar is.

Dit blyk dus dat die impak wat MIV/VIGS op die gesondheidssektor het, nie minder is as op die ander sektore van die samelewing nie. Hospitale word negatief geraak deurdat pasiënte met hierdie siekte langer gehospitaliseer word, en dit op die ou end duurder is. Verder kan ook daarop gewys word dat, hoewel die voorsiening van ARVs 'n positiewe aspek is, het dit 'n negatiewe effek op die gesondheidswerkers, aangesien dit meer druk op hulle plaas. Dit blyk ook dat dit nie altyd so 'n goeie oplossing vir die probleem is nie as gevolg van die groot hoeveelheid pasiënte wat na slegs twee jaar, en selfs korter, nie hulle behandeling voortsit nie. Vervolgens sal egter meer breedvoerig aandag gegee word aan die behandeling van MIV/VIGS, waar dan ook onder andere die kwessie van ARV's aangespreek sal word.

6.3 DIE BEHANDELING VAN MIV/VIGS

Alvorens na ander aspekte van die behandeling van MIV/VIGS gekyk gaan word, sal aandag eers gegee word aan die behandeling van MIV/VIGS volgens die vier vlakke van die *Geïntegreerde Dienslewingsmodel vir die Wes-Kaap, 2007-2017*, van Departement Maatskaplike Ontwikkeling (2006), naamlik:

- bewusmaking en voorkoming
- vroeë ingryping
- statutêre/krisisingryping, en
- herintegrasië.

Hierdie vier vlakke sal kortliks bespreek word, en daar sal gekyk word na die verband wat hulle kan hê tot die behandeling van MIV/VIGS. Verder sal dan ook na die algemene behandeling van MIV/VIGS gekyk word.

6.3.1 Bewusmaking en voorkoming

In Hoofstuk 5 is die kwessie van voorkoming volledig bespreek. Wanneer dit egter in verband gebring word met die behandeling, kan bygevoeg word dat bewusmaking nie net 'n voorkomende funksie het nie, maar die navorser is van mening dat dit ook 'n rol speel in die behandeling van MIV/VIGS. Die navorser is verder van mening dat bewusmaking en voorkoming in die veld van behandeling daarop kan dui dat pasiënte wat reeds geïnfekteer is, bewus gemaak word van maniere om hulle en hulle geliefdes te beskerm teen verdere infektering deur strategieë in plek te stel wat dit kan doen. So kan pasiënte byvoorbeeld bewus gemaak word van hoe om situasies te hanteer wanneer hulle byvoorbeeld bloei, en watter voorsorgmaatreëls hulle in plek behoort te hê ten einde hulle geliefdes te beskerm en te voorkom dat hulle ook geïnfekteer raak. Verder kan geïnfekteerde persone ook gebruik word in bewusmakingsveldtogte wat ander inlig hoe om hulleself te beskerm teen MIV/VIGS. Hulle kan ook help om die stigma wat aan MIV/VIGS gekoppel word, te verminder, en so bydra daartoe dat mense makliker bereid sal wees om hulle te laat toets. Behalwe dat hulle 'n baie belangrike rol in die gemeenskap vertolk, kan dit hulle ook help om te praat oor hulle siekte wat op sy beurt weer vir hulle van terapeutiese waarde kan wees (*Geïntegreerde Dienslewingsmodel vir die Wes-Kaap, 2007-2017*, Departement Maatskaplike Ontwikkeling, 2006:24).

Bewusmaking het ook te doen met inligting en opvoeding om te verseker dat mense met MIV/VIGS hulle sosio-ekonomiese regte en verantwoordelikhede ken en weet hoe om toegang daartoe te verkry (Geïntegreerde Diensleweringmodel vir die Wes-Kaap, 2007-2017; Departement Maatskaplike Ontwikkeling, 2006:24). Hier word gedink aan die reg op mediese sorg, en hoe hulle aanspraak kan maak daarop om sodanige versorging te verkry.

6.3.2 Vroeë ingryping

Ten opsigte van vroeë ingryping dui dit daarop dat, sover dit die behandeling van MIV/VIGS-lyers aangaan, dit daarop gemik is om kwesbare groepe en individue, soos die VIGS-lyer te identifiseer en om te verseker dat daar 'n verskeidenheid van terapeutiese dienste verskaf word (Geïntegreerde Diensleweringmodel vir die Wes-Kaap, 2007-2017; Departement Maatskaplike Ontwikkeling, 2006:25). Hier kan byvoorbeeld gedink word aan dienste soos die vrywillige berading en toetsing (voluntary counseling and testing – VCT) van VIGS-lyers. Ook dienste soos berading en ontlonting kan hier verskaf word. Opvoedingsprogramme kan ook aan VIGS-lyers en hulle families voorsien word ten einde hulle te help om goed ingelig te wees oor wat VIGS is. Hulle familieledede as VIGS-versorgers kan ook ander opvoedingsprogramme bywoon wat hulle kan help om hulle te bemagtig in die hantering van hulle siek familielid en ook inligting te bekom oor die verloop van die siekte, en wat om te verwag. Op hierdie manier sal familieledede as versorgers beter in staat wees om hulle siek familielid te hanteer, omdat hulle dan waarskynlik beter begrip sal hê oor die impak van die siekte op hulle fisiese en emosionele toestand.

6.3.3 Statutêre sorg

Hier gaan dit onder andere oor die verskaffing van statutêre dienste en die nakoming van statutêre bepalings, protokolle en minimum standaarde (Geïntegreerde Diensleweringmodel vir die Wes-Kaap, 2007-2017; Departement Maatskaplike Ontwikkeling, 2006:25). Dit het ook te doen met beleide en prosedures. Om dit toe te pas op die behandeling van MIV/VIGS, kan daarop gewys word dat dit verband hou met die mediese dienste wat aan die VIGS-lyer voorsien word, en dat hulle aanspraak kan maak daarop sonder dat daar teen hulle gediskrimineer word. Dit gaan ook daaroor dat, wanneer die siek VIGS-lyer in 'n inrigting of fasiliteit versorg word, daardie fasiliteit beleide en prosedures in plek moet hê wat kan dien as riglyn vir die behandeling van die pasiënt. Dit hou ook verband met die versorging van ge-afekteerde kinders in die afwesigheid van hulle siek ouer of primêre versorger, en dat daar moontlik ook statutêre ingryping nodig mag wees.

6.3.4 Herintegrasië

Herintegrasië het te doen met die verskaffing van nasorg- en gemeenskapsgebaseerde dienste (Geïntegreerde Diensleweringmodel vir die Wes-Kaap, 2007-2017; Departement Maatskaplike Ontwikkeling, 2006:25). In die geval van die behandeling van die pasiënt met VIGS, kan hier veral gekyk word na tuisversorgingsdienste deur organisasies wat die familie behulpsaam is met die versorging en behandeling van die VIGS-lyer. Sodanige dienste kan bydra daartoe dat die pasiënt, nadat hy/sy ontslaan is uit 'n hospitaal of plek waar hy tydelik versorg is, goeie tuisversorging geniet wat 'n positiewe lewenstyl by hom/haar kan versterk.

Verder kan hulle ook gehelp word om te verstaan hoe hulle medikasie gebruik moet word, en kan ook die gebruik van hulle antiretrovirale medikasie tuis gemonitor word. Ook ten opsigte van die familielid as primêre VIGS-versorger kan dit 'n hulp wees. Leiding kan aan die familielid gegee word oor die versorging van die siek familielid voordat die siek persoon huistoe kom. Nadat die siek persoon tuis gekom het, kan die familielid as versorger ook ondersteun word in die versorging van die siek persoon.

Behandeling en sorg vir MIV/VIGS bestaan verder ook uit 'n aantal ander verskillende elemente apart van antiretrovirale medikasie. Dit sluit in vrywillige berading en toetsing [Voluntary Counseling and Testing (VCT)], voedsel en die hantering van voedingseffekte, opvolgberading, beskerming teen stigma en diskriminasie en die voorkomig en behandeling van opportunistiese infeksies.

Die Wêreld Gesondheids Organisasie (WGO) het in hulle riglyne (<File://C:\DOCUME~1\user\LOCALS~1\Temp\UU4E18QR.htm>, 2004) vir die voorsiening van ARVs (anti-retrovirale medikasie) in onderontwikkelde lande gestipuleer dat daar toegang behoort te wees tot spesifieke dienste en fasiliteite vir die suksesvolle gebruik van antiretrovirale medikasie. Hierdie dienste sluit die volgende in:

- MIV berading en toetsing, asook opvolgberadingsdienste
- die kapasiteit om MIV-verwante siektes en opportunistiese infeksies na behore te hanteer
- die volgehoue voorsiening van medikasie vir die behandeling van opportunistiese infeksies en ander MIV-verwante siektes.

Hiermee saam gaan ook die opvoeding en opleiding van gesondheidswerkers en die gehalte van infrastruktuur. Indien antiretrovirale medikasie programme geïmplementeer moet word, moet voldoende gesondheids-infrastruktuur in plek wees en sterk genoeg wees om die program te loods en te ondersteun.

Sorg en behandeling word benodig vanaf die punt vanwaar 'n MIV-toets gedoen word, deur al die stadiums van MIV/VIGS, reg deur tot die einde van die lewe.

Verantwoordelikheid hiervoor kan gedeel word deur klinieke of die familie dokter, hospitale, die familie en gemeenskapsorganisasies. Met ander woorde behandeling geskied hier op die meso- en eko-vlakke van die ekologiese perspektief.

In aansluiting by die bogenoemde word die volgende dienste in die behandeling van MIV/VIGS geïdentifiseer (<http://www.sedibafountain.org.za>, 13 November 2006):

- Berading voor toetsing en die tyd wanneer die persoon die toetsuitslag kry om te bevestig hy/sy is MIV positief.
- Advies oor self-sorg of "leef positief" – want dit verleng die periode van goeie gesondheid na infeksie.
- Ondersteuning van ander wat leef met MIV, en van vriende en familie.
- Vroeë behandeling van minder ernstige infeksies soos verkoues, griep, maaginfeksies en veluitslae.
- Behandeling vir ander ernstige maar geneesbare siektes – soos TB en longontsteking.
- Addisionele berading soos die siekte versleg.
- Hantering van die siekte wat nie genees kan word nie, byvoorbeeld VIGS-gekoppelde kankers en 'n vorm van breinvliesontsteking wat gekoppel is aan VIGS, en pynkontrole.
- Kort periodes en versorging tuis, met die ondersteuning van werkers wat omgee.
- Maatskaplike ondersteuning ingesluit die verkryging van 'n toelaag.
- Berading aan die familie, insluitend die kinders wat die verlies in die gesig moet staar.
- Sorg vir kinders van besmette individue of paartjies wanneer ouers ernstig siek is.
- Insluiting van anti-retrovirale middels by die VIGS-behandeling. Dit help die liggaam om sy vermoë te herwin om infeksies te beveg.

Met ander woorde behandeling geskied hier op mikro-, meso- en ekovlak, omdat dit die VIGS-lyer en sy/haar versorger raak, maar dit raak ook hulle omgewing en die bronne wat daarin gebruik word.

Hoogs aktiewe antiretrovirale behandeling (HAART = HIV/AIDS Antiretroviral Treatment) wat gewoonlik 'n kombinasie van drie soorte medikasie is, word aan mense gegee wat gevorderde MIV infeksie het (<http://www.thefreelibrary.com>, 2007). HAART genees nie VIGS nie, maar vertraag die vordering van die siekte deur die liggaam se vermoë om opportunistiese infeksies af te weer of te herstel. Die behandeling begin wanneer 'n persoon wat die MIV virus opgedoen het, begin om VIGS te ontwikkel. Volwassenes se CD4-telling moet onder 300 wees, of hulle moet ander opportunistiese infeksies onder lede hê soos byvoorbeeld Tuberkulose, nierversaking, VIGS-verwante kankers en ander lewensgevaarlike siektes voordat hulle kan kwalifiseer vir HAART. 'n Geïnfekteerde persoon kan vir baie jare goed leef sonder die noodsaaklikheid vir behandeling deur goed na hulleself om te sien en 'n goed gebalanseerde dieet te volg.

Wanneer pasiënte anti-retrovirale behandeling kry, moet hulle die medikasie gereeld en elke dag van hul lewe neem. Indien die behandeling gestaak word wanneer 'n pasiënt beter begin voel, kan dit lei tot die mislukking van die behandeling terwyl die virus 'n weerstand teen anti-retrovirale medikasie kan opbou.

Alvorens pasiënte HAART ontvang, sal hulle berading ontvang (meso-vlak) en voorberei word om die medisyne lewenslank te neem. Elke gesondheidsentrum wat die behandeling verskaf, het 'n komitee (ekovlak) wat verantwoordelik is vir die hersiening van verwagte voordele en moontlike nuwe-effekte van die gekose behandeling, die moontlikheid van interaksie van medikasie in gevalle waar die pasiënt byvoorbeeld orale voorbehoedmiddels neem, asook die vennootskap tussen die pasiënt en die versorger (mikrovlak). Ewe belangrik is die komitee (ekovlak) se hersiening van of die pasiënt hom of haarself vir die res van sy of haar lewe kan verbind tot die beoefening van veiliger seksgewoontes, ten einde die oordrag van MIV/VIGS te voorkom. Die beoefening van veilige seks is krities vir mense wat medikasie neem omdat hulle 'n mutasie van die virus, wat weerstandig is tot antiretrovirale medikasie, kan oordra.

Die komitee kan besluit om die behandeling te vertraag indien die pasiënt nie in staat of bereid is om hom of haar ten volle tot die navolging van die behandeling te verbind nie (ekovlak). Voortgesette monitering en deurlopende opvoeding en ondersteuning van pasiënte is noodsaaklik sodra die pasiënt met terapie begin. Dit sluit in opvoeding in berading vir familieledes en vriende wat die pasiënt moet ondersteun met die neem van die medikasie sonder om een dag oor te slaan (meso- en ekovlakke). Dit blyk dus dat die meso- en ekovlakke van die ekologiese perspektief hier ter sprake is.

Benewens behandeling met HAART, behoort pasiënte wat opportunistiese infeksies en MIV verwante siektes opdoen, ook toegang te hê tot behandeling daarvoor. In gevalle waar behandeling misluk, moet die nodige en toepaslike sorg en ondersteuningsdienste beskikbaar wees.

Ander voorwaardes wat met die voorsiening van HAART gepaard gaan, sluit in maklike toegang tot vrywillige berading en toetsing vir vroeë diagnose van MIV infeksie en om die tydige toegang tot behandeling te verseker. Met ander woorde die meso- en ekovlakke van die ekologiese perspektief is hier ter sprake.

Alles verloop egter nie altyd glad in die behandeling van MIV/VIGS geïnfekteerde persone nie. Enersyds volhard pasiënte nie altyd in hulle behandeling nie, en dit, op sy beurt, verleen weer andersoortige probleme. Andersyds word daar nie soveel mense bereik met die behandeling soos gehoop word nie. Volgens 'n berig deur Ahlers van die Pro-Afrikaanse Aksiegroep op <http://praag.org> (2007) neem slegs 60% van Afrikane wat MIV/VIGS onder lede het, twee jaar nadat hulle met behandeling begin het nog hulle medisyne. Teen daardie tyd is 40% van hierdie mense reeds dood en die res daag eenvoudig nie meer by klinieke op om hulle medisyne te kom haal en doktersafsprake na te kom nie.

Ahlers (2007) berig verder dat, in teenstelling met die resultate in Afrika, reken die Wêreldgesondheidsorganisasie (WGO) dat sowat 80% van pasiënte in Westerse lande nog na twee jaar steeds getrou vir behandeling gaan. Die WGO het aanvanklik gehoop om teen die einde van 2005 drie miljoen Afrikane van antiretrovirale middels te kon voorsien. Slegs 1,3 miljoen mense kon egter bereik word. 'n Verdere 4,8 miljoen pasiënte benodig nog medisyne. Sowat 25 miljoen mense in Afrika het tans die virus onder lede. Hierdie outeur berig ook dat professor Sydney Rosen van die Boston Universiteit, heelwat navorsing vir die betrokke

berig in Afrika suid van die Sahara gedoen het – veral in Suid-Afrika. Professor Rosen en sy span het uitgevind dat mense in Afrika eers op 'n gevorderde stadium van die siekte met antiretrovirale middels begin in vergelyking met Westerlinge. Dit verklaar ook die hoë sterftesyfer in Afrika.

Ahlers (2007) wys daarop dat, volgens die organisasie “dokters sonder Grense”, meer en kleiner gesondheidsklinieke opgerig moet word (ekovlak). Dikwels wil mense nie ure toustaan nie en kry hulle gevolglik nie hulle medisyne nie. Sommiges is ook te siek en verswak om kliniek toe te stap en vervoer is nie altyd beskikbaar nie. Plaaslik word mense ook uitgebuit deurdat vervoer wel soms voorsien word, maar dat dit buitensporig duur is omdat die verskaffers daarvan weet dat die mense afhanklik daarvan is om by klinieke te kom.

Ongelukkig is dit nie net volwassenes wat gebuk gaan onder die pandemie nie. Ook kinders word daardeur geïnfekteer. Ten spyte van die toename in befondsing en ondersteuning, is daar baie min lande wat die behandeling van kinders as 'n prioriteit beskou. Volgens data van die Wêreld Gesondheidsorganisasie (WGO), soos vervat in <http://www.sun.ac.za> (2007), word daar geraam dat slegs 10% kinders wat MIV het, tans behandel word. Dit kan hoofsaaklik toegeskryf word aan 'n tekort aan gesondheidsorgwerkers, die oorweldigende impak van die MIV/VIGS pandemie en die komplekse behandeling van kinders met MIV. By kinders word daar nie werklik 'n vereiste gestel op hulle CD4-telling nie. By hulle word dit persentasiegewys uitgewerk. Hiervoor word hulle liggaamsindeks in aanmerking geneem waar hulle gewig, lengte en volume bloed en ouderdom volgens 'n formule bereken word voordat hulle kwalifiseer vir HAART.

'n Nuwe inisiatief in MIV pediatriese gesondheidsopleiding is in Oktober 2006 by die Universiteit Stellenbosch se Fakultiet Gesondheidswetenskappe bekend gestel. Die *South-to-South* opleidingsprogram fokus op die opbou van kapasiteit in gebiedspesifieke gesondheidsorgspanne in Afrika, deur die ontwikkeling van tegniese en praktiese vaardighede wat benodig word om 'n omvattende familiesorgmodel te inisieer en te implementeer. Die makrovlak van die ekologiese perspektief is dus hier ter sprake. Gesondheidsorgspanne vanuit landelike gebiede in lande soos Tanzanië, Ethiopië, Nigerië, Rwanda en Zambië het hier opleiding ontvang. Die program is oor twee weke aangebied, en het die volgende behels:

- didaktiese sessies wat die sleutelaspekte van versorging en behandeling van babas, kinders en adolessente met MIV behandel
- praktiese ondervinding wat deelnemers sal bemagtig om pediatriese behandeling met een-tot-een, of span georiënteerde kliniese mentor-aktiwiteite binne die MIV-raamwerk te inisieer en bestuur
- gevallestudies wat die bekende met kliniese manifestasies en die bestuur van MIV geïnfekteerde kinders ondersteun
- ondersteuning en leiding rakende die beplanning en oorweging vir die inisiëring, implementering en bevordering van pediatriese MIV versorgings- en behandelingsdiens wat gebaseer is op 'n gesinsgesentreerde behandelingmodel met 'n multidissiplinêre benadering. Met ander woorde die meso-, eko- en makrovlakke van die ekologiese perspektief is hier ter sprake.

Uit die bogenoemde kan afgelei word dat die behandeling van MIV/VIGS 'n komplekse en duur diens is. Verder is dit 'n diens wat volharding en motivering vereis, maar wat krities is vir die verlenging van die persoon met MIV/VIGS se lewe.

Dit is ook nie net volwassenes aan wie hierdie diens gelewer behoort te word nie, maar daar moet ook aandag gegee word aan die voorsiening van die nodige medikasie aan kinders met MIV/VIGS. Dit wil voorkom asof hier in die veld van kinders en hulle behandeling, die veld nog braak lê.

6.4 SAMEVATTING

In hoofstuk 6 is aandag gegee aan die impak van MIV/VIGS op die verskillende sektore van die samelewing, asook die behandeling van MIV/VIGS. Met betrekking tot die impak van MIV/VIGS, is gekyk na die gesinsisteem wat op die mikrovlak van die ekologiese perspektief geleë is. Die fisiese, emosionele en finansiële impak van MIV/VIGS op die gesin is veral aangespreek.

Die impak van MIV/VIGS op die onderwys, wat op die meso- en ekovlak van die ekologiese perspektief geleë is, het ook onder die soeklig gekom. Hier is veral die feit dat kinders se skoolopleiding geraak word, beklemtoon, en is gekyk na die feit dat beide kinders en

onderwysers deur die siekte daartoe gedwing word om afwesig te wees, en die effek wat dit op die onderwys het.

Aandag is verder gegee aan die werkplek en arbeidsektor, wat op die mesovlak van die ekologiese perspektief geleë is, en wat 'n belangrike deel van die mens se daaglikse lewe vorm. Belangrike aspekte wat veral hier beklemtoon is, is die feit dat geskoolde werkers deur hierdie pandemie geraak word, en dat vervanging nie altyd maklik is nie. Dit het 'n negatiewe effek op die maatskappy. Die direkte en indirekte invloed wat MIV/VIGS op 'n onderneming kan hê het ook aandag geniet.

Met betrekking tot die ekonomie, wat op die ekovlak van die ekologiese perspektief geleë is, is ook gekyk na die impak van MIV/VIGS. Arbeidstekorte as gevolg van MIV/VIGS, en die effek wat dit op die ekonomie het, is uitgelig. Die impak op huishoudingsbesteding, besteding aan landbouprodukte, alkoholiese en nie-alkoholiese drank en tabakprodukte, klerasie en skoeisel, asook die afname in bruto binnelandse produk is onder die soeklig geplaas.

Ten opsigte van die gesondheidsektor, wat op die makrovlak van die ekologiese perspektief geleë is, is daarop gewys dat die impak van MIV/VIGS wêreldwyd oorweldigende eise aan hulpbronne in die gesondheidsektor stel. Die feit dat al hoe meer hospitaalbeddens vir al hoe langer tye deur VIGS-pasiënte beset word, en dat al hoe minder beddens vir ander ernstige siek pasiënte beskikbaar gaan wees, is ook uitgelig. Verder is ook daarop gewys dat MIV/VIGS ook 'n impak het op die gesondheidswerker korps wat ook toenemend siek word as gevolg van VIGS.

Die behandeling van MIV/VIGS het ook aandag gekry. Dit is gedoen aan die hand van die Geïntegreerde Diensleweringmodel van Departement Maatskaplike Ontwikkeling (2006). Verder is ook die rol van antiretrovirale middels bespreek, en die rol wat dit vertolk in die behandeling van MIV/VIGS.

In hoofstuk 7 sal vervolgens aandag gegee word aan 'n teoretiese voorskou van die ervarings van familieledede as primêre VIGS-versorgers.

HOOFSTUK 7

‘N TEORETIESE VOORSKOU OOR DIE ERVARINGS VAN FAMILIELEDE AS PRIMÊRE VIGS-VERSORGERS

7.1 INLEIDING

MIV/VIGS word reeds vir die afgelope ongeveer twintig jaar erken as ‘n groot gesondheidsprobleem dwarsdeur die wêreld. In Westerse lande word MIV/VIGS nou ook erken as ‘n kroniese siekte, en die persoon wat daarmee moet leef, asook sy of haar familie, moet saamleef met, en reageer op baie veranderinge wat verwant is aan die siekte. Die versorging en behandeling van hierdie siek persone as gevolg van VIGS geskied meestal tuis. Dit is dikwels familieledes wat verantwoordelik is vir die versorging van die VIGS-lyer. Soos so dikwels die geval met versorging, word die taak van die versorging van die VIGS-lyers, volgens Bunting (2001:131), in baie gevalle behartig deur die vroue in die lewens van VIGS-lyers, naamlik hulle moeders, susters, tantes en ander gesinslede. Bunting (2001:133) wys ook daarop dat baie van hierdie vrouens ook self geïnfekteer is, en dan nog die primêre versorging van die ernstige siek en sterwende persone waarneem.

Die navorser is as maatskaplike werker tans betrokke by ‘n organisasie wat werk met onder andere VIGS-lyers en die familieledes as primêre versorgers van VIGS-lyers. ‘n Groot leemte in die dienslewering aan hierdie familieledes is waargeneem. Die navorser het ondervind dat dienslewering aan die familieledes as primêre VIGS-versorgers gebrekkig is, en dat dit veral verband hou met hulle belewenisse en sosio-emosionele behoeftes rondom hierdie versorging. Gevolglik is besluit op hierdie navorsing ten einde ook te poog om die dienste wat aan hierdie familieledes voorsien word, aan te spreek en/of te verbeter. Die feit dat literatuur oor hierdie onderwerp beperk is, is ‘n verdere bewys van die gebrekkige dienslewering aan hierdie familieledes.

In hierdie hoofstuk sal dus aandag gegee word daaraan om familieledes as primêre VIGS-versorgers se belewenisse en sosio-emosionele behoeftes te verken, te beskryf en krities te ontleed soos dit deur die literatuur uitgewys word, en wat ook die doelwitte van die studie is. Aandag sal aan die volgende aspekte gegee word:

- ‘n begripsomskrywing sal gegee word van primêre versorger asook van versorging. Daarna word ‘n omskrywing van familieledede as primêre VIGS-versorgers, die eienskappe van ‘n familielid as VIGS-versorger, en die bereidwilligheid van familieledede om as primêre VIGS-versorgers op te tree aangebied.
- Verder sal ook aandag gegee word aan hulpbronne tot die beskikking van familieledede as VIGS-versorgers, die probleme waarmee die familielid as VIGS-versorger te kampe kry, en die behoeftes van die familielid as VIGS-versorger.
- Familieledede se ervarings as primêre VIGS-versorgers sal ook aangespreek word, waarna ‘n samevatting van die hoofstuk gegee sal word.

Vervolgens sal dan aandag hieraan gegee word, aangesien dit ook een van die doelwitte van die studie is.

7.2 FAMILIELEDE AS PRIMÊRE VIGS-VERSORGERS

Eerstens is enkele begripsomskrywings ter sprake aangesien die fokus van die studie daarop gemik is, en tweedens sal dan aandag gegee word aan die verskillende aspekte van familieledede as primêre versorgers.

7.2.1 Primêre versorger

Steyn (2003:11) verduidelik dat wanneer gepraat word van primêr, word bedoel “eerste”. Versorger beteken om te steun, en indien moontlik, ook die broodwinner te wees. Die versorger aanvaar verantwoordelikheid om sekere take vir die persoon wat versorg word, te verrig. Dit sluit in persoonlike sorg soos was, hulp na die toilet, voer indien nodig, en alles wat die afhanklike persoon nie self kan doen nie. Die versorger is ook emosioneel betrokke by die versorgde en het ‘n gevoel van verantwoordelikheid teenoor hierdie persoon (Twigg & Atkin, 1994:8-10).

‘n Primêre versorger kan dus gesien word as die persoon wat die nouste betrokke is by die versorging van ‘n siek persoon, in hierdie geval ‘n VIGS-lyer.

7.2.2 Versorging

Steyn (2003:12) beskryf versorging as die ondersteuning van persone met daaglikse take wat hulle nie meer self kan verrig nie, terwyl Odendal, et al. (1991:1267) versorging beskryf as ‘n

handeling van te versorg, of die verskaffing van sorg. Hieruit kan afgelei word dat versorging sekere take behels wat gemik is op die versorging van 'n persoon.

Primêre versorging sluit in die was en aantrek van die pasiënt, voorsiening van voedsel en drinkgoed, administreer van medikasie, ophig en draai van pasiënt, en om basies net daar te wees vir die pasiënt (Ssengonzi, 2007:345).

Vanweë die fisieke aard van versorging gee dit dikwels aanleiding tot fisieke uitputting. Daar is ook 'n noue verhouding tussen die persoon wat versorg word en die versorger. Versorging word verder verbind met emosie. Hierdie emosie behels meer as bloot liefde, maar sluit ook 'n verantwoordelike sin in. Dit beteken meer as om taksies vir ander persone te verrig. Dit sluit ook in bemoediging, persoonlike aandag en begrip. Dit beteken dus om 'n persoon van die nodige te voorsien om as heel mens te funksioneer. Alhoewel versorging nie noodwendig beteken dat die persoon wat versorg word by die versorger inwoon nie, beïnvloed dit die ondervinding van versorging in 'n groot mate. Om te versorg behels dus om die welsyn van 'n persoon se menswees op die hart te dra (vgl. Valfré, 2001:406; Blustein, 1991:27-41; Twigg & Atkin, 1994:7-9; Odendal & Gouws, 2000:1275).

Dus kan gesê word dat versorging sekere take behels, wat ook gepaard gaan met sekere emosies.

Vervolgens sal aandag gegee word aan die omskrywing van familieledede as primêre VIGS-versorgers.

7.2.3 Omskrywing van familieledede as primêre VIGS-versorgers

Aangesien hierdie navorsing gaan oor die familieledede as primêre VIGS-versorgers, is dit nodig dat familieledede binne hierdie konteks duidelik omskryf moet word. Daar sal dus gepoog word om dit in hierdie afdeling te doen.

Die familie is 'n universele verskynsel. Dit vorm die hoeksteen van 'n gemeenskap en is die oudste, mees fundamentele instelling. Die gesin is 'n sosiale sisteem bestaande uit twee of meer persone wat saamwoon. Hulle kan bloedverwante wees, getroud, aangeneem of bloot saamwoon deur wedersydse ooreenkoms. Hulle deel verblyfreëlings, verpligtinge, doelwitte en 'n gevoel van samehorigheid en toegeneentheid (vgl. Boyden, 1993:23; Clark, 1996:365).

Oor die algemeen is die literatuur duidelik daaroor dat 'n familielid enige persoon kan wees wat betrokke is by die VIGS-lyer. Volgens Brown en Powell-Cope (1994:1) hoef familieledede as VIGS-versorgers nie noodwendig bloedverwante van die VIGS-lyer te wees nie. "Familie" kan beteken dat dit biologiese familieledede is soos byvoorbeeld ouers, broers en susters. Of dit kan beteken dat dit familieledede is wat jy gekies het, soos 'n geliefde, 'n huweliksmaat of vriende. Wat van belang is, is dat die versorger iemand is wat een of ander verbintenis met die persoon met VIGS het, en genoeg omgee om hom- of haarself te verbind tot die versorgerrol.

Zlotnik (1987:2) het ook die familieledede as primêre VIGS-versorgers op hierdie manier geïdentifiseer en sy wys daarop dat die begrip van familie as VIGS-versorgers verbreed behoort te word, en dat daar nie vasgekyk moet word teen die tradisionele en wetlike bande van familieledede soos ouers, kinders, lewensmaats, tantes, ooms, broers en susters nie. Sy wys verder daarop dat ook gekyk moet word na saamleefmaats en intieme vriende wat die rol van 'n familielid vertolk, alhoewel hulle nie dieselfde regte as die tradisionele familieledede het nie. Hierdie breër definisie van familie is noodsaaklik, aangesien VIGS-lyers van hulle tradisionele familie vervreem kan wees, en die nie-tradisionele familie 'n sleutelrol speel in die versorging en ondersteuning van die VIGS-lyer.

Pequegnat en Szapocznik (2000:8) beklemtoon ook die feit dat familie nie noodwendig bloedverwante is nie, maar dat dit 'n netwerk van ooreenkomste kan wees. Dieselfde outeurs postuleer ook dat dit persone kan wees wat slegs die tradisionele rolle van familieledede vervul soos dit voorgeskryf word deur die regstelsel of deur bloedverwantskap, maar hulle is nie noodwendig hierdeur aan mekaar verbind nie. Hulle wys ook daarop dat die lede van hierdie nie-tradisionele families soms meer ooreenstem in die deelname van waardes en belangstellings as die tradisionele uitgebreide gesinslede aangesien hulle mekaar meer gereeld opsoek as in die geval van lede van biologiese families.

Pequegnat en Szapocznik (2000:29-30) wys ook verder daarop dat die verskillende rolle van 'n familielid deur verskillende persone vertolk kan word vir die duur van die VIGS-lyer se siekte, afhangende van die tyd en omstandighede. Hulle beklemtoon ook die feit dat die samestelling van families dinamies is en kan verander oor die tyd. Hierdie veranderinge is algemeen by die dienste aan MIV-betrokke families. As gevolg van die verandering en

progressiewe aard van die siekte en, in sommige gevalle, die onbestendige verhoudingsstelsel, is dit hoogs waarskynlik dat die familie samestelling oor die kort-, sowel as die langtermyn behandeling, mag verander. Bor en Elford (1998:xxi) lig dit uit dat VIGS vroe laat ontstaan het oor die aard van “familie”. Hulle beklemtoon die feit dat dit ouers, grootouers, lewensmaats, kinders en ander bloedverwante (familielede van oorsprong) kan wees, sowel as vriende en saamleefmaats (ge-affilieerde familieledes).

Spirig (2002:1324) sluit hierby aan wanneer sy verduidelik dat dit vandag algemeen bekend is dat beide families van oorsprong en keuse-families belangrike ondersteuning en versorging aan hulle MIV/VIGS-geïnfekteerde familieledes voorsien. Sy wys verder daarop dat VIGS-lyers deel is van diverse familie strukture, vennootskappe, en huishoudings. Dit kan persone insluit van een of meer generasies; hetero-seksueles, biseksueles en homo-seksueles; en vennootskappe tussen getroude en ongetroude paartjies en enkel nie-verwante individue, soos vriende. Die families mag selfs verskillende kulture en etniese agtergronde hê, in dieselfde huishoudings woon of apart, en kan werk of nie werk nie. Die verhoudings mag selfs stabiel wees oor ‘n lang tydperk, of mag gereeld verander. Alhoewel baie VIGS-lyers in tradisionele familiestrukture woon, gebeur dit dat ander, veral homoseksuele persone, hulle minnaars, vorige minnaars, metgeselle en vriende as familie erken en betrek.

Steinberg, et al. (2002:15) rapporteer dat in ‘n studie wat deur hulle onderneem is, die hoofversorgers vrouens was. In meer as twee derdes van die huishoudings wat deur hulle nagevors is, was die primêre versorger vrouens of dogters. ‘n Kwart van die versorgers was bo sestig jaar, waarvan net minder as ‘n driekwart vrouens was.

Bunting (2001:131) wys ook daarop dat die taak van versorging vir mans, vrouens en kinders met VIGS in baie gevalle deur die vrouens in hulle lewe waargeneem word, naamlik hulle moeders, susters, tantes en ander familieledes. Bunting (2001:134) bevestig ook verder dat hierdie verantwoordelikheid wat voortdurend die vrouens s’n is, ‘n volgehoue effek op hulle persoonlike sowel as hulle professionele lewe het, en dat dit deur navorsing bevestig is wat gedoen is op versorgers van kroniese siek pasiënte (vgl. Robinson, 1997) en op versorgers van VIGS-pasiënte (vgl. Ward & Brown, 1994).

Wight, Aneshensel en LeBlanc (2003:595) rapporteer dat in die meeste tradisionele versorgingsituasies is dit die VIGS-lyer se familie van oorsprong wat die taak van versorging

behartig, en die versorger, as 'n lid van hierdie familie, verwag normaalweg dat die ander lede van die familie hom of haar sal ondersteun. Hulle wys ook daarop dat, in die lig van die feit dat baie VIGS-lyers gay-verwant is, is hulle versorgers ook gay-verwante saamleefmaats of vriende, en kan hulle nie werklik ondersteuning verwag van die familie van die VIGS-lyer nie omdat die VIGS-lyer vervreem is van sy familie omdat hulle gay is, of omdat hulle VIGS het. Ander het beperkte kontak of 'n gebrekkige verhouding met hulle familie van oorsprong. Urdang (2006:165-166) postuleer dat, wanneer VIGS die huishouding binnedring, dit meestal vrouens is wat die versorging aan die siek persoon voorsien. Daarom is vrouens nie net disproporsioneel geïnfekteer nie, maar is hulle ook sodanig ge-afekteer. Sy wys daarop dat in 2005 alleen 4,9 miljoen mense geïnfekteer is met MIV, en 3,1 miljoen gesterf het as gevolg van VIGS. Sy vra die vraag oor wie die versorging van hierdie 3,1 miljoen in hulle laaste dae behartig het, en wys daarop dat dit nie onwaarskynlik is om te aanvaar dat min of meer elkeen van hulle, of dit vrouens of mans was, versorg is deur 'n vrou – 'n ma, 'n ouma, 'n suster, 'n dogter, die buurvrou of 'n vroulike tuisversorger, ongeag waar hulle woon. Sy sluit ook aan by Bunting (2001), en wys daarop dat die rol van primêre versorger vrouens uit hulle normale werksituasie, hetsy formeel of informeel, onttrek. Dit onttrek dogters uit die skool om behulpsaam te wees met die versorging, en weerhou vrouens van mediese behandeling omdat daar niemand is om na hulle kinders en huishouding om te sien in hulle afwesigheid nie. Verder gaan hierdie versorging ook gepaard met hoë kostes, en dit kom maar weer terug na die vrouens as gevolg van ongelyke geslagsverhoudings en aannames oor versorging.

Ssengonzi (2007:345) verwys na navorsing wat hy in 2003 in Uganda uitgevoer het oor die effek wat die versorging van VIGS-lyers op die ouer versorger het. Ook onder die ouer primêre versorgers het hy gevind dat vrouens in 'n groter mate die verantwoordelikheid van die primêre versorging van VIGS-lyers behartig. Hoewel die mans 'n finansiële bydrae lewer en slegs by spesifieke geleenthede deelneem aan die dag-tot-dag onmiddellike versorging van die siek persoon soos die bad van manlike pasiënte, was dit vrouens wat hoofsaaklik die versorging van die siek persoon behartig het. Die redes wat hiervoor deur van die manlike deelnemers aan die betrokke navorsing verstrekkend is, het ingesluit die feit dat min vrouens betrokke is by werk in die ope arbeidsmark, en die aanname dat vrouens sagter, versigtiger, geduldiger en liefdevoller is, en daarom meer in staat om in die behoeftes van die pasiënte te voorsien as wat mans is.

Hoewel algemeen aanvaar word dat vrouens meestal optree as primêre VIGS-versorgers, is dit ook so dat daar wel gevalle voorkom waar mans ook optree as primêre VIGS-versorgers, veral ten opsigte van hulle kinders. Strug en Burr (2003:76) rapporteer dat nuwe inligting bekend is ten opsigte van die versorging van MIV-geïnfekteerde en geïnfekteerde kinders. Hulle wys daarop dat baie mans daarop aandring om een of ander rol in die versorging van hulle kinders wat geïnfekteer of geïnfekteer is, te speel. Hierdie manlike versorgers kan biologiese vaders wees, of hulle kan een of ander verwantskap of verhouding tot die kinders hê. Hulle verwys na 'n studie wat in 2002 deur Strug, Rabb en Nanton gedoen is waarin die meeste van die manlike primêre versorgers ongeïnfekteerde biologiese vaders was. Ongeveer die helfte van hierdie vaders het egter ook erken dat hulle die ondersteuning van 'n vroulike versorger het. Strug en Burr (2003:77) verwys ook na 'n ongepubliseerde *verslag van New York Departement van Gesondheid (1998)* waarin aangedui is dat daar in 1993 14% van 986 versorgers van geïnfekteerde kinders manlike versorgers was wat die staat se *Pediatric/Family Comprehensive Center* besoek het. Hulle bevestig ook dat tien tot twintig persent van al die families wat die Sentrum besoek manlike versorgers is van kinders wat VIGS-geïnfekteer is, maar waarvan sommige ook geïnfekteer is. Dit is egter onduidelik in hoe 'n groot mate hierdie manlike versorgers direk betrokke is by die fisiese versorging van die kinders.

Uit bogenoemde kan samevattend gesê word dat familieledes as primêre VIGS-versorgers enige persoon is wat saam met die VIGS-pasiënt woon, hetsy bloedverwant, getroud, aangeneem of saamwoon deur wedersydse ooreenkoms, en die verantwoordelikheid van die verswakte VIGS-pasiënt se versorging deel. Hierdie familieledes as primêre VIGS-versorgers kan dan 'n man of 'n vrou wees, hoewel algemeen aanvaar word dat dit in die meeste gevalle 'n vroulike versorger sal wees. Daar is ook 'n emosionele band tussen die familielid as primêre VIGS-versorger en die VIGS-lyer. Vir die doel van hierdie navorsing sal hierdie omskrywing van familieledes ook as uitgangspunt gebruik word.

Vervolgens sal gekyk word na die eienskappe van familieledes as primêre VIGS-versorgers.

7.2.4 Eienskappe van familieledes as primêre VIGS-versorgers

Volgens McDonell, Abell en Miller (1991:46) word daar sekere eienskappe aan 'n VIGS-versorger toegedig waaraan hy/sy behoort te voldoen ten einde hulle te help om hulle taak suksesvol te kan uitvoer. Een van die belangrikste eienskappe waarvoor die potensieële

versorger behoort te beskik is om opgewasse te wees vir die taak. Verder is dit ook belangrik om te weet op watter manier die potensiele VIGS-versorger stres hanteer, aangesien dit 'n aanduiding kan wees hoe so 'n persoon dit sal hanteer wanneer hy/sy gevra word om die versorging van 'n familielid met VIGS waar te neem.

'n Verdere eienskap waaroor die familielid as VIGS-versorger behoort te beskik is dat so 'n familielid se aandag aan die siek persoon realisties en probleem-gefokus sal wees (McDonell, et al., 1991:46). Daar kan ook bygevoeg word dat die versorger daarteen behoort te waak om in so 'n min mate as moontlik emosioneel betrokke te raak, en sover moontlik op die versorging van die VIGS-lyer as sulks te fokus, ten einde hom/haar in staat te stel om die diens so effektief moontlik te kan verrig. Verder moet die versorger ook realisties genoeg wees om te besef dat die prognose van die VIGS-lyer feitlik nul is, en dat hy/sy een of ander tyd sal moet afskeid neem van die siek persoon.

Behalwe bogenoemde eienskappe, behoort die familielid as primêre VIGS-versorger ook in staat te wees om sekere beginsels te kan uitleef. Die belangrikste hiervan is aanvaarding van die VIGS-lyer sonder veroordeling. Slegs dan sal die versorger daarin slaag om die versorging van die VIGS-lyer te hanteer sonder dat dit vir hom/haar 'n las sal wees.

Dit blyk dus dat die VIGS-versorger opgewasse moet wees vir die taak van versorging, stres goed kan hanteer, realisties wees en probleem-gefokus, en moet altyd die VIGS-lyer se swak prognose in gedagte hou. Die versorger moet ook beginsels in gedagte hou soos aanvaarding.

Nou verwant aan die eienskappe van die familielid as primêre VIGS-versorger, is die feit dat die versorger bereid moet wees om die siek familielid te versorg. Vervolgens sal daar aandag hieraan gegee word.

7.2.5 Bereidwilligheid van familieledede om as primêre VIGS-versorgers op te tree

Baie familieledede wat hulle bereid verklaar het om as VIGS-versorgers op te tree kan volgens Brown en Powell-Cope (1994:2) hulleself nie herrinner dat hulle bewustelik 'n besluit geneem het om 'n versorgersrol te vertolk nie. In plaas daarvan het hulle net aanvaar dat hulle die logiese keuse was in ag genome die aard van hulle verhouding met die VIGS-lyer. Die

ouer van 'n jong kind met VIGS, 'n langtermyn saamleefmaat, 'n beste vriend of iemand anders wat sterk emosionele bande met die VIGS-lyer het, mag voel dat hulle keuse reeds gemaak is, en hulle word dan die primêre versorger sonder om 'n oomblik daarvoor na te dink. Vir ander mag die motiewe om die sorg van so 'n persoon te begin en daarmee vol te hou, verskil. Oor die algemeen gee familieledede as VIGS-versorgers werklik om vir die mense met VIGS wat deur hulle versorg word, en wil hulle regtig help.

McCausland en Pakenham (2003:854) berig dat VIGS-versorgers 'n verskeidenheid van dienste en ondersteuning voorsien wat insluit mediese ondersteuning, persoonlike sorg en hulp met finansiële en wetlike aangeleenthede.

McDonell, et al. (1991:44) wys daarop dat 'n familielid se bereidheid om as VIGS-versorger op te tree kan om drie redes wees, naamlik.:

- (i) *emosionele ondersteuning word benodig*: die versorger mag dit nodig vind om die VIGS-lyer op sy/haar gemak te stel wanneer laasgenoemde ontsteld is, luister na die siek persoon wanneer hy/sy uiting gee aan woede en/of berou, en die persoon se keuse van vriende aanvaar.

Whittaker en Tracey (1989:29) maak melding van *gedragsondersteuning* as 'n vorm van emosionele ondersteuning deur byvoorbeeld 'n ouer na 'n skoolvergadering te vergesel. Hulle wys ook op *intieme interaksie* as 'n vorm van emosionele ondersteuning deur byvoorbeeld 'n rouproses van 'n vriend/in met hom/haar te deel.

Land, Hudson en Stiefel (2003:42) wys daarop dat, as gevolg van die aard van die siekte, persone met VIGS baie fisiese veranderinge mag ervaar en van dag tot dag lewe met onsekerheid oor die toekoms. Die emosionele spanning wat uit so 'n senario voortspruit, mag van die VIGS-versorger vereis om 'n verskeidenheid van emosionele ondersteuning aan die VIGS-lyer te voorsien. Soms is die behoeftes van die VIGS-lyer duidelik, maar op ander tye mag dit gebeur dat die VIGS-versorger behoeftes moet aflei en onvoorwaardelike ondersteuning aanbied.

Keigher, Zabler, Robinson, Fernandez en Stevens (2005:886-888) het in 'n navorsing wat deur hulle gedoen is, bevind dat die mees prominente sorg wat aan moeders met VIGS deur hulle kinders as primêre versorgers verleen is, die van emosionele

ondersteuning is. Hierdie outeurs het vyf fassette van emosionele ondersteuning deur die kinders aan hulle moeders geïdentifiseer, naamlik:

- motivering aan moeders om te bly leef
- motivering aan moeders om vir hulleself te sorg
- die kinders het verantwoordelikheid vir hulle broers en susters aanvaar
- die kinders het verantwoordelikheid vir hulle moeders se toekoms aanvaar
- Die kinders het uiterste pogings van emosionele sorg aangewend.

Dit blyk dus dat emosionele ondersteuning daaruit bestaan dat daar geluister word na die VIGS-lyer wanneer hy/sy behoefte het om te praat en ondersteuning tydens 'n rouproses. Verder word ook melding gemaak daarvan dat ondersteuning onvoorwaardelik is, en dat dit verskillende fassette bevat.

Vervolgens sal gekyk word na die tweede rede waarom familieledede bereid is tot die versorging van 'n familielid met VIGS, naamlik hulpverlenings-ondersteuning.

- (ii) *hulpverleningsondersteuning*: dit kan insluit die voorbereiding van 'n ete vir die siek persoon, skoonmaak van sy/haar huis, of die verskaffing van vervoer na mediese afspraak. Whittaker en Tracey (1989:29) beskryf dit as *materiële hulpverlening* wat insluit die voorsiening van kontant bydraes aan lae inkomste families, of om 'n pot sop aan siek bure te voorsien, of geld aan 'n vriend in nood te leen. Land, et al. (2003:42) dui aan dat sodanige ondersteuning kan insluit hulp met die huishouding, sowel as die selfversorging van die VIGS-lyer en voorbereiding van etes. Hierdie outeurs is ook verder van mening dat primêre VIGS-versorgers, waar nodig, ook verantwoordelikheid kan neem vir mediese leefstyle en newe-effekte van medikasie, en selfs hulpverlening ten opsigte van basiese mediese sorg. Die VIGS-lyer mag selfs op die versorger steun om namens hom/haar kontak te maak met die formele gesondheidsstelsel, die versekeringsstelsel, en die wetlike stelsel.

Samevattend kan dan gesê word dat hulpverleningsondersteuning behels die hulp met die voorbereiding van etes deur die VIGS-versorger, verskaffing van vervoer na afspraak, huis skoonmaak, hulp met basiese mediese sorg, en ander basiese versorgingstake.

- (iii) die derde behoefte is die van *fisiese ondersteuning*: dit sluit in take soos die omruil van bedlinne, bad van die siek persoon, of hom help om in en uit die bed te kom, of om leiding te gee deur byvoorbeeld ouers te help met besluitneming oor 'n siek kind se skoolaangeleenthede. Keigher, et al. (2005:892) berig dat die vlak en stadium van die VIGS-lyer se siekte die mate van fisiese versorging wat hy/sy benodig, sal bepaal. Hierdie outeurs wys ook daarop dat, naas die emosionele behoeftes, is die grootste MIV-verwante uitdaging aan versorgers die effek van VIGS en die nuwe-effekte van die medikasie wat deur die VIGS-lyer gebruik word. Die mees verswakkende gevolge is dronkerigheid, bewerigheid en moegheid, wat kan uitloop op 'n oormatige behoefte aan slaap saam met ander simptome soos depressie. Wanneer die VIGS-lyer in so 'n toestand verkeer, is dit nodig dat die VIGS-versorger hom/haar gemaklik maak, en toesien dat die nodige take gedoen word wat nie deur die VIGS-lyer self gedoen kan word nie.

Dit blyk dus dat familieledes se bereidwilligheid om as primêre VIGS-versorgers op te tree deur verskillende redes gemotiveer kan word. Drie van die belangrikste redes kan, volgens die bogenoemde uiteensetting, gesien word as die VIGS-lyer se behoefte aan emosionele ondersteuning, materiële of algemene hulpverlening, en fisiese ondersteuning.

Dit kan ook gebeur dat familieledes se bereidwilligheid om as VIGS-versorgers op te tree geaffekteer kan word deur verskillende faktore waarvan die volgende volgens McDonnell, et al. (1991:45-46) die belangrikste is:

- geskiedenis van die familie se interaksie en hulle response op krisisse
- motiverings, waardes en houdings rakende die versorgersrol
- die vermoë om die rol te aanvaar
- bronne waarop gereken kan word soos omgewings-, familie- en persoonlike eienskappe
- bemeesterings-eienskappe, wat verwys na die denkwyse en optrede in reaksie op die uitdaging, en
- persepsies en opinies wat die familielid se siening oor die aard van die uitdaging reflekteer, sy persoonlike betekenis, en die geskiktheid van beskikbare bronne om aan die vereistes van die versorging te voldoen.

Met ander woorde dit kan ook gebeur dat familieledede nie noodwendig bereid sal wees om as primêre VIGS-versorger op te tree nie, weens verskeie redes soos hierbo uiteengesit. Alvorens hierdie struikelblokke nie uit die weg geruim word nie, sal dit moeilik wees vir beide die familielid om as primêre versorger op te tree, sowel as die siek familielid om die versorging te aanvaar. Dit sal dus van groot belang wees indien die VIGS-lyer en die familielid wat beplan om as primêre versorger op te tree, aandag gee aan hierdie aangeleenthede en dit saam bespreek en tot 'n oplossings kom. Indien dit nie gedoen word nie, kan dit daartoe lei dat 'n onaangename atmosfeer deurentyd tussen hulle heers, wat die versorgingsverhouding negatief kan affekteer. Dit kan op die ou einde ook aanleiding gee tot spanning, en selfs psigo-somatiese siektes in albei partye tot gevolg hê. Deel van die oplossing van hierdie situasie sal dan ook wees om te kyk na die hulpbronne wat die familielid as primêre VIGS-versorger tot sy/haar beskikking het, en daaraan sal vervolgens aandag gegee word.

7.2.6 Hulpbronne tot die beskikking van familieledede as primêre VIGS-versorgers

Vir die familielid om effektief as primêre VIGS-versorger vol te hou, is dit belangrik om hulpbronne tot sy/haar beskikking te hê. McDonell, et al. (1991:46) wys daarop dat formele en informele ondersteuningsnetwerke familieledede kan help om maniere aan te leer om die siekte te hanteer. Terselfdertyd kan hulle betrokkenheid by geestelike aktiwiteite ook die versorgers help om spanningsvolle situasies effektief te hanteer. Verder kan maatskaplike werkers ook inligting bymekaarmaak wat die versorgers kan help om aan die siek familielid die beste versorging te bied. Binne die familie self kan daar ook hulpbronne wees wat benut kan word soos vaardighede uit die verlede oor hoe om krisis te hanteer, en die hegtheid van die familiebande.

McDonell, et al. (1991:46) wys daarop dat die beskikbaarheid van hulp ook 'n belangrike bron is vir die VIGS-versorger. 'n Geskikte inkomste vir die versorger om die finansiële behoeftes vir die versorging van die siek persoon, en fleksiteit van die versorger se werk, kan die familielid se betrokkenheid beïnvloed.

Verder moet die fisiese uitleg van die versorger se huis, volgens McDonell, et al. (1991:46) ook in aanmerking geneem word. Die mobiliteit van die persoon met VIGS en die behoefte

aan maklike toegang tot die badkamerfassiliteite mag die huis onprakties maak vir die voorsiening van die nodige sorg aan die siek persoon.

Dit is ook belangrik dat die familielid as primêre VIGS-versorger sal weet watter hulpbronne daar in die onmiddellike omgewing, asook in die breër gemeenskap is wat hy/sy sal kan benut. Die ekologiese perspektief kom ook hier na vore, en die mikro en meso vlakke is veral hier ter sprake. Dit is dus nodig dat die versorger die gemeenskap sal ken, en sal weet waarheen om te gaan vir watter behoefte. Hy/sy moet byvoorbeeld weet of daar op bure staat gemaak kan word vir hulpverlening, en indien wel, watter bure sal bereid wees om met watter tipe hulp na vore te kom. Of op wie kan hy/sy staatmaak vir watter tipe hulp. So ook moet hy/sy weet met watter tipe probleem hy/sy na die bronne in die breër gemeenskap kan gaan, byvoorbeeld wanneer daar newe-effekte met die VIGS-lyer se medikasie ervaar word. Weet die versorger dat hy/sy na sekere klinieke kan gaan om te gaan raad vra. Dit is belangrik vir die versorger om oor hierdie kennis te beskik en te weet watter hulpbronne is tot sy/haar beskikking. Dit kan verseker dat hy/sy minder gespanne is en daarom hulle taak as versorger met groter gemoedsrus kan uitvoer, wat weer die VIGS-lyer rustiger kan maak.

Dit kan dus gesê word dat hulpbronne belangrik is vir die familielid as primêre VIGS-versorger. Hier word dan veral gekyk na inligting wat beskikbaar is, vaardighede, die uitleg van die huis waar die VIGS-lyer versorg word en die kennis wat die versorger het van hulpbronne in die omgewing.

Om as 'n primêre VIGS-versorger op te tree, is egter nie altyd maklik nie, en kry die versorger dikwels met menigvuldige probleme te doen. Daar sal dus vervolgens aandag gegee word aan probleme waarmee die VIGS-versorger te doen kan kry.

7.2.7 Probleme waarmee die familieledede as primêre VIGS-versorgers te kampe kan kry

Die versorging van 'n VIGS-lyer op sigself kan sy tol eis van die persoon wat primêr verantwoordelik is vir die versorging. Moore, Vosvick en Amey (2006:65) postuleer dat versorging van VIGS-lyers 'n spanningsvolle ondervinding is wat dikwels lei tot depressie en 'n laer kwaliteit van lewe by die versorger. Belangriker is om daarop te wys dat VIGS-

versorging dramaties verskil van die versorging van persone met ander siektes as gevolg van die kroniese en infekterende aard van MIV/VIGS, sowel as die stigma en verwerping wat geassosieer word met die VIGS-lyer en sy/haar versorger. Dikwels gebeur dit ook dat VIGS-versorgers bang is dat hulle die siekte kan opdoen, en moet hulle leer om met hierdie vrees saam te leef. Hulle is ook bekommerd daaroor om hulle eie gesondheid in stand te hou terwyl hulle sorg aan 'n geliefde voorsien.

Moore, et al. (2006:65) berig ook dat sommige versorgers, veral huweliks- of saamleefmaats, self ook geïnfekteer mag wees. Dus terwyl hulle hulle maat se agteruitgang waarneem, mag dit gebeur dat hulle deurlopend herinner word aan die toekoms wat moontlik op hulle wag. Die vrees om nie te weet wat die toekoms vir hulle inhou nie en dat hulle dieselfde stigma as hulle naasbestaendes met VIGS mag ervaar, mag die probleme van versorging vermenigvuldig.

Tolliver (2001:146) wys daarop dat die “krisis” vir die VIGS-versorger nie noodwendig 'n nuwe rol vereis nie, veral as die versorger 'n ouer is, maar dit mag daardie ekstra verantwoordelikheid wat dit vra vereis. Die versorging van 'n familielid met VIGS plaas addisionele en unieke druk en spanning op die versorger, veral as die behoefte aan versorging onverwags is en die persoon wat die sorg nodig het voorheen op sy/haar eie gewoon het.

'n Familielid met VIGS se versorging kan ook 'n verhoging van ekstra sorg bo en behalwe die normale sorg vereis. Tolliver (2001:146) wys daarop dat veranderings in leefstyl, finansiële status, werkstatus, sowel as verhoudings tussen familieleden dikwels geïmpak word deur die aard van die verantwoordelikheid wat dit op die familielid as VIGS-versorger plaas. Die gevolglike ontwrigting in die lewe van die versorger kan baie beswarend wees. Die versorger kan oorweldig wees deur die taak, en dit moeilik vind om die familiebande bymekaar te hou, en ook hulle eie gesondheid op 'n aanvaarbare vlak te hou. Gevolglik verkeer hulle in spanning.

Om te voorsien in die fisiese behoeftes van die VIGS-lyer, soos byvoorbeeld voeding en die administrasie van medikasie, kan 'n uitdaging wees vir die familielid as primêre versorger. Dog dit kan moeiliker en meer spanningsvol wees vir die familielid as primêre VIGS-versorger om in die emosionele behoeftes van die VIGS-lyer te voorsien. Dit lei dikwels tot spanning tussen die versorger en die VIGS-lyer. Verder kan die versorger ook emosionele

reaksies ervaar soos byvoorbeeld angs, depressie, skuldgevoelens en hartseer as gevolg van verlies en dood. Versorgers ervaar hulle eie vorm van swaarkry wanneer hulle hulle siek familielid sien deur die MIV/VIGS-proses gaan. Versorgers kan gevolglik ook fisiese probleme ondervind soos gebrek aan slaap, eetprobleme en vermoeidheid of afmatting (Tolliver, 2001:146-147).

Nog 'n probleem waarmee die familielid as primêre VIGS-versorger te doen kan kry volgens Tolliver (2001:147), veral onder die swart gemeenskap, is die feit dat VIGS as 'n geheim beskou word wat nie bespreek word nie uit vrees vir die stigma daaraan verbonde. Hulle is ook bang dat, indien dit bekend gemaak word, dit mag lei tot die verlies aan sosiale, finansiële en mediese ondersteuning. Gevolglik reageer die versorger deur isolasie, onttrekking, en die ignorering van sy/haar eie behoeftes, wat uitloop op 'n toenemende vlak van spanning. Stigma en skaamte kan dit vir die versorger moeilik maak om bruikbare ondersteuning te soek en te vind.

Spirig (2002:1328) bring ook hierdie probleem ter sprake en bevestig dat een van die grootste bekommernisse vir familieleden is die gemeenskap se houding ten opsigte van MIV/VIGS. Sy het navorsing in Switserland gedoen oor die ervarings van familieleden van VIGS-lyers, en een van die probleme wat geïdentifiseer is, was dat die gemeenskap dit nog nie aanvaar nie, en daarom veroorsaak dit dat families met 'n VIGS-lyer geïsoleer word. Die gemeenskap se houding van vrees en verwerping duur steeds voort. Selfs binne die familie bestaan daar verwerping. As gevolg van stigmatisering benadeel MIV/VIGS die familie se lewe deur en deur, en in sommige families word dit nie eens bespreek nie. Dit word as't ware dood geswyg. Lubkin (1990:75) bring ook die probleem van stigma op die voorgrond, en bevestig dat dit nie maklik is om die effek van stigma te hanteer nie, en dat dit met versigtigheid benader behoort te word.

Ook wanneer die dood van 'n geliefde deur MIV/VIGS veroorsaak is, en dit geheim gehou word as gevolg van vrees vir stigmatisering, het dit maatskaplike isolasie tot gevolg. Forsythe (1999:8) wys byvoorbeeld daarop dat kinders wie se ouers dood is as gevolg van VIGS word meer verwerp en het meer probleme as kinders wie se ouers nie geïnfekteer is nie. Dit lei tot isolasie.

Nog 'n probleem wat deur Tolliver (2001:147) geïdentifiseer is, veral onder die swart bevolking, is dat die familielid as primêre VIGS-versorger probleme ondervind as uitvloeisel van rassisme en diskriminasie rondom toegang tot mediese en maatskaplike dienste. Wantroue in die gesondheidsorg-sisteme kan ook 'n struikelblok wees in hulle gebruikmaking van beskikbare mediese dienste.

Ten opsigte van die kulturele aspek, wys Moore, et al. (2006:66) ook op verskillende studies wat gedoen is oor die kulturele invloed op versorging (vgl. Aranda & Knight, 1997; Horowitz & Reinhard, 1995). Volgens hulle is bevind dat, hoewel die verpligtinge van wit en swart ouers as versorgers dieselfde was, het wit ouers gerapporteer dat die verantwoordelikheid en las groter was as hulle swart eweknieë.

Pequegnat en Szapocznik (2000:16) berig dat families wat ge-aftekeer word deur VIGS 'n verskeidenheid gesondheidsorg- en psigo-sosiale probleme dwarsdeur die siekte in die gesig staar. Dit sluit in komplekse mediese bestuur- en versorgingsituasies, onderbreking van die familie se rolle en roetine, en kommer oor die familie se toekoms soos die siekte erger raak.

Familielede mag ook probleme ondervind met betrekking tot die versorging self, wat kan insluit hulpeloosheid wat verband hou met die behoeftes van hulle siek familielid soos tyd, energie en geld, en hulle mag voel dat hulle nie die eienskappe besit om goeie versorgers te wees nie. In families met 'n lae inkomste kan dit gebeur dat die familielede kwaad is omdat daar van elkeen verwag word om 'n bydrae te maak tot die huishouding, maar die VIGS-positiewe persoon is nie in staat om dit te doen nie as gevolg van swak gesondheid.

Verdere belangrike probleme wat deur Joseph en Bhatti (2004:32) uitgewys word, is die kommer van vrouens as primêre versorgers dat, hoewel hulle die primêre versorgers vir hulle manlike saamleefmaats is, is hulle nie verseker van dieselfde versorging vir hulleself indien hulle siek word nie. Verder ondervind weduwees as vorige primêre versorgers van hulle manlike maats probleme ten opsigte van verblyf, finansiële onderhoud, kinders se welsyn en hulle eie gesondheidsorg. Om terug te keer na hulle eie ouerhuis is nie altyd 'n maklike keuse nie as gevolg van stigma, isolasie as gevolg van vrees vir infektering deur nie-seksuele kontak, maatskaplike etiketering as gevolg van promiskuïteit, en deurdat hulle soms met die "verkeerde" persoon getroud is sonder die ouers se toestemming.

Urdang (2006:166-167) wys daarop dat familieledede as VIGS-versorgers ook finansiële probleme kan ondervind as gevolg van die feit dat die versorger onttrek word van sy/haar werk, en die verantwoordelikheid van die versorging moet behartig. Dit kan ook groot onkoste tot gevolg hê, wat weer terug kom na die versorger wat verantwoordelik is vir die versorging – gewoonlik ‘n vrou in die lewe van die VIGS-lyer soos reeds uiteengesit.

Ssengonzi (2007:346-347) stem hiermee saam, maar brei uit deur daarop te wys dat die ekonomiese probleme drievoudig kan wees, naamlik:

- *verlies aan betalings deur die siek familielid deur ‘n maandelikse toelaag aan die ouer, of in die vorm van losies.* Die persoon wat siek raak, is heelwaarskynlik ‘n kind wat gewerk en ingewoon het, en maandeliks bygedra het tot die voorsiening van die behoeftes in die huishouding. Nou kan dit nie meer gedoen word nie as gevolg van sy/haar siekte. Die bydrae wat die siek familielid tot die huishouding gemaak het, word verloor, en die siekte plaas ook ‘n ekstra finansiële las op die skouers van die primêre versorger.
- *verlies aan inkomste en/of tyd vir tuinmaak of werk.* Die vrou, wat miskien nog buitenshuis gewerk het, moet haar werk los om die siek familielid te versorg. Of sy het nie meer genoeg tyd tot haar beskikking om groente aan te plant nie, wat daartoe bydra dat die beskikbaarheid van voedsel vir die huishouding afneem.
- *verlies aan spaargeld of persoonlike besittings.* Die toenemende spandering van kostes aan die versorging van ‘n siek familielid – en soms ook nog sy/haar afhanklikes saam met hom/haar – lei ook tot die toename in rekeninge, verkoop van sommige besittings, en dat daar nie meer gespaar kan word nie.

Urdang (2006:166-167) beklemtoon die feit dat die versorging ook lei tot gebrek aan tyd by die versorger sodat die huishouding agteruitgaan onder die druk. Dit kan eskaleer in gesinsgeweld wanneer die versorger nie betyds etes kan voorsien nie, of nie ander aspekte van hulle verwagte rolle as vrou en tuisteskepper kan behartig nie.

'n Verdere probleem waarmee familieledede as primêre VIGS-versorgers te kampe kry, is die feit dat hulle nie oor genoeg kennis beskik rakende die versorging van ‘n VIGS-lyer nie en daar ‘n gebrek aan leiding en inligting is. Hulle het gewoonlik geen riglyne wat hulle kan help om die simptome van die siek persoon te bestuur of besluite rakende sy/haar

gesondheidsorg te neem nie, en hulle moet meestal leer uit ervaring en mislukking.

Moore, et al. (2006:65) lig ook die probleem van ondervinding deur VIGS-versorgers uit. Hulle wys daarop dat baie van die familielede as primêre VIGS-versorgers nog nooit voorheen sorg verleen het aan mense met ernstige siektetoestande nie. Hulle is dikwels onvoorbereid vir hierdie taak as versorgers, sowel as die veranderinge in hulle eie lewe wat verband hou met die vereistes van versorging. Die probleme wat ge-assosieer word met hierdie veranderinge kan groot wees, en mag hulle gesondheid negatief beïnvloed. Saam met die feit dat hulle pasiënt moontlik kan sterf en dat daar geen genesing vir hierdie siekte is nie, kan hierdie inligting oorweldigend vir die versorger wees en 'n negatiewe effek op hulle emosies hê.

Primêre VIGS-versorgers ondervind ook emosionele, psigologiese en maatskaplike probleme soos bekommernisse, hartseer, depressie, en 'n mate van hopeloosheid nie net oor die huidige situasie nie, maar ook oor die toekoms. McCausland en Pakenham (2003:854) berig hieroor en wys daarop dat VIGS-versorgers talryke versorgingsverwante bekommernisse ontmoet, wat insluit emosionele nood, bekommernisse oor hulle gesondheid, hartseer, onderbreking in hulle werk, finansies, leefreëlins en verhoudings. Dit word vererger deur 'n aantal faktore soos: stigma, nuutheid van die siekte, assosiasies met homoseksuele en dwelmverwante lewensstyle, die jong ouderdom van VIGS-versorgers en dié wat geïnfekteer is, die positiewe status van baie versorgers, die gebrek aan ondersteuning van die familie van oorsprong, en die risiko van aansteeklikheid. Gegewe hierdie bekommernisse, is dit nie vreemd dat ongeveer 9-21% van alle VIGS-versorgers vlakke van nood rapporteer nie.

Die besef by versorgers dat, maak nie saak hoeveel sorg hulle insit nie, die siek persoon gaan sterf, wek by hulle 'n gevoel van futiliteit (Ssengonzi, 2007:347). Sommige van die deelnemers aan sy navorsing het te kenne gegee dat hulle voel die uitgawes wat hulle aangegaan het in die versorging van die siek persoon, vermors is, hoewel dit iets is wat hulle moes doen nie net omdat hulle dit as hulle plig bestempel het nie, maar ook uit liefde. Ten opsigte van die toekoms het sommiges gevoel dat dit net meer verantwoordelikheid op hulle skouers plaas, omdat hulle nou kleinkinders het wat hulle verantwoordelikheid is, en wat ook later moontlik sal trou en geïnfekteer word.

Fisiese probleme kan ook ondervind word deur die versorgers. In Ssengonzi (2007:349) se navorsing het die versorgers fisiese probleme gerapporteer soos borspyne, rugpyne, pyn in die bene en hipertensie wat hulle toegeskryf het aan die optel en was van volwasse pasiënte. Hulle het ook slaapversteurings en gewigsverlies gerapporteer as gevolg van die volgehoue versorgingsbehoefte van die siek familielid.

VIGS-versorgers ondervind ook dat 'n probleem kan ontstaan indien hulle nie die nodige basiese toerusting het tydens die versorging van die siek persoon nie, soos byvoorbeeld handskoene. Dit kan daartoe lei dat hulle hulleself in 'n risiko situasie plaas om ook geïnfekteer te word tydens die versorging van die siek familielid.

Uit die bogenoemde is dit duidelik dat die primêre VIGS-versorger, wat meestal 'n familielid is, met verskeie probleme te kampe kry wat hulle moet te bowe kom. Hoe hulle dit gaan regkry, hang af van hulle kennis en vaardighede in die gegewe situasie, wat hulle nie altyd het nie, aangesien dit dikwels vir hulle 'n nuwe leefwêreld is wat hulle noodgedwonge moet betree.

Benewens die probleme wat VIGS-versorgers ondervind, is daar ook behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers wat hulle ervaar, en waaraan vervolgens aandag gegee sal word.

7.2.8 Moontlike behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers

Soos reeds vroeër genoem, en ook deur verskillende skrywers bevestig, is navorsing oor die belewenisse en behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers gebrekkig (vgl. Brown & Powell-Cope, 1994:1; Wilkie, 1992:195; Lather & Smithies, 1997:5; Manopaiboon, et al., 1998:54; Whiteside & Sunter, 2000:89; Lesar & Maldonado, 1997:272; McCubbin, et al., 1999:135). Die navorser het ook probleme ondervind om literatuur te bekom oor die sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers. Slegs enkele navorsing kon opgespoor word wat gehandel het oor die behoeftes van VIGS-lyers en hulle families (vgl. Ndaba, 2002). Hierdie navorsing het egter gegaan oor die behoeftes van die pasiënte en hulle familieledede oor die algemeen, en nie spesifiek oor familieledede as primêre VIGS-versorgers in die besonder nie. Gevolglik kan dit nie werklik met sukses in hierdie navorsing gebruik word nie.

Die SALUS (1991:16) is 'n ander bron wat melding maak van die behoeftes van familieledede, maar dit word ook gekombineer met die behoeftes van die VIGS-lyer self. Dit is dus nie suiwer toegespits op die unieke behoeftes van die familielid as versorger nie. Volgens die betrokke bron is die familie van groot belang vir die VIGS-lyer, en kennis behoort geneem te word van die behoeftes van die breë familie, sowel as elke individuele familielid. Daar moet in gedagte gehou word dat hulle behoeftes nie dieselfde bly nie, maar dat dit verander soos die siek persoon vorder op die pad van infektering tot moontlike sterfte. Die emosionele behoeftes wat hier uitgewys word, is ondersteuning met die volgende:

- om aan te pas by die lewensgevaarlike diagnose
- om te deel met vrees en aansteeklikheid
- om die seksuele oriëntasies van familieledede te aanvaar
- om stigma en diskriminasie te aanvaar
- om konflik tussen familieledede en ander betekenisvolle persone te hanteer
- om versoening te bewerkstellig voordat dit te laat is
- om voor te berei vir verlies en rou
- om familierolle te verander
- om noodsaaklike sorg te voorsien en met eksterne sisteme te onderhandel.

Strug en Burr (2003:74) verwys na die feit dat manlike VIGS-versorgers al meer op die voorgrond tree, veral ten opsigte van kinders, soos meer vrouens geïnfekteer word met MIV/VIGS. Hulle noem egter ook dat min inligting bestaan oor die behoeftes van hierdie mans, veral ten opsigte van ondersteuningsdienste om hulle te help om hulle ouerlike rol as manlike versorger beter te vervul. Hulle wys ook daarop dat mans se behoeftes as ouers en versorgers geïgnoreer is deur beleidmakers, programme, en die professionele literatuur soos reeds genoem (Strug & Burr, 2003:76). Hierdie outeurs wys ook daarop dat MIV-geaffekteerde kinders 'n verskeidenheid van psigo-sosiale probleme ervaar as gevolg van die feit dat hulle opgroei in 'n huishouding waar ten minste een familielid MIV/VIGS het. Manlike primêre versorgers het daarom, volgens Strug en Burr (2003:77), 'n groot behoefte aan ondersteuningsdienste ten einde hierdie psigo-sosiale uitdagings baas te raak.

'n Ander bron wat opgespoor kon word, is dié van Mason en Linsk (2002). Hulle maak melding van die feit dat veral die ouer versorgers van familieledede met VIGS hulle eie

behoefte ontken en hulle onttrek van maatskaplike interaksie. Dit gebeur byvoorbeeld dat hulle ontken dat die behoeftes van byvoorbeeld die kleinkinders wat geaffekteer word deur VIGS meer prominent word. Wanneer hulle wel hulp met hulle eie behoeftes soek, is dit eers laat in die proses wat hulle dit doen, en dit lei tot gesondheids- en emosionele probleme (Mason & Linsk, 2002:2). Ook hier word daar egter nie aandag gegee aan wat hierdie spesifieke behoeftes van die familieledede as primêre VIGS-versorgers werklik is nie, en word daar net verwys na behoeftes oor die algemeen.

Die navorser hoop om hierdie gaping deur middel van hierdie navorsing in 'n mate aan te vul deurdat die navorsing gedeeltelik ook gaan oor die sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers. Die navorser hoop ook dat spesifieke behoeftes wat by die familielid as primêre VIGS-versorger na vore gekom het, daartoe sal lei dat gekyk sal word na hoe om in hierdie behoeftes te voorsien, hoe gering ookal.

Dit kan dus gesê word dat die familielid as versorger ook sekere behoeftes ervaar, hoewel dit nie duidelik in die literatuur opgespoor kan word nie.

'n Ander faset van die navorsing is die ervarings/belewenisse van familieledede as primêre VIGS-versorgers, en daar sal vervolgens ook uit die literatuur hierna gekyk word.

7.3 FAMILIELEDE SE ERVARINGS AS PRIMÊRE VIGS- VERSORGERS

Ten spyte van die feit dat die familie 'n sleutelrol in die versorging van VIGS-lyers vertolk, is daar baie min inligting bekend rondom hulle ervarings en sosio-emosionele behoeftes. Brown en Powell-Cope (1994:1) wys daarop dat, alhoewel studies gedoen is met families wat sorg aan ander groepe siek persone voorsien soos byvoorbeeld kanker en bejaardes, is literatuur oor die spesifieke ervarings en behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers moeilik te vinde. Pakenham, Dadds en Terry in Bor en Elford (1998:74) sluit hierby aan wanneer hulle bevestig dat empiriese navorsing oor die ervarings en behoeftes van VIGS-versorgers gebrekkig is.

Informele sorg aan VIGS-lyers is 'n veld wat al hoe meer toeneem namate die epidemie afmetings aanneem. McCausland en Pakenham (2003:853) beweer dat 3,2% van die

volwasse VSA-bevolking informele sorg voorsien aan 'n persoon met MIV/VIGS. Hierdie dienste strek oor 'n wye spektrum van informele dienslewering, en gaan gepaard met 'n verskeidenheid van ervarings soos onder andere stigma en spanning.

Volgens Wight, et al. (2003:595) is dit so dat in die meeste versorgingsituasies dit die familie van oorsprong is wat die taak van versorging waarneem, en die versorger, as 'n lid van die familie, normaalweg van die res van die familie ondersteuning verwag, wat hulle óf ontvang óf nie ontvang nie. In teenstelling hiermee gebeur dit dat baie VIGS-lyers gay is, baie VIGS-versorgers gay-geïdentifiseerde saamleefmaats of vriende van die sorg-ontvanger is, en as sulks kan hulle nie noodwendig staatmaak op die ondersteuning of hulp van die sorg-ontvanger nie. Sommige VIGS-lyers is vervreem van hulle families as gevolg van hulle VIGS-status. Ander het gebrekkige kontak of gespanne verhoudings met hulle families.

Brown en Powell-Cope (1994) het 'n studie in Seattle uitgevoer waarin hulle onderhoude met meer as vyftig familielede as VIGS-versorgers gevoer het oor hulle ervarings rondom hulle saamleef met en versorging van hulle familielid met VIGS. Hulle het die volgende aspekte uitgelig wat betrekking het op die familielede se ervarings (Brown & Powell-Cope, 1994:3-60):

- voortdurende hersiening van planne
- beheer oor/deur die siekte
- heroorweeg die verhouding
- bekendmaking van die siekte.

Vir die doel van die studie word die ervarings van familielede as primêre VIGS-versorgers in twee kategorieë verdeel, naamlik die positiewe en negatiewe ervarings. Daar sal dus vervolgens aandag gegee word hieraan, en eerste sal gekyk word na die positiewe ervarings.

7.3.1 Familielede as primêre VIGS-versorgers se positiewe ervarings

Hoewel literatuur oor die ervarings van familielede as primêre VIGS-versorgers skaars is, kon enkele bronne opgespoor word hieroor wat onlangs gepubliseer is. Hierin kon 'n paar positiewe ervarings van familielede as primêre VIGS-versorgers opgespoor word, en daar sal vervolgens aan hulle aandag gegee word.

7.3.1.1 *Persoonlike groei*

In 'n navorsingstudie wat deur McCausland en Pakenham (2003:862) onderneem is oor die voordele van MIV/VIGS-versorging, het hulle bevind dat een van die voordele wat die versorging vir die versorger tot gevolg het, is persoonlike groei. Hulle het dan ook elf verskillende areas van persoonlike groei geïdentifiseer soos dit uit hulle navorsing na vore gekom het, en wat soos volg daar uitsien:

- om hulle eie gevoelens te verstaan: Hier het die versorgers laat blyk dat hulle groter begrip gekry het vir gevoelens wat hulle nie geweet het hulle het nie. Ongelukkig word daar nie bekend gemaak watter gevoelens dit is nie
- persoonlike sterkte: versorgers het gerapporteer dat hulle 'n sterker persoon geword het. Dit is nie bekend in watter opsig nie, maar kan met redelike sekerheid aanvaar word dat dit emosioneel is
- aanleer van 'n groter mate van geduld
- self-bewuswording: versorgers het te kenne gegee dat hulle geleer het om hulleself te verstaan
- selfaanvaarding: dit is 'n ander aspek van persoonlike groei wat deur die versorgers verwoord is, en het hulle laat blyk dat hulle hulleself in 'n groter mate aanvaar
- meegevoel: versorgers het laat blyk dat hulle 'n groter mate van meegevoel met persone wat siek is, ontwikkel het
- soeke na ondersteuning: versorgers het geleer om vir hulleself ondersteuning te soek en te bekom. Dit is egter nie duidelik in watter opsig nie
- moed: versorgers rapporteer dat die persoon wat hulle versorg se moed ook daartoe gelei het dat dit hulle moed gegee het, en dit versterk het
- selfvertroue: dit is nog 'n aspek van persoonlike groei wat deur versorgers geïdentifiseer is, en wat hulle laat blyk het vir hulle 'n positiewe ervaring is/was
- persoonlike groei: dit in die breë was ook 'n positiewe ervaring
- leer: versorgers het ook geleer deur die foute van die siek familielid.

Cadell (2003:645) bevestig ook dat versorgers laat blyk het dat hulle gegroei het, en dat dit in verband gebring kan word met hulle ervarings as primêre VIGS-versorgers.

Samevattend kan gesê word dat familieleden as primêre VIGS-versorgers se ervaring rondom hulle persoonlike groei oor 'n wye spektrum van persoonlikheidsontwikkeling strek, en dat

dit positiewe ervarings vir die versorger is.

7.3.1.2 Begrip vir ander

Versorgers van VIGS-lyers gee te kenne dat een van die ervarings in hulle rol as versorger, is dat hulle 'n groter begrip vir ander ontwikkel het (McCausland & Pakenham, 2003:862). Die “ander” word dan geïdentifiseer as:

- mense oor die algemeen: hulle laat blyk dat hulle 'n groter kennis oor menslike gedrag ontwikkel het
- die persoon wat deur hulle versorg word: hulle het 'n groter begrip en meer kennis ontwikkel vir die sorg-ontvanger se siening van dinge
- die gay-gemeenskap: hulle het kennis gemaak met die gay-gemeenskap en dit het daartoe gelei dat hulle hierdie mense beter verstaan
- die mediese professie: hulle ervaring het hulle geleer om meer reguit met die mediese professie te wees.

Dit blyk dus dat versorgers se begrip vir ander mense, in besonder dié met wie hulle te doen kry in hulle uitvoering van hulle pligte as versorger, verbeter, en dat hulle dit as positief ervaar.

7.3.1.3 Raak meer op hulle gemak

Esu-Williams, Schenk, Geibel, Motsepe, Zulu, Bweupe en Weiss (2006:890) het navorsing in Zambië onder VIGS-versorgers gedoen, en onder andere bevind dat die versorgers meer op hulle gemak raak in hulle interaksie met die VIGS-lyer soos hulle mekaar beter leer ken. Dit dra daartoe by dat hulle ook 'n groter mate van hulpverlening kan bied aan die VIGS-lyer, en dit ook gemakliker kan doen. Hierdie hulp sluit dan die volgende in:

- huiswerk en skoonmaak
- behandel sere en vervang verbande
- berading
- doen verwysings.

McCausland en Pakenham (2003:854) voeg by die lys ook mediese bystand, persoonlike sorg, en finansiële en wetlike hulp.

Die dienste wat die versorgers aan die VIGS-lyers lewer, het ook daartoe gelei dat die

versorgers ervaar het dat die VIGS-lyers te kenne gegee het dat hulleself ook baie by die versorgers geleer het, byvoorbeeld oor die behandeling van seerplekke en vel-uitslag. Die kliënte het ook laat blyk dat die versorgers se gedrag en optrede teenoor die VIGS-lyer, daartoe gelei het dat die bure gemotiveer is om die VIGS-lyer meer te aanvaar en te ondersteun (Esu-Williams, et al., 2006:891).

Samevatterd kan dus gesê word dat die versorgers leer deur ervaring. Hierbenewens leer die VIGS-lyer ook sekere dinge by die versorger wat weer tot hulle voordeel strek, en wat deur die versorger positief ervaar word.

7.3.1.4 Positiewe persoonlikheidsverandering

Familielede rapporteer dat daar by hulle 'n positiewe persoonlikheidsverandering plaasvind in die versorging van 'n VIGS-lyer. Volgens McCausland en Pakenham (2003:862) is daar veral vier areas waar dit plaasvind, naamlik:

- toename in die aanvaarding van ander. Hier gaan dit veral oor wie die VIGS-lyer is, en die versorgers rapporteer dat hulle geleer het om die VIGS-lyer te aanvaar soos hy/sy is en nie probeer om hom/haar te verander nie
- groter verdraagsaamheid teenoor ander. Versorgers dui aan dat hulle meer verdraagsaam is teenoor ander, en hulle aanvaar soos hulle is, eerder as om hulle te kritiseer
- minder veroordelend. Versorgers berig dat hulle nie veroordelend is. Hulle probeer om nie te oordeel voordat hulle nie vir 'n tydlank in die VIGS-lyer se skoene gestaan het nie
- respek vir ander. Die versorgers rapporteer dat hulle 'n groter respek vir ander ontwikkel het.

Dit blyk dus dat die versorgers ten opsigte van hulle persoonlikheid positiewe veranderinge ervaar as uitvloeisel van hulle versorgersrol.

7.3.1.5 Versterking van 'n bestaande verhouding

McCausland en Pakenham (2003:863) het in hulle navorsing bevind dat die VIGS-versorgers laat blyk het dat die bestaande verhouding met hulle sorg-ontvanger versterk is. Hulle het sekere areas geïdentifiseer waarin hierdie verhouding versterk is, wat die volgende insluit:

- nader aan mekaar. Versorgers berig dat hulle versorging van die VIGS-lyer hulle nader aan mekaar gebring het. Daar was 'n groter mate van liefde in hulle verhouding teweeg gebring deur die versorgingsproses
- binding/gebondenheid. Versorgers rapporteer dat die band tussen hulle en die VIGS-lyer "gesement" is. Hulle het ervarings gedeel en saam beleef wat 'n groter binding tussen hulle tot gevolg gehad het
- verbintenis. Die versorgers het hulle in 'n groter mate verbind tot die sorg van die VIGS-lyer as gevolg van die verbeterde verhouding tussen hulle. Dit was ook vir hulle makliker om hierdie verbintenis te maak
- kommunikasie. Versorgers gee te kenne dat die kommunikasie tussen hulle en die VIGS-lyer verbeter het. Hulle kon meer met die VIGS-lyer praat.

Dit wil dus voorkom asof die feit dat familieledede as primêre VIGS-versorgers optree, daartoe bydra dat hulle ervaar dat die verhouding tussen hom/haar en die VIGS-lyer versterk deurdat dit hulle nader aan mekaar bring, en wat op sy beurt aanleiding gee tot 'n verdere verbintenis en beter kommunikasie.

7.3.1.6 Die begin van 'n nuwe verhouding

McCausland en Pakenham (2003:862) het bevind dat van die familieledede as primêre VIGS-versorgers die begin van 'n nuwe verhouding ervaar het, en dat dit met die VIGS-lyer was. Sommige van hulle het selfs te kenne gegee dat hulle nou iets het wat hulle nooit voorheen gehad het nie, naamlik 'n goeie verhouding. Van die versorgers het ook gerapporteer dat hulle nuwe vriendskappe met mense buite hulle versorgingsverhouding aangegaan het.

7.3.1.7 Verkryging van perspektief

Versorgers bevestig dat hulle versorging van 'n familielid met VIGS, daartoe aanleiding gegee het dat hulle waardes en hulle siening van hulle eie lewe verander het. Hulle het 'n verandering in hulle prioriteite en waardes ervaar, en hulle het 'n nuwe waardering vir dinge ontwikkel. Hulle voel geëerd om vertrou te word met die dinge waarmee hulle vertrou word. Hulle het 'n hele nuwe perspektief op dinge verkry, en ook ervaar dat hulle dinge wat hulle gedink het belangrik is, laat vaar omdat dit nie so belangrik was nie. Hulle toon 'n groter waardering vir hulle lewensmaats, werk en gesondheid (McCausland & Pakenham, 2003:863).

Dit blyk dus dat familieledede as VIGS-versorgers ook 'n nuwe waardesisteem opbou deur hulle ervarings as versorger van 'n siek familielid.

7.3.1.8 Toename in kennis van MIV/VIGS

In die navorsing wat deur McCausland en Pakenham (2003) uitgevoer is, het die versorgers van familieledede met VIGS as deel van hulle ervarings laat blyk dat hulle 'n toename in hulle kennis en begrip van MIV/VIGS, gesondheidsdienste en gesondheid ervaar. Die areas waar hulle hierdie kennistoename ervaar het, is die volgende:

- MIV: kennis oor MIV status en al die aspekte wat daarmee saamgaan
- VIGS-verwante gesondheidswerkers: versorgers het 'n beter begrip van die werk van die gesondheidswerkers
- siekte: versorgers is meer ingestel op mense se siektes oor die algemeen en waardeur hulle gaan wanneer hulle siek is.

Dit blyk dus dat die kennis en begrip van die VIGS-versorger in sekere areas toegeneem het, en dat dit ook gelei het tot 'n toename in begrip vir die VIGS-lyer.

7.3.1.9 Gevoel van tevredenheid en sukses

Wanneer daar beterskap by 'n VIGS-lyer is, ervaar versorgers 'n gevoel van tevredenheid. Hulle voel dat hulle 'n bydrae gelewer het tot die sukses van die VIGS-lyer se beterskap. Sommige van die versorgers beleef hulle taak as 'n voorreg. Dit is vir hulle 'n eer om vertrou te word met alles waarmee hulle vertrou word. Ander voel weer dat hulle van nut is, en dat hulle 'n verskil maak. Dit laat hulle goed voel (McCausland & Pakenham, 2003:863).

Uit die bogenoemde blyk dit duidelik dat familieledede as primêre VIGS-versorgers heelwat positiewe ervarings rapporteer as uitvloeisel van hulle rol as versorger. Die kern van hierdie ervarings kan saamgevat word in enkele woorde, naamlik persoonlike groei en 'n beter begrip van MIV/VIGS oor die algemeen, en die VIGS-lyer en sy behoeftes in die besonder. Verder is dit ook duidelik dat familieledede ervaar dat hulle hulleself beter leer ken in die uitvoering van hulle rol as VIGS-versorger.

Benewens die positiewe ervarings van familieledede as primêre VIGS-versorgers, beleef hulle ook negatiewe ervarings rondom hulle rol as versorgers. Enkeles hiervan sal vervolgens bespreek word.

7.3.2 Negatiewe ervarings van familieledede as primêre VIGS-versorgers

Negatiewe ervarings wat deur familieledede as VIGS-versorgers geïdentifiseer is, is heelwat meer as die positiewe ervarings wat bekend gemaak is. Hierdie negatiewe ervarings sluit die volgende in.

7.3.2.1 *Vlak van versorging*

Versorgers ervaar die versorging van die VIGS-lyer op verskillende vlakke. Hulle kan meeste van die tyd in die bed lê, regop in die bed sit en slegs met hulp loop, of meeste van die tyd op wees. Die verantwoordelikhede van die VIGS-versorger sal dan uit die volgende bestaan:

- kosaankope
- kook van kos
- voeding van die VIGS-lyer
- soek van hulpbronne
- bad van die pasiënt
- help na die toilet
- beweeg van die pasiënt
- gee van medisyne
- bly by die pasiënt
- kommunikeer met gesondheidsorg werkers
- kommunikeer met familieledede en naasbestaandes
- kommunikeer met die man se werkgewer indien die versorger sy vrou is
- reël met iemand indien permanente toesig nodig is vir die pasiënt.

Slegs 'n klein persentasie van vrouens as versorgers het laat deurskemer dat hulle ondersteuning van naasbestaandes, vriende, hulle kerk of hulle man se werkgewer ontvang (Kipp, Nkoxi, Laing & Jhangri, 2006:695).

Dit wil dus voorkom dat familieledede as VIGS-versorgers 'n verskeidenheid van verpligtinge ervaar in hulle rol. Hoewel dit nie noodwendig negatief hoef te wees nie, raak dit negatief wanneer hulle nie ondersteuning daarvoor ontvang nie, en dit is wat waarskynlik deur hulle ervaar word.

7.3.2.2 Verlies/verandering van hulle verhouding met die VIGS-lyer

Volgens Brown en Powell-Cope (1994:33) is die beginsel van die versorging van 'n familielid met VIGS 'n verhouding tussen twee persone. Normaalweg ken hulle mekaar baie goed voordat VIGS 'n rol begin speel het. Tog gebeur dit gereeld dat hierdie mense ontdek dat die nuwe rolle van versorger en ontvanger van versorging hulle op onbekende gebied instamp. Hulle moet mekaar in nuwe terme verstaan en hulle daaglikse rolle van gee-en-neem heroorweeg. Hierdie heroorweging kan bewustelik of onbewustelik, kalm of vol konflik wees. Dit hang af van die heersende gesondheid en emosionele welsyn van die VIGS-lyer, sowel as die emosionele welsyn van die familielid as VIGS-versorger.

Cadell (2003:640) wys daarop dat VIGS-versorgers, hetsy fisies of emosioneel, 'n verandering in hulle verhouding met die VIGS-lyer, wat voorheen onderling afhanklik en onafhanklik was, ervaar. Dit raak nou meer 'n rol van afhanklike.

Aan die begin van die versorgingsproses is familieledes as VIGS-versorgers geneig om tentatiewe houdings oor hulleself en die pad wat hulle veronderstel is om te loop, te vorm. Hulle vra hulleself af hoe hulle dit sal doen en hoe betrokke hulle sal wees. Vrae wat voortdurend na vore kom tydens die versorgingsproses. Hulle bepaal wat hulle bronne is, en hoeveel hulle bereid moet wees om van hulleself te gee. Wanneer hulle begin met die versorgingsproses, verstaan baie min van hulle egter werklik die verantwoordelikhede en ervarings wat hierdie poging vergesel. Hulle aanvaar die rol om later onvoorsiene verantwoordelikhede in die gesig te staar. Dit kan daartoe lei dat hulle hulleself vermoëns heroorweeg, wat 'n geweldige impak kan hê op dit wat hulle vir die VIGS-lyer wil doen (Brown & Powell-Cope, 1994:33).

Dit blyk dus dat, uit die aard van die familielid se onbekendheid met die rol as VIGS-versorger, hy of sy hierdie rol tegemoet gaan met sekere vooraf opgestelde idees, wat hulle later ervaar as nie so korrek nie. Hulle moet dan hulleself vermoëns in heroorweging neem, en dit kan 'n onverwagse impak op hulle verhouding met die VIGS-lyer hê.

7.3.2.3 Implikasies van VIGS-versorging vir die versorger

Moore, et al. (2006:64-65) vestig die aandag daarop dat die ervarings van familieledes as VIGS-versorgers in Afrika belangrik is om na te speur, aangesien dit spanningsvol is, en maatskaplike, ekonomiese en psigologiese implikasies vir beide die versorgers en die

samelewing het. Hierdie outeurs wys ook daarop dat VIGS-versorging kan lei tot depressie en 'n laer lewenskwaliteit by die versorger. Hulle beklemtoon ook die feit dat die versorging van 'n VIGS-lyer dramaties verskil van die versorging van persone met ander siektes as gevolg van die kroniese en infekterende aard van VIGS, sowel as die stigma en verwerping waarmee VIGS-lyers en hulle versorgers ge-assosieer word. VIGS-versorgers vrees ook besmetting, en hulle moet leer om met die vrees saam te leef. Hulle ervaar ook kommer daaroor om hulle eie gesondheid in stand te hou terwyl hulle 'n geliefde versorg. Die vrees vir die onbekende toekoms, en om dieselfde stigma in die gesig te staar as hulle naasbestaendes met VIGS, kan die probleme met versorging vererger.

Verder het sommige familieledes as VIGS-versorgers nog nooit voorheen versorging verleen aan mense met ernstige siektes nie. Hulle is onvoorbereid vir die taak as VIGS-versorger, sowel as op die veranderinge in hulle eie lewens wat gekoppel is aan die vereistes van die versorging van die siek familielid. Die spanning wat verband hou met hierdie veranderinge kan groot wees en hulle gesondheid negatief beïnvloed. Die kennis dat hulle pasiënt kan sterf en dat daar geen kuur vir die siekte is nie, kan oorweldigend wees vir die versorger en hulle emosioneel negatief affekteer.

Kipp, et al. (2006:695) het in hulle navorsing bevind dat 94% van die deelnemers aan die navorsing te kenne gegee het dat die versorging van 'n familielid met VIGS vir hulle moeilik was. Hulle het meeste van die tyd 'n gebrek aan voedsel ervaar, asook 'n tekort aan medikasie vir die pasiënt. Die versorgers het ook laat deurskemer dat die versorging van 'n VIGS-pasiënt baie spanningsvol is.

Volgens Steyn, et al. (2006:6) het die feit dat familieledes as VIGS-versorgers se verwysing daarna dat dit vir hulle moeilik is, meer betrekking op die fisieke versorging van die VIGS-lyer soos byvoorbeeld die was van die pasiënt en die ruil van linne. Die versorger ervaar fisieke moegheid as gevolg hiervan.

Strydom (2002:131) verwys ook na die kwessie van stigma. Kipp, et al. (2006:696) bevestig ook die kwessie van versorgers se ervaring van stigmatisering. In hulle navorsing het 90% van die deelnemers laat blyk dat hulle as versorgers van VIGS-lyers stigma en verwerping ervaar, en blootgestel word aan negatiewe reaksies van familie, vriende en bure.

Stigma word ook deur ander outeurs uitgewys as ‘n negatiewe ervaring van VIGS-versorgers. (vgl. McCausland & Pakenham, 2003; Cadell, 2003; Krishna, Bhatti, Chandra & Juvva, 2005; Moore, et al., 2006).

Familielede as VIGS-versorgers beleef ook ongelukkigheid oor onsensitiewe reaksies komende van die gemeenskap. Lede van die gemeenskap laat die familieledes van die VIGS-pasiënt ongelukkig voel weens aanmerkings wat hulle maak. Webb (1997:167) noem dat hierdie reaksies van die gemeenskap ‘n universele verskynsel is.

Saam met stigma, gaan ook die kwessie van verwerping en isolasie. Simms en Moss (1991:82) verwys na die ervaring van isolasie en sosiale uitsluiting van familieledes as VIGS-versorgers, en wys daarop dat dit veral weens die vrees vir en onkunde oor VIGS en die oordrag daarvan is wat dit veroorsaak. Krishna, et al. (2005:485) maak ook melding daarvan dat families as primêre VIGS-versorgers isolasie en verwerping vrees as gevolg van hulle verbintenis met hulle siek familielid. Moore, et al. (2006:65) verwys ook hierna en dui aan dat dit ook iets is wat die versorger saam met die VIGS-lyer in die gesig staar, omdat hulle die versorgers is. Kipp, et al. (2006:694) sluit hulle hierby aan wanneer hulle daarvan melding maak dat stigma dikwels lei tot isolasie en alleenheid, nie net van die VIGS-lyer nie, maar ook vir hulle versorgers tuis. Familieledes as primêre VIGS-versorgers ervaar ook dat hulle vermy word deur die gemeenskap wanneer die gemeenskap nie graag kontak maak met die verswakte VIGS-lyer en sy familielid as versorger nie (Leary & Schreindorfer, 1998:12). Etikettering word ook deur familieledes as VIGS-versorgers ervaar. Versorgers word dikwels as minder goed gekenmerk omdat hulle ‘n gesinslid versorg wat VIGS het, en VIGS geassosieer word met verkeerde dade. (Webb, 1997; Human, 1993).

Volgens Kipp, et al. (2006:696) het die versorgers ook laat blyk dat hulle nie tyd het vir die versorging van hulleself en hulle kinders nie, en dat hulle ook hulle maatskaplike verpligtinge afgeskaal het, en meestal tuis bly. ‘n Ander implikasie wat deur die familieledes as VIGS-versorgers ervaar word, is die van hulle eie mediese toestand. Hulle rapporteer dat hulle dikwels simptome van hoofpyn, maagpyn, verkoue, anorexia, styfheid van die spiere, algemene swakheid en rugpyn ervaar (Kipp, et al. 2006:696).

Finansiële implikasies word ook deur familieledes as VIGS-versorgers ervaar. Krishna, et al. (2005:485,488,497) maak melding hiervan. Hierdie outeurs postuleer dat daar ‘n beduidende

agteruitgang in die ekonomie van die gesin is waar die vader en broodwinner die VIGS-lyer is. Die moeder kan nie noodwendig 'n voltydse werk aanvaar nie, aangesien sy die primêre versorger van die vader is. Verder dra die behandeling van die siek familielid ook by tot verdere uitgawes. Daarby kom ook vervoer wat 'n verdere las op die gesin plaas. Voedsame voedsel wat aangekoop moet word, is nog 'n finansiële uitgawe waarvoor voorsiening gemaak moet word.

Dit blyk dus dat die implikasies van versorging vir die familielid as primêre VIGS-versorger talryk is. Al hierdie bogenoemde implikasies dui daarop dat dit negatief deur die versorger ervaar word, en ook kan lei tot gesondheidsprobleme vir hulle soos spanning, depressie en ander psigo-somatiese siektetoestande.

7.3.2.4 *Emosionele ervarings*

Familielede as primêre VIGS-versorgers ervaar ook dat hulle dikwels emosionele ondersteuning aan die VIGS-lyer moet voorsien. As gevolg van die aard van die siekte ervaar VIGS-lyers fisiese veranderinge en lewe van dag tot dag met 'n onsekere toekoms. Die emosionele spanning wat in so 'n situasie ontwikkel mag van die VIGS-versorger vereis om 'n reeks van emosionele ondersteuning aan die VIGS-lyer te voorsien. Soms is die behoeftes van die VIGS-lyer duidelik, maar ander kere moet die VIGS-versorger aflei wat die behoeftes is en onvoorwaardelike ondersteuning aanbied. Om in so 'n wye reeks van behoeftes te voorsien, word deur die VIGS-versorger as baie veeleisend ervaar (Land, et al., 2003:42).

Moore, et al. (2006:65) bevestig dat die VIGS-versorger emosioneel negatief ge-afekteer kan word wanneer hulle beseft dat hulle pasiënt gaan sterf, en dat daar geen kuur vir die siekte is nie. Hierdie spanningsvolle situasies mag die gesondheid van die versorger ondermyn, en indien dit nie dopgehou word nie, kan die spanning versprei na ander areas van die versorger se lewe, soos sy eie gesondheid en sy verhouding met ander familieledes.

Die versorger beleef ook emosionele vermoënis omdat die pasiënt se positiewe MIV-status geheim gehou word en dit gespanne verhoudings tot gevolg het. Uit die literatuur blyk dit dat versorgers se openhartigheid en vertrouwe jeens ander belemmer word deurdat hulle poog om die pasiënt se siektetoestand geheim te hou (Boyd-Franklin, Aleman, Steiner, Drelich & Bradley, 1995:121). Dit blyk ook dat veral moeders as VIGS-versorgers poog om die pasiënt se diagnose geheim te hou uit vrees vir diskriminasie (vgl. Human, 1993:59; Kreibick, 1995:169).

Wight, et al. (2003:596) vestig die aandag daarop dat dit belangrik is dat die VIGS-versorger die nodige emosionele ondersteuning sal ontvang. Hulle bevestig dan ook dat familieledede as primêre VIGS-versorgers wat emosionele ondersteuning ontvang, ervaar dat hulle emosionele spanning verminder word daardeur.

Dit kan dus gesê word dat die versorging van die VIGS-lyer emosioneel baie van die versorger vereis, en dat hy/sy dikwels emosionele ondersteuning aan die VIGS-lyer moet verleen terwyl hy/sy nie eers altyd seker is wat die probleem is nie.

7.3.2.5 Diskriminasie in die gesondheidsorgsektor

Diskriminasie in die Gesondheidsorgsektor word deur familieledede as primêre VIGS-versorgers ervaar in die vorm van onprofessionele en onetiese gedrag, verbreking van konfidensialiteit, handhawing van fisiese afstand met die VIGS-lyer en sy/haar familieledede, gee laaste aan hulle aandag en maak vernederende aanmerkings teenoor die VIGS-lyer en sy/haar bloedverwante (Krishna, et al., 2005:490). Hierdie waarnemings stem ooreen met die bevindinge van Bharat en Aggleton (1999) en D'Cruz (2002). Volgens Stein (1997:22) kom diskriminasie ook voor in die vorm van verwerping deur mediese personeel, veral wanneer die pasiënt se toestand nie meer verswyg kan word nie.

Die navorser het ook in die werk met families soortgelyke waarnemings gedoen wanneer kliënte en hulle families weier om die kliniek by te woon, en hulle dan dieselfde redes daarvoor verstrek het.

Dit wil dus voorkom asof die houding van die Gesondheidssektor teenoor die VIGS-versorger en die VIGS-lyer dikwels negatief ervaar word as gevolg van hulle gedrag teenoor die siek persoon en/of sy/haar versorger.

7.3.2.6 Diskriminasie van familieledede

Volgens Krishna, et al. (2005:490) het familieledede as primêre VIGS-versorgers insidente gerapporteer van stigma en diskriminasie van die kant van familieledede van die uitgebreide familie. Hierdie familieledede van die uitgebreide familie het ook geweier om sorg en ondersteuning te verleen, en het ook hulle kontak met die VIGS-lyer en sy familie verbreek. Daar is ook teen hulle kinders gediskrimineer deur die uitgebreide familie.

7.3.2.7 Hulpeloosheid, frustrasie en ongeduld

VIGS-versorgers rapporteer dat hulpeloosheid ook een van die toestande is wat hulle ervaar in hulle versorging van hulle siek familielid. Krishna, et al. (2005:488,500) maak melding hiervan en verduidelik dat deelnemers aan hulle navorsing laat blyk het dat hulle hulpeloos voel as gevolg van verskeie redes soos probleme met die volgehoue geheimhouding, deur nie te weet wat om volgende te doen nie, vereistes ten opsigte van die versorging, en dilemmas wat verband hou met die oordraagbaarheid en nie in staat te wees om met iemand daaroor te praat nie. Hulle hulpeloosheid het ook voortgespruit uit onkunde rakende die infeksie, toekomstige optredes en bronne wat tot hulle beskikking is. Dit het ook ooreengestem met hulle gebrek aan voldoende kennis oor MIV/VIGS. Saam met die hulpeloosheid, ervaar familieledes as VIGS-versorgers ook 'n gevoel van moedeloosheid, veral wanneer die pasiënte gevoer moet word, omdat hulle nie wil of kan sluk nie. Hierdie moedeloosheid van die versorger is, volgens Bray en Fruge (2000:36) 'n bron van kommer.

Saam met hulpeloosheid en moedeloosheid, ervaar familieledes as primêre VIGS-versorgers ook frustrasie omdat die pasiënte nie beheer het oor hulle toiletgewoontes nie, wat dan weer aanleiding gee tot selfverwyt en skuldgevoelens by die versorger omdat hulle glo hulle het nie genoeg vir die pasiënt gedoen nie.

Terwyl Cullinan (2001:19) bevestig dat die versorging van 'n pasiënt 'n belewenis van frustrasie tot gevolg kan hê, maan Simms en Moss (1991:10) versorgers om te waak teen ontoepaslike gevoelens van skuld teenoor die pasiënt.

Die versorger beleef ook ongeduld teenoor die pasiënt as gevolg van sy/haar buierigheid, vergeetagtigheid en aggressie (Steyn, et al., 2006:7).

Dit blyk dus dat versorgers 'n gevoel van hulpeloosheid, frustrasie en ongeduld ervaar wat dikwels voortspruit uit die feit dat die status van die pasiënt geheim gehou moet word, hulle onkunde wat lei tot hulpeloosheid, en ongeduld met die VIGS-lyer wanneer hy buierig is.

7.3.2.8 Futiliteit

Futiliteit is nog 'n ervaring wat deur familieledes as primêre VIGS-versorgers gerapporteer word. Ssengonzi (2007:347) postuleer dat die besef by versorgers dat, maak nie saak hoeveel sorg hulle insit nie, die siek persoon gaan sterf, wek by hulle 'n gevoel van futiliteit.

Sommige van die deelnemers aan sy navorsing het te kenne gegee dat hulle voel die uitgawes wat hulle aangegaan het in die versorging van die siek persoon, vermors is, hoewel dit iets is wat hulle moes doen nie net omdat hulle dit as hulle plig bestempel het nie, maar ook uit liefde.

7.3.2.9 *Geheimhouding/Bekendmaking van MIV-status*

Familielede as primêre VIGS-versorgers worstel dikwels met die vraag of hulle die VIGS-lyer se status moet bekend maak of nie, en of hulle 'n VIGS-versorger is of nie. Hulle ervaar dikwels onsekerheid hierrondom omdat hulle nie seker is wat die regte besluit sal wees nie. Om te besluit wie, wanneer en hoe iemand vertel sal word dat jy 'n VIGS-versorger is, kan moeilik wees, en daarom is dit moontlik dat die VIGS-versorger dit liefs geheim sal hou.

Nadat die dokter aan die VIGS-lyer sy/haar diagnose bevestig het, staar hy/sy twee basiese feite in die gesig, naamlik:

- alhoewel medikasie beskikbaar is wat sommige van die simptome verlig, het die siekte self geen kuur nie, en
- vir die res van sy/haar lewe is hulle gebrandmerk as “'n persoon met VIGS”, 'n term wat die lewe van beide die siek persoon sowel as die versorger sal verander.

Daar is baie mense in die gemeenskap wat VIGS en die mense wat dit het koppel aan misdaad, mislukking en swakheid. Volgens Brown en Powell-Cope (1994:43), gebeur dit ook dat, wanneer familieledes as VIGS-versorgers optree, hulle hulleself ook vind as teikens van die VIGS-fobie en negatiewe beoordeling. Daar kleef 'n stigma aan die siekte, wat ook aan die familielid as VIGS-versorger gekoppel word, en wat soms deur versorgers as baie negatief ervaar word.

Om mense te vertel dat jy 'n versorger van 'n familielid met VIGS is, kan 'n risiko wees, aangesien dit altyd moeilik is om te weet hoe mense op die nuus sal reageer. Sal hulle die belangrikheid van versorging en die uitdagings wat die versorger in die gesig staar, verstaan, of sal hulle onmiddellik besluit dat dit beter is om die versorger nooit weer te sien nie. Hierdie vrae is van die vrae wat daartoe lei dat versorgers die feit dat hulle 'n familielid met VIGS versorg, geheim hou. Baie versorgers erken dan ook dat hulle swaarkry as gevolg van 'n gevoel van skaamte, vrees vir openbaarmaking en negatiewe beoordeling van ander.

Krishna, et al. (2005:492-493) bevestig dat die deelnemers aan hulle navorsing ook die status

van hulle siek familielid geheim gehou het uit vrees vir die moontlike gevolge. Dit het ook tot gevolg gehad dat hulle hulle interaksie met buitelanders verminder het ten einde hulleself te beskerm teen die gedurige navrae en ondersoeke. Hierdie aksie het egter weer tot gevolg dat dit die ondersteuningsnetwerke wat tot die familie se beskikking is, beperk, en dit maak die aanpassing met MIV moeiliker.

Daar is ook ander familieledes as VIGS-versorgers wat openlik daarmee leef, en dit nie as 'n geheim hanteer nie. Hulle ignoreer die VIGS stigma en leef openlik van die begin af in hulle versorgerrol (Brown & Powell-Cope, 1994:47). Krishna, et al. (2005:491) wys daarop dat familieledes as VIGS-versorgers baie spanning ervaar wanneer hulle die status van hulle siek familielid geheim hou. Hulle is nie in staat om die spanning alleen te verduur nie, en gevolglik verlig hulle die spanning deur met iemand daaroor te praat. Hulle is ook nie in staat om dit met hulle onmiddellike familie te bespreek nie omdat hulle ook spanning ervaar. Gevolglik bespreek hulle dit met iemand anders. Krishna, et al. (2005:491) postuleer dat familieledes te kenne gegee het dat hulle dan gevoel het hulle word ondersteun, en daar is begrip vir hulle.

Hierdie houding het ook sekere voordele (Brown & Powell-Cope, 1994:50-51). Die familieledes as VIGS-versorgers ervaar dat hulle skielik toegang het tot nuwe bronne. Die versorger se geïrriteerdheid en gespannenheid by die werk kan verklaar word, en 'n meer buigbare werkskedule kan aangevra word. Verder kan hy/sy ook staatmaak op emosionele ondersteuning van mense wat begrip het vir hulle omstandighede.

Dit wil dus voorkom asof die vraag of die familielid as VIGS-versorger die status van sy siek familielid, en die feit dat hy/sy as versorger vir hierdie familielid optree, moet bekend maak, dikwels vir hom/haar 'n groot vraagstuk is. Sommige versorgers ervaar dit positief deur die situasie bekend te maak, terwyl ander baie twyfel daaroor het, en verkies om dit geheim te hou. Hierdie twyfel word ook ondervind as gevolg van die stigma en verwerping wat soms volg op die bekendmaking van die pasiënt se status.

7.3.2.10 Verandering in familie se funksionering

Familieledes as VIGS-versorgers rapporteer dat die status van die siek familielid, en die feit dat hulle versorging nodig het, daartoe lei dat daar veranderinge in die rol van die familieledes se rolvervulling is. Krishna, et al. (2005:493) bevestig dat hulle navorsing aan die lig gebring

het dat die versorging van 'n siek familielid baie spanning plaas op die versorger, asook op die res van die familie. Familielede as versorgers ervaar dat die toename in verantwoordelikhede definitiewe spanning plaas op die familielede ten opsigte van hulle rolvervulling. Dikwels gebeur dit dat die versorger ook nog die broodwinnerrol moet vertolk, en dit is vir hulle baie vermoeiend en spanningsvol.

Familielede as VIGS-versorgers beleef ook skuldgevoelens wanneer goeie familieverhoudinge belemmer word weens die versorging van die pasiënt. Die agteruitgang van die pasiënt dra by tot belemmerde verhoudings. Gesinne, by wie die verantwoordelikheid van die versorging van 'n VIGS-lyer lê, se rol en roetine word ook ontwrig (Rait, Ross & Rao, 1997:215).

Steenkamp en Potgieter (2008:6) vat bogenoemde saam wanneer hulle daarop wys dat 'n verskeidenheid van stressors bydra tot die negatiewe aspekte van versorger-belewing soos blootstelling aan onbekende situasies, gebrekkige beradingsvaardighede, gevoelens van skuld, stres en magteloosheid en twyfel aan eie vermoëns tot hulpverlening. Hulle bevestig egter dat dit maar enkele van die negatiewe belewinge van VIGS-versorgers is.

Dit blyk dus dat die negatiewe ervarings van die familielid as VIGS-versorger soms vir hom/haar moeilik is om te hanteer. Hulle ervaar situasies soos take wat hulle moet oorneem, verandering van die verhouding met die VIGS-lyer, verskillende implikasies wat dit vir hulle as versorgers inhou soos byvoorbeeld spanning, stigma en depressie. Verder vereis dit ook emosioneel baie van hulle, en moet hulle ook nog bestand wees teen diskriminasie van familielede sowel as die breër gemeenskap. Dit skep dikwels by hulle gevoelens van onder andere hulpeloosheid.

7.4 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is aandag gegee aan die familielede as primêre VIGS-versorgers soos dit uit die literatuur na vore kom. Daar is gekyk na die omskrywing van 'n primêre versorger en versorging. Verder is ook indringend gekyk na wat die literatuur sê oor familielede as primêre VIGS-versorgers. Een van die aspekte wat hier aandag geniet het, is die omskrywing van familielede as primêre VIGS-versorgers. Aandag is ook gegee aan die eienskappe waarvoor familielede as primêre VIGS-versorgers behoort te beskik om hulle taak vir hulleself en die VIGS-lyer makliker te maak, hulle bereidwilligheid om as primêre versorger op te tree,

die hulpbronne tot hulle beskikking, probleme waarmee hulle te kampe kan kry, asook hulle behoeftes en ervarings.

Ten opsigte van die ervarings van familieledede as primêre VIGS-versorgers, is aandag gegee aan hulle positiewe sowel as hulle negatiewe ervarings. Die positiewe ervarings wat uitgelig is, is persoonlike groei wat deur versorgers ervaar is, begrip vir ander wat verbeter het, die feit dat hulle meer op hulle gemak geraak het tydens hulle interaksie met die VIGS-lyer asook positiewe persoonlikheidsveranderinge wat hulle beleef het. Versterking van reeds bestaande verhoudings, asook die begin van 'n nuwe verhouding is verdere positiewe ervarings deur VIGS-versorgers wat deur die literatuur uitgelig is. Die verkryging van perspektief asook hulle toename in kennis van MIV/VIGS en hulle gevoel van tevredenheid en sukses wanneer hulle sien hoe 'n pasiënt se toestand verbeter is verdere positiewe ervarings wat geïdentifiseer is.

Met betrekking tot negatiewe ervarings van familieledede as primêre VIGS-versorgers, het die literatuur aspekte geïdentifiseer soos byvoorbeeld die verlies/verandering van die versorger se verhouding met die VIGS-lyer, emosionele ervarings wat soms negatief was, diskriminasie in die gesondheidssektor, hulpeloosheid, frustrasie en ongeduld. Nog 'n negatiewe ervaring wat na vore gekom het, is die futiliteit wat versorgers beleef ten opsigte van die versorging omdat hulle voel die pasiënt gaan in elk geval sterf. Die kwessie van geheimhouding of bekendmaking van die MIV-status van die pasiënt is 'n verdere negatiewe ervaring van versorgers, en die feit dat hulle onseker is oor watter die regte besluit sou wees om te neem. Die verandering in die familie se funksionering, en die konflik wat dikwels daarmee gepaard gaan, is ook 'n negatiewe ervaring van versorgers wat deur die literatuur geïdentifiseer is. Aandag is dus in hierdie hoofstuk aan die familielid as primêre VIGS-versorger gegee, en 'n breë spektrum in die verband is gedek.

In die volgende hoofstuk sal gekyk word na die navorsingsresultate soos dit in hierdie navorsing na vore gekom het, en sal ook moontlik bepaal kan word hoeveel van hierdie teoretiese data in die navorsing manifesteer.

HOOFSTUK 8

FAMILIELEDE AS PRIMÊRE VIGS-VERSORGERS SE BELEWENISSE EN SOSIO-EMOSIONELE BEHOEFTE: NAVORSINGSBEVINDINGE

8.1 INLEIDING

In Hoofstuk 1 is aangedui dat, hoewel verskeie aspekte rakende VIGS deur literatuur gedek word soos die voorkoms van MIV/VIGS, die oorsake, VIGS en die huishouding, tuisversorging, VIGS en die familie, die familie as bron van ondersteuning, en die gesin as faset van tuisgebaseerde sorg (vgl. Kaiser, 2002; Pequegnat & Szapoczni, 2000; Bor & Elford, 1998; Brown & Powell-Cope, 1994; Bunting, 2001), die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledes as VIGS-versorgers nie spesifiek aangespreek word nie. Slegs een bron oor die belewenisse van jonger dogters en ouer vrouens as versorgers van MIV/VIGS kon opgespoor word (vgl. Lindsey, et al., 2003), en 'n ander bron oor die gesin as faset van tuisgebaseerde sorg vir die verswakte MIV- en VIGS-pasiënt (vgl. Steyn, et al. 2006), maar dit het slegs gehandel oor die belewenisse van die versorgers, en nie die behoeftes van hierdie versorgers aangespreek nie.

In die meegaande hoofstuk word die navorsingsresultate verkry vanuit die semi-gestruktureerde onderhoude wat met familieledes as primêre VIGS-versorgers gevoer is, vervat. Die ingesamelde data is geanaliseer en gekodeer, en tot temas, subtemas, kategorieë en subkategorieë gereduseer. Aanhalings vanuit die navorsingsonderhoude sal gebruik word om die temas, subtemas, kategorieë en subkategorieë te omskryf en te verifieer. Waar moontlik sal dit dan ook met relevante literatuur vergelyk word (Creswell, 2014).

8.2 METODE VAN DATA-INSAMELING EN DATA-ONTLEDING

In Hoofstuk 2 van hierdie verslag word 'n volledige uiteensetting gegee van die data-insamelingsprosedure wat gevolg is. In tabel 8.1 en 8.2 in hierdie hoofstuk word 'n demografiese profiel verskaf wat 'n uiteensetting gee van die deelnemers aan die navorsing, sowel as die VIGS-lyers wat deur hulle versorg word. Die semi-gestruktureerde onderhoude is geformuleer met die doel voor oë om antwoorde te bekom op die volgende oorhoofse navorsingsvraag: "*Wat is die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledes as primêre VIGS-versorgers*". Ten einde hierdie vraag in diepte te beantwoord, is die semi-

gestruktureerde onderhoude met elke deelnemer aan die hand van die volgende basiese vrae gefasiliteer:

- Vertel vir my van die pasiënt se siekte
- Wat het jy beleef nadat jy besef het hy/sy het VIGS?
- Hoe beleef jy die versorging van jou siek familielid?
- Vertel vir my hoe die familielid se siekte julle verhouding beïnvloed
- Watter tipe ondersteuning kry jy met die versorging van jou siek familielid? Hoe beleef jy dit?
- Watter dienste dink jy is nodig om familieleden as VIGS-versorgers te help en te ondersteun?
- Enige raad aan ander families wat deur 'n soortgelyke ervaring gaan?

Hierdie onderhoude is in Afrikaans gevoer, op band geneem en woordeliks getranskribeer en volgens Tesch (in Creswell, 1994:155) se riglyne geanaliseer.

Na die data-analise, is die volgende temas geïdentifiseer:

- Kennis van die siektetoestand
- Versorging van die VIGS-lyer
- Risiko-gedrag
- Ander mense se reaksies
- Versorger se gevoelens en reaksies
- Ondersteuning wat ontvang is met die versorging van die VIGS-lyer
- Effek van pasiënt se versorging op verhouding tussen versorger en pasiënt
- Verandering van versorger se lewe as gevolg van die versorging
- Belewensse ten opsigte van die sterwensproses
- Behoeftes ten opsigte van versorging
- Dienste wat benodig word
- Raad deur deelnemers aan ander familieleden as VIGS-versorgers.

In tabel 8.3 verder aan in hierdie hoofstuk word 'n uiteensetting gegee van die verskillende temas, subtemas, kategorieë en subkategorieë. Daarna word elkeen van hierdie temas met die gepaardgaande subtemas, kategorieë en subkategorieë volledig bespreek. Die demografiese profiele van die deelnemers en die VIGS-lyers sal vervolgens in tabelle 8.1 en 8.2 aangebied word.

Tabel 8.1: Demografiese profiel van die deelnemers aan die navorsing

Deelnemer	Ouderdom	Kultuur			Taal			Geslag		Huwelikstatus						Skool- opleiding	Godsdiens	Beroep	Aantal afhanklikes	
		S	B	W	A	E	X	M	V	G	O	S	W	V	L					
1	48		*		*				*		*						Gr 7	C	Werkloos	3
2	55	*			*		*		*	*							0	C	Werkloos	1
3	53		*		*				*	*							Gr 5	C	Skoonmaker	6
4	52		*		*				*	*							0	C	Werkloos	3
5	53		*		*				*	*		*					Gr 4	C	Werkloos	0
6	47		*		*			*		*							Gr 12	C	Instandhouding	2
7	44		*		*				*	*							Gr 12	C	Tuisverpleging	3
8	48		*		*			*		*							Gr 6	C	Werkloos	4
9	44		*		*		*		*	*							Gr 3	C	Huisvrou	4
10	44	*			*				*	*							Gr 3	C	Werkloos	4

Verduideliking van simbole:

Kultuur: S = Swart; B = Bruin; W = Wit**Taal:** A = Afrikaans; E = Engels; X = Xhosa**Geslag:** M = Manlik; V = Vroulik**Huwelikstatus:** G = Getroud; O = Ongetroud; S = Geskei; W = Wewenaar/Weduwee; V = Vervreem; L = Saamleefverhouding/Vriend/Vriendin**Godsdiens:** C = Christen**Tabel 8.2: Demografiese profiel van die vigs-lyers en hulle verwantskap tot hulle versorgers**

Pasiënt	Ouderdom	Kultuur			Taal			Geslag		Huwelikstatus						Skool- opleiding	Gods- diens	Beroep	Aantal afhanklikes	Versorger se verwantskap met VIGS- lyer	
		S	B	W	A	E	X	M	V	G	O	S	W	V	L						
1	37		*		*				*								Gr 6	C	Werkloos	0	Vriendin
2	58	*			*		*	*		*							0	C	Werkloos	2	Eggenote
3	4		*		*			*		*							0	C	Kleuter	0	Ouma
4	22		*		*			*		*							Gr 6	C	Werkloos	0	Moeder
5	27		*		*			*		*							Gr 9	C	Werkloos	0	Moeder
6	16		*		*			*		*							Gr 12	C	Skolier	0	Vader
7	16		*		*			*		*							Gr 12	C	Skolier	0	Moeder
8	43		*		*			*		*							Gr 7	C	Werkloos	6	Eggenoot
9	55	*					*	*		*							Gr 5	C	Werkloos	5	Eggenote
10	7	*					*	*		*							Gr 1	C	Skolier	0	Ouma

Verduideliking van simbole:

Kultuur: S = Swart; B = Bruin; W = Wit**Taal:** A = Afrikaans; E = Engels; X = Xhosa**Geslag:** M = Manlik; V = Vroulik**Huwelikstatus:** G = Getroud; O = Ongetroud; S = Geskei; W = Wewenaar/Weduwee; V = Vervreem; L = Saamleefverhouding/Vriend/Vriendin**Godsdiens:** C = Christen

Die navorser het tien deelnemers by die navorsing betrek aangesien die data reeds vanaf die sewende onderhoud data-versadiging begin wys het, en die navorser nog onderhoude gevoer het ten einde seker te maak dat daar nie nog nuwe inligting na vore kom nie. 'n Bespreking van die demografiese profiel van die deelnemers sal vervolgens aandag geniet.

In hierdie navorsing is sewe van die deelnemers uit die bruin gemeenskap, terwyl drie van die deelnemers uit die swart gemeenskap is. Die navorser het probleme ervaar om deelnemers uit die wit en Indiër gemeenskappe te werf ten spyte van verskeie pogings wat aangewend is (kyk Bylaag 6).

Die deelnemers aan die navorsing was almal Afrikaans magtig, hoewel drie van hierdie deelnemers se huistaal Xhosa is. Die navorser het egter geen probleme ondervind om die onderhoud in Afrikaans te voer nie, aangesien die deelnemers ook goed Afrikaans kon praat en verstaan. Al die onderhoude is in Afrikaans gevoer.

'n Sterk kenmerk van die navorsing was dat die meeste van die deelnemers, naamlik agt uit die tien vrouens was. Dit kan ook gesien word as bevestiging van die literatuur wat daarop wys dat die verantwoordelikheid vir die versorging van 'n VIGS-lyer dikwels op die skouers van 'n vrou rus (vgl. Bunting, 2001:131).

Wat die ouderdomme van die versorgers betref, is dit opvallend dat die meeste van die versorgers tussen die ouderdomsgroep 40-55 jaar oud is. Uit hierdie navorsing blyk dit dus dat, behalwe dat die meeste versorgers vrouens is, dit ook vrouens is wat reeds in hulle middeljare is.

Die meeste van die deelnemers aan die navorsing, naamlik agt uit die tien, is getroud. Slegs twee van die deelnemers aan die navorsing is ongetroud, of handhaaf 'n saamleefverhouding. Een van die deelnemers is 'n vriendin van die pasiënt, drie is 'n huweliksmaat, vier is die ouer van die pasiënt en twee is die grootmoeder van die pasiënt. By nege van die tien deelnemers aan die navorsing is daar ook nog ander persone in die huishouding wat aanspraak maak op hulle aandag en versorging, naamlik kinders of 'n lewensmaat.

Al die deelnemers aan die navorsing het te kenne gegee dat hulle Christene is, en uit die strekking van die verskillende onderhoude, was dit ook duidelik dat hulle almal getuig het dat hulle krag van die Here ontvang om die versorging van die VIGS-lyer te behartig.

Ten opsigte van die beroepe wat deur die onderskeie deelnemers beoefen word, was dit opvallend dat 'n groot deel van die deelnemers, naamlik sewe, werkloos is, waarvan twee huisvrouens is. Dit is as gevolg van die feit dat hulle óf as gevolg van 'n gebrek aan voldoende kwalifikasies, óf as gevolg van die feit dat hulle self geïnfekteer is, óf weens die feit dat die pasiënt voltydse versorging benodig, nie in staat is om buitenshuis te gaan werk nie.

Wat die opleiding van die deelnemers betref, het slegs twee uit die tien deelnemers sekondêre skoolopleiding voltooi. Van die tien deelnemers aan die navorsing, het ses slegs primêre skoolopleiding voltooi, en twee het geen skoolopleiding ontvang nie. Dit dra waarskynlik daartoe by dat hulle dit moeilik vind om die arbeidsmark te betree.

Ten opsigte van die VIGS-lyers wat deur die deelnemers versorg word, het slegs drie sekondêre skoolopleiding waarvan twee nog skoliere is. Een van die VIGS-lyers het geen skoolopleiding ontvang nie, en vyf van die VIGS-lyers het slegs primêre skoolopleiding ontvang, waarvan een nog 'n skolier is. Een is nog voorskools.

Wat die ouderdomme van die VIGS-lyers betref, blyk dit dat die meeste van hulle in die laer ouderdomsgroepe val. In die ouderdomsgroep 0-10 is daar twee, waarvan een nog voorskools is. Tussen die ouderdomsgroep 10-19 is daar twee. In die ouderdomsgroep 20-29 is daar twee, terwyl daar in die ouderdomsgroep tussen 30-39 slegs een is, en in die ouderdomsgroep 40-49 is ook slegs een. Twee VIGS-lyer is bo 50 jaar.

Die verwantskap tussen die VIGS-lyers en die deelnemers aan die navorsing wissel. In vier van die gevalle is die versorger 'n ouer, in een 'n vriendin, in drie 'n huweliksmaat, en in twee van die gevalle 'n ouma. Dit blyk dus dat die versorger hoofsaaklik 'n familielid is wat met bloedbande aan die VIGS-lyer gekoppel is. Dit bevestig wat deur verskeie navorsers gerapporteer is, naamlik dat in die meeste tradisionele versorgingsituasies is dit die VIGS-lyer se familie van oorsprong wat die taak van versorging behartig (vgl. Steinberg, et al. 2002; Bunting, 2001; Wight, et al., 2003).

Vervolgens sal aandag gegee word aan die inligting wat uit die navorsing na vore gekom het, en wat in temas, subtemas, kategorieë en subkategorieë ingedeel is.

Tabel 8.3: Oorsig van temas, subtemas, kategorieë en subkategorieë

TEMAS	SUBTEMAS	KATEGORIEë	SUBKATEGORIEë
8.3 Kennis van die siektetoestand	8.3.1 Versorger se kennis		
8.4 Versorging van VIGS-lyer	8.4.1 Fisiese versorging	8.4.1.1 Bad/was/skoonmaak 8.4.1.2 Mediese versorging 8.4.1.3 Voorbereiding van kos 8.4.1.4 Help eet / Voer 8.4.1.5 Finansies / Toelaag	
	8.4.2 Probleme met versorging	8.4.2.1 Bad/Was 8.4.2.2 Moegheid 8.4.2.3 Finansies/Gebrek aan voorraad	
8.5 Risiko-gedrag	8.5.1 Risiko-gedrag van versorger	8.5.1.1 Werk sonder handskoene	
	8.5.2 Risiko-gedrag van pasiënt		
8.6 Ander mense se reaksie	8.6.1 Reaksie van familie	8.6.1.1 Positiewe reaksie 8.6.1.2 Negatiewe reaksie	• Ondersteunend / behulpsaam • Verwerping/Vermyding • Stigma as gevolg van status
	8.6.2 Reaksie van werkgewer/kollegas	8.6.2.1 Positiewe reaksie	
8.7 Versorger se gevoelens en reaksies (emosionele ervarings)	8.7.1 Gevoelens en reaksie op bekendmaking van pasiënt se status	8.7.1.1 Persoonlike gevoelens	• Ongeloof • Skok • Voel sleg • Voel niks • Skuldgevoel • Hoop
		8.7.1.2 Gevoelens teenoor pasiënt	• Teleurstelling • Aanvaarding • Ondersteuning / verantwoordelik

TEMAS	SUBTEMAS	KATEGORIEë	SUBKATEGORIEë
	8.7.2 Gevoelens en reaksies oor versorging van pasiënt	8.7.2.1 Persoonlike gevoelens en reaksies 8.7.2.2 Gevoelens en reaksies teenoor pasiënt 8.7.2.3 Gevoelens teenoor ander	<ul style="list-style-type: none"> • Moeg/Uitgeput • Hartseer en Pyn • Onseker oor einde • Onsekerheid oor die siekte • Desperaatheid • Moedeloos • Gewete pla • Kommer / Stress • Frustrasie / Ongeduld • Beskerming • Liefde • Seer • Stukkend
8.8 Ondersteuning wat ontvang is met versorging	8.8.1 Versorgers se ondersteuningsbronne en aard van ondersteuning	8.8.1.1 Ondersteuning deur familie 8.8.1.2 Ondersteuning deur Professionele personeel	<ul style="list-style-type: none"> • Seun • Swaer • Dogter • Lewensmaat • Tuisversorgers • Mediese Suster • Kerk • Begrafnisondernemers • Maatskaplike Werker
	8.8.2 Pasiënt se ondersteuningsbronne	8.8.1.3 Ondersteuning deur werkgewer en kollegas 8.8.1.4 Ondersteuning deur die Here 8.8.2.1 Professionele persone	<ul style="list-style-type: none"> • Mediese Suster • Tuisversorgers

TEMAS	SUBTEMAS	KATEGORIEë	SUBKATEGORIEë
	8.8.3 Ervaring van ondersteuning ontvang	8.8.2.2 Familie 8.8.2.3 Vreemdelinge 8.8.3.1 Positiewe ervaring	<ul style="list-style-type: none"> • Seun • Broer • Professionele persone • Die kerk • Werkgewer en kollegas • Die Here
8.9 Effek van pasiënt se versorging op verhouding tussen versorger en pasiënt	8.9.1 Geen verskil 8.9.2 Positiewe effek 8.9.3 Negatiewe effek		
8.10 Verandering van versorger se lewe as gevolg van die versorging van die VIGS-lyer	8.10.1 Geen verskil 8.10.2 Positiewe verandering 8.10.3 Negatiewe verandering	8.10.3.1 Finansiële verlies 8.10.3.2 Maatskaplike verandering	
8.11 Belewensse ten opsigte van die sterwensproses	8.11.1 Gevoelens na afsterwe van pasiënt	8.11.1.1 Positiewe gevoelens 8.11.1.2 Negatiewe gevoelens	<ul style="list-style-type: none"> • Berusting • Pyn en Hartseer
8.12 Behoeftes ten opsigte van die versorging van die pasiënt	8.12.1 Behoeftes van die versorger	8.12.1.1 Konkrete behoeftes	<ul style="list-style-type: none"> • Beddegoed • Klere en skoene • Toiletries • Hulp met versorging van pasiënt • Kos en Kosmaak • Huis skoonmaak • Wasgoed was

TEMAS	SUBTEMAS	KATEGORIEë	SUBKATEGORIEë
	8.12.2 Behoeftes van pasiënt	8.12.1.2 Emosionele behoertes 8.12.2.1 Konkrete behoeftes 8.12.2.2 Emosionele behoeftes	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeling van groentetuin • Iemand om mee te praat • Ruskans / Respite • Liefde • Ondersteuning
8.13 Dienste wat benodig word	8.13.1 Dienste aan familieledede as primêre Vigs-versorgers	8.13.1.1 Plaasvervanger 8.13.1.2 Respite 8.13.1.3 Voedsel / klere 8.13.1.4 Hulp met versorging 8.13.1.5 Berading Vervoer	<ul style="list-style-type: none"> • Gebruik van medikasie • Individuele berading • Groepe
8.14 Raad deur deelnemers aan ander familieledede as VIGS-versorgers	8.14.1 Raad oor hoe om die versorging te hanteer	8.14.1.1 Kry hulp by professionele persone 8.14.1.2 Vra die Here om hulle te help 8.14.1.3 Moenie moedeloos raak nie 8.14.1.4 Hulle moet geduldig wees 8.14.1.5 Beweeg soms weg van die probleem 8.14.1.6 Bly by pasiënt tot die einde 8.14.1.7 Geleidelike losmaking van die pasiënt 8.14.1.8 Raad ten opsigte van die versorging self	

8.3 TEMA 1: KENNIS VAN DIE SIEKTETOESTAND

Oor die algemeen het dit geblyk dat die deelnemers aan die navorsing 'n redelike kennis het oor MIV/VIGS. Dit gebeur egter steeds dat daar mense is wat oor geen of min kennis van hierdie siektetoestand beskik. Viljoen (2003:2) verwys na 'n ondersoek wat gedoen is en bevind het dat net een uit tien jong mense hul kans om MIV/VIGS op te doen, as hoog beskou. Die opname bewys dat deelnemers onder die indruk verkeer dat MIV/VIGS net "ander mense" raak.

8.3.1 Subtema: Versorger se kennis

Onkunde oor die siekte kan as een van die hoofredes vir die epidemie in Suidelike Afrika beskou word (Olivier, 2008:3). 'n Peiling wat op ses Namibiese dorpe gedoen is, het bevind dat mense se kennis van die belangrikste risikofaktore oor MIV en VIGS steeds onvoldoende is. Slegs 39% tot 54% van die deelnemers aan daardie ondervragings kon sonder twyfel aanhaal dat om meer as een seksuele maat te hê, 'n groot MIV risiko is.

In hierdie navorsing het een deelnemer te kenne gegee dat sy niks weet van die siekte nie. Sy het dit soos volg verwoord:

"Ek weet niks van HIV af nie. Ek weet niks van dit af nie. Ek sien die mense leer van dit maar ek het nog nooit van dit geleer nie".

Die moontlikheid dat hierdie deelnemer in ontkenning is, kan egter nie buite rekening gelaat word nie.

Van die ander deelnemers het laat blyk dat die kennis wat hulle deur middel van opleiding oor MIV/VIGS en die gevolge daarvan bekom het, by hulle 'n beter begrip vir die waarskynlike verloop van die siektetoestand, asook vir hulle eie ervarings gekweek het. Een deelnemer het soos volg hierop gereageer:

"...toe ons by HAART-kliniek begin het, het ons groepies gemaak dan het ons altyd gesels met mekaar saam met die berader, dan het sy altyd vir ons gesê ons moet nou dit doen of ons moet nou dit doen".

8.4 TEMA 2: VERSORGING VAN DIE VIGS-LYER

Semi-gestruktureerde individuele onderhoude is met die deelnemers gevoer wat aan hulle die geleentheid gegee het om hulle belewinge ten opsigte van die versorging van 'n familielid met VIGS op 'n spontane wyse met die navorser te deel. UNAIDS (2000:5), en Aujoulat, Libion, Bois, Martin en Deccacha (2002:213) wys daarop dat die versorging van MIV/VIGS-pasiënte toenemend die verantwoordelikheid van familielede word. Dit wil dus voorkom asof die *mikrovlak* van die ekologiese perspektief grootliks hier ter sprake is.

Dit blyk ook uit hierdie navorsing dat binne die familie die versorgingsrol ook hoofsaaklik deur vroulike familielede (*mikrovlak*) vervul word. Die take wat familielede as VIGS-versorgers moet verrig, val dikwels buite die grense van formele versorging, en kan volgens Theis, Cohen, Forrest en Zelewsky (1997:77) die huishouding, persoonlike higiëne, mediese versorging, vervoer van en emosionele ondersteuning aan die pasiënt insluit. Die taak van die familielid as primêre VIGS-versorger kan dus dikwels gepaard gaan met 'n wye verskeidenheid verantwoordelikhede wat 'n ingrypende invloed op die versorger se psigologiese welstand kan hê (Flaskerud, Carter & Lee, 2000:121).

Die inherente pligsgevoel wat familielede as VIGS-versorgers teenoor die VIGS-pasiënt het, die feit dat die versorgers dikwels byna onwetend die verantwoordelikhede van die pasiënte op hulself neem, die omverwerp van versorgers se persoonlike roetine en die ontwrigtende effek daarvan op hul persoonlike verhoudinge, sosiale en werksfunksionering dra alles by tot die stres wat familielede as VIGS-versorgers daaglik ervaar (vgl.: Gueritault-Chalvin, Kalichman, Demi & Peterson, 2000:150; Van Wyk, 2002:22; Boyd-Franklin, et al., 1995:218; McDonell, et al., 1991:44; Flaskerud, et al., 2000:121).

Hierdie situasie word, volgens De Figueiredo en Turato (2001:637) dikwels vererger deur die gebrekkige emosionele ondersteuning en professionele leiding, asook, volgens Uys (2002:102), die gebrekkige erkenning wat informele versorgers, waarvan familielede deel is, ontvang. Addisioneel hiertoe noem De Figueiredo en Torato (2001:633) en Gueritault-Chalvin, et al. (2000:150) dat stres vererger word deur die versorger se vrees vir infeksie en jammerte teenoor die pasiënt as gevolg van sy of haar fisiese agteruitgang, hulpeloosheid wanneer die dood van die pasiënt onvermydelik blyk te wees en stigmatisering van die MIV/VIGS-pasiënt en sy versorger vanuit die gemeenskap. Veral ten opsigte van die fisiese

versorging van die pasiënt word daar baie van die versorger vereis, en daar sal vervolgens gekyk word na die fisiese versorging van die familielid met VIGS.

8.4.1 Subtema: Fisiese versorging

Die fisiese versorging van die VIGS-pasiënt bestaan uit verskillende tipes dienste aan die pasiënt. In hierdie navorsing is die volgende dienste wat die deelnemers aan die pasiënte verskaf, geïdentifiseer, en daarna sal dit as kategorieë bespreek word:

- Die bad/was/skoonmaak van die pasiënt
- Mediese versorging
- Voorbereiding van kos
- Help eet / voer van pasiënt
- Finansies / Toelaag.

8.4.1.1 Kategorie: Bad/was/skoonmaak

Versorgers van familieledede met VIGS wat deelgeneem het aan hierdie navorsing het te kenne gegee dat ‘n groot deel van hulle tyd wat hulle spandeer aan die fisiese versorging van hulle pasiënte bestaan uit aktiwiteite soos die was en bad van die pasiënt, ruil van linne en die skoonmaak wanneer hulle hulle vuil gemaak het. Hulle verwoord dit soos volg:

“Ek moet vir hom was, en skoonmaak en weer skoon klere gee”.

“Toe’t ek haar nou gebad, gesorg dat sy skoon is...”

“Ek moes haar was. Ek moes haar kop was, ek moes haar lyf was, as sy vuil maak moes ek haar was. Ek het alles vir haar gedoen. Tot haar wasgoed moes ek was”

“ek sorg dat hy sy droë kimbie aan het en dat hy skoon is”

“as ek sien hy is vuil, dan was ek hom en trek hom skoon aan”

“ek moes die kamer skoongemaak het waar ons bly, die kinders se klere, haar klere, haar liggaam”.

Simms en Moss (1991:10) bevestig dat die fisieke versorging van die verswakte MIV/VIGS-pasiënt ‘n groot uitdaging is.

8.4.1.2 Kategorie: Mediese versorging

Hoewel die mediese versorging van ‘n pasiënt tradisioneel ‘n professionele diens is, en op die *ekovlak* van die ekologiese perspektief soos omskryf deur Faul (1989:1) en Hillery (1972:93)

val, is dit nog 'n vorm van fisiese versorging deur die versorger op die *mikrovlak* aan die familielid met VIGS en vereis soms ook sekere vaardighede van die versorger. Dit kom na vore uit die volgende aanhalings vanuit die navorsingsonderhoude:

“toe het ek ... haar medikasie vir haar gegee”

“hy moet sy medisyne op sy tyd kry”

“en sy medisyne ... op sy tyd”

“gereeld op datum kliniek toe”

“Ek moes haar altyd kliniek toe geneem het, en as sy hospitaal toe moet gaan moet ek haar hospitaal toe geneem het”.

“ek moes kyk dat sy haar pille drink op die regte tyd”

“...en elke dag se pille sit ek so in dat sy nou weet watter pille is watter dag s'n”.

Hoewel hospitalisasie (*ekovlak van versorging*) soms ook nodig is wanneer die pasiënt so siek raak dat hy/sy nie meer tuis versorg kan word nie, skep dit op sy beurt ook onsekerheid by die versorger. Deelnemers aan die navorsing verwoord die noodsaaklikheid van hospitalisasie as deel van die versorging wanneer hulle nie meer oor die nodige kundigheid beskik om voort te gaan nie, soos volg:

“toe raak ... so siek dat sy nie meer kon loop nie. Ek het haar hospitaal toe gevat. Sy het daar gelê van die Woensdag af tot die Maandag”.

“Toe neem hulle haar Harry Comay toe. Sy was so deurmekaar”.

Bharat en Aggleton (1999:28) is van mening dat, alhoewel hospitalisasie dikwels 'n verligting vir versorgers is, hulle ook die reis tussen die hospitaal en die huis as 'n ekonomiese en fisieke las kan ervaar.

8.4.1.3 Kategorie: Voorbereiding van kos

'n Groot deel van die versorging van familieledede as VIGS-lyers bestaan ook uit die voorbereiding van voedsel. Sommige van die deelnemers het ook te kenne gegee dat van die pasiënte ook sekere voorkeure het waaraan voldoen moet word wanneer dit kom by hulle kos. Die volgende aanhalings uit die getranskribeerde onderhoude onderlê hierdie stelling:

“Ek moet vir hom kos kook. Sekere kos wat hy wil hê. As hy wil vleis hê wil hy vleis hê. As hy wil droë pap hê... dan eet hy daai droë pap”.

“Ouma, by die crèche kry ons brood en sap”.

As gevolg van die pasiënt se siekte, en die feit dat die versorger vir hom/haar jammer is,

probeer hulle so ver moontlik aan die pasiënt se wense ten opsigte van kosvoorkeure beantwoord. Op hierdie wyse voel die versorger ook dat hy/sy die lyding vir die siek familielid draagliker maak. Geen literatuur kon oor hierdie onderwerp opgespoor word nie, en dit blyk dat hierdie bevinding uniek aan die navorsing is.

8.4.1.4 Kategorie: Help eet/voer

Wanneer die pasiënt sodanig verswak is dat hy/sy nie self kan eet nie, is deel van die familielid se verantwoordelikheid ook om toe te sien dat hy/sy eet, en beteken dit dikwels dat die pasiënt gevoer moet word. Van die deelnemers het hulle versorging in die verband soos volg verwoord:

“... en ek sorg dat hy sy kos op sy tyd kry”.

“... dat sy eet en drink”.

“... haar iets gegee om te eet”.

“soms moet jy hulle voer ook”.

Hierdie kan ‘n tydrawende aktiwiteit wees, veral as die siek familielid probleme het om te sluk. Versorgers kan dan moedeloos raak, aangesien die onvermoë om te sluk daartoe aanleiding gee dat die pasiënt nie sy medikasie kan gebruik nie. Hierdie moedeloosheid van die versorgers kan, volgens Bray en Fruge (2000:36) ‘n bron van kommer wees aangesien dit daartoe kan lei dat die versorger moed opgee met die versorging.

8.4.1.5 Kategorie: Finansies / Toelaag

Die versorging van ‘n familielid met VIGS het dikwels heelwat finansiële uitgawes tot gevolg omdat hulle soms baie nodig het. Dit beteken ook dat die familielid as versorger gemoeid raak met die aansoek vir ‘n toelaag vir die siek familielid soos blyk uit die volgende aanhalings:

“Ek het haar gehelp om Allpay te kry...”

“Dit verg finansiële baie van ons om haar te versorg”

Stein (1997:20) bevestig dat daar ‘n agteruitgang in die finansiële status van die gesin is as gevolg van die feit dat die pasiënt sowel as die primêre versorger nie meer ‘n inkomste genereer nie.

8.4.2 Subtema: Probleme met versorging

Versorgers beleef soms die versorging van die VIGS-pasiënt as problematies. Dit gebeur veral wanneer dit kom by die fisiese versorging van die pasiënt wat soms baie uitputtend kan wees, en dikwels het die versorger nie ander hulp om hiermee behulpsaam te wees nie wat daarop dui dat die ander vlakke van die ekologiese perspektief nie hier betrokke is nie. Die versorgers in hierdie navorsing se belewenisse ten opsigte van probleme met die fisiese versorging van die VIGS-pasiënte kan in die volgende kategorieë ingedeel word:

- Bad/was/skoonmaak van pasiënt
- Moegheid van die versorger
- Finansies / gebrek aan voorraad.

Aandag sal vervolgens aan elkeen van hierdie kategorieë gegee word.

8.4.2.1 *Kategorie: Bad/was/skoonmaak van pasiënt*

Familieledes as VIGS-versorgers ervaar soms die bad en/of was van die pasiënt as 'n probleem. Omdat hulle dikwels alleen verantwoordelik is vir die versorging van die pasiënt, vind hulle dit moeilik om hom/haar alleen te hanteer met die wasproses, veral as hulle self siek is. Verder gebeur dit ook dat die pasiënt moeilik is en nie sy/haar samewerking wil gee nie. Een van die deelnemers verbaliseer dit soos volg:

“dit is nou ‘n bietjie moeilik soms, want sy is nie elke dag dieselfde nie. Jy ervaar dit soms moeilik”.

Antle, Wells, Goldie, Dematteo en King (2001:1) beklemtoon dat versorgers onsekerheid kan beleef, aangesien VIGS onvoorspelbare gesondheids-veranderinge tot gevolg het.

Ander probleme ten opsigte van die was/bad van die pasiënt wat deur die deelnemers geïdentifiseer is, is as volg:

“... hy is nou ‘n mansmens. Nou ek kan nie so al die plekke van hom was nie”.

“... want hy moet iemand het wat hom kan help om op te staan, dan trek ek hom aan”.

“Party dae het dit my so frustreer as ek haar wil was, dan weier sy”.

“In die oggende dan wil ek net haar blaai was, dan weier sy. Dan sal sy nou vloek. Dan sukkel ek net om haar gewas te kry”.

Cullinan (2001:19) bevestig dat die versorging van 'n pasiënt frustrasie tot gevolg kan hê.

8.4.2.2 *Kategorie: Moegheid*

Versorgers beleef dikwels moegheid as gevolg van fisiek uitputtende aktiwiteite soos die was van die pasiënt, rug- en drukplekversorging en die massering van die pasiënt. Een van die deelnemers het dit byvoorbeeld soos volg verwoord:

“... net die moegheid”.

Simms en Moss (1991:10) bevestig dat die fisieke versorging van die verswakte VIGS-lyer ‘n groot uitdaging is.

8.4.2.3 *Kategorie: Finansies/gebrek aan voorraad*

Finansies, en die gepaardgaande gebrek aan noodsaaklike voorraad, is ‘n probleem wat deur die meeste van die deelnemers aan die navorsing uitgewys is as iets wat hulle taak bemoeilik. Omdat die familielid as primêre VIGS-versorger dikwels sy of haar werk moet los om die siek familielid te versorg, soos ook in hierdie navorsing geblyk het, dra dit by tot hierdie probleem. Die volgende aanhalings uit die getranskribeerde onderhoude is bewys hiervan:

“Dit is as gevolg van sy siekte wat ek nie meer kan werk nie, ... want daar is niemand om na hom te kyk nie”.

“dit is nou maar net as daar tekort aan goed is in die huis soos byvoorbeeld kos, as haar kos nou opraak, of sepe en skoonmaakmiddels. Dan is dit nou nie ‘n lekker gevoel nie want dan moet jy moeite kry om daai goed in te kry”.

“toe los ek die werk”.

“Dit is net soms dan het ek nie ‘n ding nie. Dan wil hy brood hê dan is ek verplig om te gaan geld leen en te gaan brood koop”.

“dis maar behoeftes soos kos en so aan”.

“... en ek moet die water betaal”.

Hoewel die siek familielid kan aansoek doen vir ‘n toelaag, en bronne vanuit die *ekovlak* gevolglik betrek kan word om hierdie situasie te verlig, is dit egter nie alle VIGS-lyers wat kwalifiseer vir ‘n toelaag nie, aangesien hulle CD4-telling nog te hoog is. Omdat hulle egter steeds nie in staat is om te werk nie, of nie ‘n werk kan bekom nie, plaas dit ekstra finansiële druk op die familielid as primêre versorger, asook op die res van die gesin. Stein (1997:20) bevestig die finansiële agteruitgang van die gesin.

8.5 TEMA 3: RISIKO-GEDRAG

Dit gebeur soms tydens die versorging van 'n familielid met VIGS dat die versorger sy/haar eie gesondheid in gevaar stel ten einde die pasiënt na die beste van sy/haar vermoë te versorg, en sodoende ook die pasiënt te probeer verseker dat sy/hy vir die versorger aanvaarbaar is soos hulle is. Om aan hulle hierdie versekering te gee probeer die versorger om so op te tree dat die pasiënt nie verwerp voel nie, maar dat hy/sy aanvaar word. Ook die pasiënt maak hom/haar soms teen alle waarskuwings in skuldig aan risiko-gedrag. Enkele tipes risiko-gedrag het tydens hierdie navorsing na vore gekom, en daar word onderskei tussen risiko-gedrag van die versorger, en risiko-gedrag van die pasiënt.

8.5.1 Subtema: Risiko-gedrag van versorger

Versorgers stel hulle bloot aan risiko-gedrag in 'n poging om die pasiënt daarvan te verseker dat hulle aanvaar word. Alhoewel daar in literatuur melding gemaak word van die pasiënt se behoefte aan fisieke kontak as bewys van aanvaarding (vgl. Barbee, Derlega, Sherburne & Grimshaw, 1998:94), blyk die versorgers se kommer oor hulle eie risiko-gedrag volgens Steyn, et al. (2006:1) 'n unieke bevinding te wees. Versorgers se eie risiko-gedrag het veral na vore gekom deurdat hulle hulleself nie beskerm het tydens die versorging van die pasiënt nie soos blyk uit die volgende kategorie.

8.5.1.1 *Kategorie: Werk sonder handskoene*

Risiko-gedrag sluit in om nie handskoene te gebruik wanneer die pasiënt skoongemaak word nie of die pasiënt se wasgoed gewas word nie. Die volgende aanhaling van een van die deelnemers aan die navorsing ondersteun hierdie bevinding:

“ek moes haar kop was, ek moes haar lyf was as sy vuil gemaak het. Ek het alles vir haar gedoen. Tot haar wasgoed moes ek was. Ek moes dit doen met hierdie twee hande van my sonder 'n handskoen”.

Steyn, et al. (2006:8) maak melding van die kommer van deelnemers aan hulle navorsing omdat hulle die pasiënte versorg het sonder handskoene, en dit kom ook in hierdie navorsing soos blyk uit die bogenoemde aanhaling na vore.

8.5.2 Subtema: Risiko-gedrag van pasiënt

Ook by pasiënte kom risiko-gedrag voor. Ten spyte daarvan dat mense bewus is van MIV/VIGS, is baie steeds nie getrou aan hulle lewensmaats nie en knoop losse verhoudings aan. ‘n Peiling wat, volgens Olivier (2008:3), op ses Namibiese dorpe gemaak is, het bevind dat mense se kennis van die belangrikste risikofaktore oor MIV/VIGS onvoldoende is. Uit al die dorpe waarin die opnames gedoen is, kon net 39% van die deelnemers sonder twyfel aanhaal dat om meer as een seksuele maat te hê ‘n groot MIV risiko is. Hierdie gebrekkige kennis manifesteer ook in hierdie navorsing.

Een van die deelnemers aan die navorsing het laat blyk dat sy dikwels die pasiënt gewaarsku het ten opsigte van risiko-gedrag, en haar vertrou het. Dit word weerspieël in die volgende aanhaling:

“ek het met haar gepraat en gesê as jy die dag siek raak dan wil daai jong met jou niks te doen hê nie”.

Literatuur verwys nie spesifiek na hierdie bevinding nie, maar in verwante literatuur noem Antle, et al. (2001:164) dat gesinslede vrae het oor hoe die pasiënt VIGS opgedoen het.

8.6 TEMA 4: ANDER MENSE SE REAKSIE OP DIE VERSORGING VAN DIE FAMILIELID MET VIGS

Uiteenlopende reaksies word gewoonlik van ander mense verkry wanneer dit kom by die bekendmaking van ‘n pasiënt se MIV-status. Dit het ook in hierdie navorsing na vore gekom. Hier sal onderskei word tussen die reaksie van familieledes, wat soms positief en soms negatief is, en die reaksie van die versorger se werkgewer en kollegas, en dit sal as subtemas aangebied word.

8.6.1 Subtema: Reaksie van familie

Die reaksie van familieledes is soms uiteenlopend van aard. In sekere opsigte reageer familieledes positief en is hulle behulpsaam met die versorging van ‘n familielid met VIGS, maar ander kere is dit weer negatief, en word die familielid met VIGS, en soms selfs ook sy versorger, verwerp. Hierdie reaksie kom dikwels ook uit die breë gemeenskap na vore. Die reaksie van familieledes soos dit in hierdie navorsing na vore gekom het, sal vervolgens bespreek word onder die volgende kategorieë: positiewe reaksie en negatiewe reaksie.

8.6.1.1 Kategorie: Positiewe reaksie van familieledede

Enkele vorme van positiewe reaksie by familieledede het tydens hierdie navorsing na vore gekom, en wat veral uitgestaan het, was die enkele deelnemers wat rapporteer het dat hulle familie hulle ondersteun en behulpsaam is met die pasiënt se versorging. Dit word vervolgens as subkategorie aangebied.

■ *Ondersteuning/behulpsaam*

Die deelnemers aan die navorsing wat die ondersteuning van ander familieledede (*mikrovlak*) ervaar, beleef dit as bevorderlik. Hulle het getuig dat dit hulle taak as versorger van die pasiënt aansienlik vergemaklik en het dit soos volg verwoord:

“Daar moet iemand wees om te help. Daar is ‘n broer van hom, hy kom altyd dan kom help hy my”.

“Die klonkie van my help my”.

Een van die ander deelnemers aan die navorsing het ook laat bly dat haar man en haar dogter haar behulpsaam is met die versorging van die pasiënt.

Human (1993:59) bevestig dat direkte familieledede nuttige bronne van ondersteuning vir die familielid as versorger van ‘n VIGS-pasiënt kan wees.

8.6.1.2 Kategorie: Negatiewe reaksie van familieledede

Net soos daar by sommige families in hierdie navorsing positiewe reaksie van ander familieledede was, net so was daar ook negatiewe reaksie, en dit was baie traumaties vir die deelnemers. Twee hiervan wat baie sterk na vore gekom het, was die verwerping deur die familie, en die stigma as gevolg van die pasiënt se status. Elkeen hiervan sal nou afsonderlik as subkategorieë aangebied word.

■ *Verwerping/Vermyding*

Deelnemers aan hierdie navorsing het traumatiese ervarings beleef rondom die verwerping deur familieledede. Hulle het die verwerping van die VIGS-lyer beleef, asook hulle eie verwerping deur familieledede. Die verwerping van die VIGS-lyer self word weerspieël deur die volgende aanhalings:

“toe ek by die huis kom en vir my suster sê toe verwerp hulle ons”.

“toe ek vir my suster sê my kind is in die hospitaal, sy het VIGS, toe sê sy vir my: ‘suster ek soek nie vir jou in my huis nie want julle gaan my kinders aansteek’”.

“daar was dae wat hulle gedrink het dan staan hulle buite, dan staan hulle my kind en skel”.
“my oudste suster het gesê sy soek haar nie in haar huis nie. As sy daar kom en sy soek ‘n glasie water, dan het sy daai glasie gevat en dit buite neergesit. Dit kom nie weer terug nie”.

Die verwerping van die deelnemer deur familieledede kom duidelik na vore uit die volgende aanhalings:

“... het ek seergekry dat my mense hulle rugte vir my draai”.

“Want dit is seer as jou familie verby jou stap. En verby jou leef”.

“En soms dan behandel baie mense jou sleg. Omdat jy nou dit het”.

“Soms is dit jou eie mense wat so teen jou optree”.

“My ma en my suster se houding het baie verander sedert J... (en ek) gediagnoseer is met HIV. Dit maak my baie hartseer. Hulle beskuldig my ook van goed wat nie so is nie”.

Verwerping van die VIGS-lyer sowel as die VIGS-versorger word deur Stein (1997:22) bevestig, veral wanneer die pasiënt se toestand nie meer verswyg kan word nie.

Saam met verwerping gaan ook vermyding, en dit kom na vore wanneer familieledede nie graag kontak maak met die verswakte MIV/VIGS-pasiënt en sy/haar versorger nie. Deelnemers verwoord hierdie ervaring soos volg:

“as sy die dag so voel sal sy ook in die kombuis kom sit, dan sal hulle een-een verdwyn. Op die einde van die dag dan sit sy alleen in die kombuis”.

“Soms ... dan stap hulle verby. Hulle wil jou nie sien nie, hulle kom nie eens na-aan jou nie, want jy’s aansteeklik”.

“Soms is dit jou eie mense wat so teen jou optree”.

Leary en Schreindorfer (1998:12) is dit eens dat vermyding ‘n pynlike ervaring kan wees.

■ *Stigma as gevolg van status*

Versorgers beleef ook stigmatisering, en hulle voel dat sleg van hulle gedink word omdat hulle ‘n familielid met VIGS versorg. Die volgende aanhalings staaf hierdie bevinding:

“hulle het eintlik gesê sy is ‘n kiem in die huis”.

“Hulle wil jou nie sien nie. Hulle kom nie eens na-aan jou nie”.

Strydom (2002:131) bevestig hierdie bevinding.

Een deelnemer aan die navorsing het ook laat blyk dat sy ge-etiket word omdat sy ‘n gesinslid versorg wat VIGS het. Sy verbaliseer dit soos volg:

“... ek soek nie vir jou in my huis nie”.

Human (1993:59) bevestig dat gesinne ge-etiketteer word op grond daarvan dat ‘n gesinslid VIGS het. Funk (1994:18) noem verder dat die stigmatisering van VIGS-pasiënte deur die gemeenskap hartseer en eensaamheid tot gevolg het. John en Ndebbio (2002:62) wys ook daarop dat stigma goeie gesinsverhoudinge belemmer.

8.6.2 Subtema: Reaksie van werkgewer/kollegas van VIGS-versorger

Uit die navorsing het dit na vore gekom dat van die deelnemers se kollegas en vorige werkgewers (*ekovlak*) hulle ondersteun. Hulle het hierdie reaksie positief beleef, en daar sal kortliks hieraan aandag gegee word.

8.6.2.1 Kategorie: Positiewe reaksie

Enkele van die deelnemers aan die navorsing het dit duidelik laat blyk dat hulle baie ondersteuning van ‘n vorige werkgewer of van hul kollegas ontvang het. Dit het na vore gekom uit die volgende aanhalings:

“Die wit vrouens by die werk het my altyd gebring om hom te besoek tot daar waar hy ontslaan is”.

“My kleinkind was ‘n jaar oud, toe het die mense by die werk nog vir my gehelp met sy verjaardag”.

“Dan het hulle ook altyd vir hom ... iets gebring”.

“Al hulp en ondersteuning wat ek ontvang, is van die blanke vrou wat ek voor gewerk het. Hulle bring ook sommer party keer vir my iets lekker”.

Geen literatuur kon oor die positiewe reaksie van werkgewers / kollegas opgespoor word nie, en dit blyk dat hierdie belewenis uniek aan die navorsing kan wees.

8.7 TEMA 5: VERSORGER SE GEVOELENS EN REAKSIES (EMOSIONELE ERVARINGS) OP DIE VERSORGING VAN DIE FAMILIELID MET VIGS

Verskeie gevoelens is deur versorgers geïdentifiseer tydens hierdie navorsing. Uit die literatuur blyk ook dat versorgers van familieledede met VIGS intense gevoelens ervaar, en hieraan sal verderaan in die bespreking aandag gegee word.

8.7.1 Subtema: Gevoelens en reaksie op bekendmaking van pasiënt se status

In hierdie navorsing is ook aandag gegee aan die gevoelens van die familielid as primêre versorger van die VIGS-pasiënt, aangesien dit belangrik is om te bepaal hoe hulle hieroor voel of gevoel het. Dit is ook belangrik om te bepaal in hoe 'n mate dit 'n effek, indien wel, gehad het op hulle verhouding met die pasiënt. Uit die getranskribeerde onderhoude het daar 'n verskeidenheid van inligting na vore gekom wat vervolgens toegelig sal word.

8.7.1.1 Kategorie: Persoonlike gevoelens

Familielede as primêre VIGS-versorgers beleef soms intense gevoelens rondom die bekendmaking van die pasiënt se status, veral as die pasiënt bloedfamilie van die versorger is (*mikrovlak*). Dit gebeur soveel meer indien dit 'n kind van die versorger is. Wat dit vir die versorger meer traumaties maak is wanneer die pasiënt sterf as gevolg van VIGS. Familielede wat hierdie ervaring beleef, behoort die geleentheid te kry om deur 'n rouverwerkingsproses te gaan. Kübler-Ross (1969) het die rouverwerkingsproses in sewe fases verdeel, naamlik:

- Skokfase – aanvanklike reaksie by die aanhoor van slegte nuus
- Ontkenning – probeer om die onaanvaarbare te vermy
- Woede en frustrasie – gefrustreerde emosionele uitbarstings
- Onderhandeling – soek na 'n uitweg
- Depressie – finale besef van die onaanvaarbare
- Toetsfase – soek na realistiese oplossings
- Aanvaarding – vind finaal die pad vorentoe.

In kort kom dit daarop neer dat emosies wat geassosieer word met rou, sluit in woede, skuldgevoelens, hulpeloosheid, hartseer, skok, gevoelloosheid, verlange, jaloesie en selfblaming (Van der Smit, 2013:1).

Die persoonlike gevoelens en reaksies wat deur familielede as primêre VIGS-versorgers ervaar word, en wat in hierdie navorsing na vore gekom het, is in subkategorieë verdeel, en dit word vervolgens om die beurt bespreek.

■ *Ongeloof/ teleurstelling*

Alhoewel versorgers die pasiënte met liefde versorg, beleef hulle teleurstelling in die pasiënte en ongeloof wanneer hulle MIV-positiewe status bekend gemaak word. Die pasiënt is dikwels gewaarsku ten opsigte van risikogedrag, en hulle het hom/haar vertrou. Wanneer dit dan blyk dat hy/sy geïnfekteer is, is hulle teleurstelling en ongeloof soms groot. Dit word weerspieël in die volgende aanhalings vanuit die transkripsies:

“Ek kon dit nie glo nie”.

“Toe die uitslae kom en hulle vir ons verduidelik, toe kon ek nie glo dat dit al so ver is nie”.

Literatuur verwys nie spesifiek na hierdie bevinding nie. In verwante literatuur noem Antle, et al. (2001:164) dat vroeë by gesinslede (en versorgers) ontstaan oor hoe die pasiënt VIGS opgedoen het.

■ *Skok*

‘n Verdere gevoel wat by familielede as VIGS-versorgers wat deur die navorsing na vore gekom het, is ‘n skokreaksie. Deranieri, Clements en Henry (2002:32) wys daarop dat ‘n mens daartoe geneig is om met skok te reageer by die aanhoor van slegte en/of skokkende nuus. Vanuit die vertellings van die deelnemers het die navorser ook gehoor van gevoelens en reaksies van skok wat ervaar is op die bekendmaking van die pasiënt se status. Hulle verwoord dit so:

“Ek was so in ‘n skok”.

“Ek was so geskok, sy het gedink ek gaan haar verwerp”.

Skok en ongeloof is gewoonlik die eerste reaksie nadat slegte nuus ontvang is. ‘n Internet bron <http://www.gesf.co.za/rousmartfases> (2013) haal Parachin aan en beskryf dit as ‘n gevoel van beklemming in die keel en ‘n innerlike gevoel van spanning en leegheid op die krop van die maag.

■ *Voel sleg*

Behalwe die feit dat versorgers geskok was toe hulle hoor van die pasiënt se status, was daar ook van die deelnemers wat te kenne gegee het dat hulle sleg gevoel het. Die rede blyk nie soseer te wees oor die feit dat die pasiënt ‘n positiewe status gehad het nie, maar dan meer oor die feit dat dit vir die versorger verswyg is. Die volgende aanhaling is bewys hiervan:

“... maar net die feit dat my dogter nooit vir my vertel het nie, was vir my sleg”.

Uit die literatuur kon niks hieroor opgespoor word nie, en blyk hierdie gevoel uniek te wees.

■ *Voel niks*

‘n Insiggewende waarneming wat tydens die navorsing gemaak is, is dat daar van die versorgers is wat te kenne gegee het dat hulle niks gevoel het nadat die pasiënt se status bekend geraak het nie. Dit blyk egter dat dit gekoppel kan word aan die onkunde van die versorger oor VIGS. Sy het soos volg gereageer:

“Ek het nie sleg gevoel nie, want hoe kan ek maak. Ek het nie sleg gevoel nie want dit is klaar so”. [Sy het later in die onderhoud te kenne gegee dat sy geen kennis van MIV het nie: *“Ek weet niks van HIV af nie”.*]

■ *Skuldgevoelens*

‘n Gevoel wat baie sterk by enkele van die deelnemers na vore gekom het, is die van skuld. Een van die deelnemers het dit so verwoord:

“Jy as ouer voel verantwoordelik in die sin dat jy voel jy het nie genoeg gedoen om hulle te beskerm teen die siekte nie ... en jy voel maar net dit was jou plig gewees om dit te verhoed”.

Hierdie deelnemer het ook later die volgende gesê:

“... ek het miskien nie genoeg gedoen in die verlede nie”.

‘n Ander deelnemers het haar gevoel so verwoord:

“... dan is ek nou so dat ek nou baie sleg en skuldig voel”.

Sy verwoord hierdie gevoel later in die onderhoud so:

“ek voel skuldig. Wat het ek dan te min gedoen dat sy in hierdie ding beland het?”

Skuldgevoel word deur Edublox (2013:1) soos volg gedefinieer: *“Die gevoel van verlaagde selfrespek (wat gepaard gaan met die behoefte om bestraf te word) wat ‘n persoon ervaar as gevolg van die besef of oortuiging dat hy/sy ‘n morele, etiese of sosiale norm oortree het”.*

Kruger (2010:1) definieer skuldgevoel soos volg: *“‘n Skuldgevoel is daardie nare gevoel wat jy in jou binneste ervaar oor iets wat jy verkeerd gedoen het. ‘n Skuldgevoel is soos ‘n alarm wat in jou afgaan wat sê: “nou het jy oor die lyn getrap ... nou het jy oortree”.*

Simms en Moss (1991:10) maan versorgers egter om te waak teen ontoepaslike gevoelens van skuld teenoor die pasiënt.

■ *Hoop*

Twee van die deelnemers aan die navorsing het laat blyk dat hulle na die bekendmaking van die VIGS-lyer se status gehoop het dat daar 'n moontlikheid is dat die diagnose foutief was. Dit is soos volg deur die deelnemers verwoord:

“In daai stadium was was ek nie so geskok nie. Daar was nog 'n kans dat dit moontlik nie so kan wees nie. Daar bly maar net daai hoop. Jy bly maar net hoop dit is nie so nie”.

“Die dag met die uitslae het ek saam met haar gegaan met die hoop dat daar nie 'n virus in haar liggaam is nie”.

Hoop word deur Odendal, et al. (1991:410) beskryf as: *“dit waarvan 'n mens iets goeds verwag”*. Wikipedia in <http://af.wikipedia.org> (2013) definieer hoop as: *“die onsekere verwagting dat 'n bepaalde gewenste gebeurtenis sal plaasvind”*. Smith en Dreyer (2003:167) verduidelik dat hoop die ontdekking is dat die lewe in die teenwoordigheid van God betekenis het.

8.7.1.2 Kategorie: Gevoelens en reaksie teenoor pasiënt

Benewens die persoonlike gevoelens wat versorgers ervaar, het daar uit die onderhoude ook gevoelens na vore gekom wat die versorgers teenoor die pasiënt het of gehad het. Aandag sal vervolgens hieraan gegee word en sal as subkategorieë aangebied word.

■ *Teleurstelling*

Een van die deelnemers aan die navorsing het haar teleurstelling teenoor die VIGS-lyer uitgespreek. Sy het dit soos volg verwoord:

“Ek was so teleurgesteld toe hy vir my sê hy is HIV. Ek het vir hom gevra waar hy dit gekry het, want ek het dit nie. My teleurstelling was nog groter toe ek my moes laat toets en uitvind hy het my ook aangesteek”.

Steyn, et al. (2006:8) bevestig dat literatuur nie spesifiek na hierdie bevinding verwys nie. Die navorser kon ook nie literatuur opspoor wat hierdie bevinding bevestig nie. Antle, et al. (2001:164) wys egter daarop dat vroeë by gesinslede ontstaan oor hoe die pasiënt VIGS opgedoen het.

■ *Aanvaarding*

Aanvaarding dui daarop dat die versorger die pasiënt se waardigheid as mens eerbiedig, sy gedrag en gevoelens begryp en hom/haar nie veroordeel nie en die pasiënt het behoefte aan fisieke kontak as bewys van aanvaarding (Barbee, et al., 1998:94). Hierdie gevoelens kom na vore uit die volgende aanhalings uit die getranskribeerde onderhoude:

“Ek sê ek moet dit aanvaar, want dit is my kleinkind”.

“Dit is my kind. Sy het my nodig”.

■ *Ondersteuning / Verantwoordelik*

Die versorgers voel hulle soms verantwoordelik vir die ondersteuning aan die pasiënt. Pasiënte twyfel soms aan die lojaliteit van hulle gesinne en versorgers, en versorgers voel verantwoordelik daarvoor om hulle gerus te stel en te verseker van hulle ondersteuning. Een van die deelnemers aan die navorsing het dit soos volg verwoord:

“en ... ek moet by haar staan”.

Evian (2000:114) wys daarop dat ondersteuning een van die verantwoordelikhede van die gesin (versorger) is, en dat hierdie ondersteuning net so belangrik as die mediese versorging is.

8.7.2 Subtema: Gevoelens en reaksies oor versorging van pasiënt

Uit die navorsing het dit geblyk dat die deelnemers verskillende gevoelens geopenbaar het rondom hulle versorging van die familielid met VIGS. Hierdie gevoelens kan in drie kategorieë ingedeel word, naamlik persoonlike gevoelens en reaksies, gevoelens en reaksies teenoor die pasiënt en gevoelens teenoor ander persone. Onder elkeen van hierdie kategorieë het spesifieke gevoelens en reaksies van die familielid as VIGS-versorger gemanifesteer, en sal dit as subkategorieë bespreek word.

8.7.2.1 Kategorie: Persoonlike gevoelens en reaksies

Die gesin en/of familie word gesien as die kleinste eenheid in die samelewing en daarom kan ook verwag word dat, indien een of meer van die gesinslede ‘n krisis ervaar, dit die hele gesin sal raak (*mikrovlak*). In die geval van ‘n familielid met VIGS sal dit veral die primêre versorger wees wat met persoonlike gevoelens te kampe het waarop hy/sy op sekere maniere sal reageer, en dit is hierdie gevoelens en reaksies soos dit uit die navorsing na vore gekom het, wat vervolgens aandag sal geniet.

■ *Moeg/uitgeput*

Versorgers beleef fisieke moegheid as gevolg van die fisies uitputtende aard van die versorging van die familielid met VIGS soos die was van die pasiënt en versorging van hierdie pasiënt. Twee van die deelnemers aan die navorsing het dit soos volg verwoord:

“... net die moegheid”.

“... daai dag voel jy moeg soms”.

Hierdie moegheid het dan geblyk te wees rondom die versorging van die pasiënt, en nie soseer vir die pasiënt self nie. Oor laasgenoemde het een van die deelnemers haar soos volg uitgedruk:

“... ek het nooit moeg geraak vir haar nie”.

Van der Smit (2013:1) wys daarop dat hierdie gevoel van moegheid ook ‘n kenmerk kan wees van die vyfde fase van die rouverwerkingsproses, naamlik depressie, soos deur Kübler-Ross (1969) uiteengesit. Sims en Moss (1991:10) bevestig dan ook dat die fisiese versorging van die verswakte MIV/VIGS-pasiënt ‘n groot uitdaging is.

■ *Hartseer en pyn*

Oor die gevoel van hartseer skryf Strongman (2000:172) die volgende: “Experientially it is made up of downheartedness, discouragement, loneliness and isolation”. Behalwe die pyn wat daarmee saamgaan, blyk dit dus ook ‘n gevoel van alleenheid en rou tot gevolg te hê.

As gevolg van die versorgers se belewenis van hartseer en pyn omdat hulle die verswakte MIV/VIGS-pasiënt se pyn en lyding moet aanskou, is die versorging van hierdie pasiënt ‘n wroeging vir die versorger. Stiltes ten tye van die onderhoude en deelnemers wat trane in hul oë gekry het, bevestig die diep hartseer wat hulle beleef. Vier van die deelnemers verbaliseer dit soos volg:

“Ek het seer gevoel”.

“Ek voel seer, stukkend binne”.

“... want soms is dit seer”.

“Dit is vir my seer om haar so te sien. As sy so baie siek is, my hart raak seer om haar so te sien ly”.

Salmon (2002:12) beskryf hierdie hartseer en emosionele pyn van die gesinne (versorger) as chronies, intens en onmeetlik.

■ *Onseker oor einde*

Deelnemers aan die navorsing het hulle gevoel van onsekerheid oor die einde soos volg uitgedruk:

“Jy weet nie wanneer die einde gaan kom nie. Jy ken jou geboortedatum maar jy ken nie die datum van jou sterfte nie”.

“Een of ander tyd gaan sy weg van my af”.

Evian (2000:294) bevestig dat versorgers die onbekende (dood) meer vrees as die bekende.

■ *Onsekerheid oor siekte*

Die wisselvalligheid van die pasiënt se fisieke toestand dra daartoe by dat die versorgers onsekerheid beleef ten opsigte van die hantering van die siektetoestand. Een van die deelnemers aan die navorsing het dit soos volg verwoord:

“... want sy is nie so elke dag dieselfde nie. Vandag voel sy so en môre voel sy so. Sy is op en af. Haar gestel is nou nie aldag dieselfde nie”.

Antle, et al. (2001:1) wys daarop dat gesinne (versorgers) onsekerheid kan beleef aangesien VIGS onvoorspelbare gesondheidsveranderinge tot gevolg kan hê.

■ *Desperaatheid*

‘n Gevoel van desperaatheid het ook in die navorsing uitgekóm. Een van die deelnemers aan die navorsing het haar gevoel van desperaatheid, wat sterk na vore gekóm het deur hierdie hele onderhoud, op die volgende wyse geverbaliseer:

“Ek het alles gedoen. Ek het hierdie gebottelde water gekoop, want hulle het gesê daai water maak jou weer reg. Ek het R30,00 ‘n botteltjie betaal. Ek het medisyne gekoop. Mense het vir my pille en pille gekoop”.

Steyn, et al. (2006:7) postuleer dat die gesin (versorger) ‘n gevoel van desperaatheid ten opsigte van die verswakte VIGS-pasiënt se gesondheid beleef, en probeer hom/haar help.

Rait, et al. (1997:233) bevestig dat gesinne (versorgers) desperaatheid ervaar. Bharat en

Aggleton (1999:28) noem verder dat gesinne (versorgers) deur koerante en tydskrifte blaai in die hoop om op ‘n kuur af te kom.

■ *Moedeloos*

Versorgers beleef soms moedeloosheid met die versorging van 'n familielid met VIGS, en dit laat hulle hulpeloos voel. Twee van die deelnemers het hierdie gevoel ervaar en dit soos volg verwoord:

"... want ons raak moedeloos".

"ons raak baie moedeloos".

Moedeloosheid van versorgers van familieledede met VIGS is 'n bron van kommer vir gesinne (Bray & Fruge, 2000:36) waarskynlik omdat dit die enigste persoon is wat die versorging van die VIGS-lyer kan behartig, of met wie die VIGS-lyer 'n relatief gesonde verhouding het.

8.7.2.2 *Kategorie: Gevoelens en reaksies teenoor pasiënt*

Behalwe die persoonlike gevoelens van die familieledede as primêre VIGS-versorgers, het dit uit hierdie navorsing geblyk dat die versorgers ook gevoelens teenoor die pasiënt wat deur hulle versorg word, ervaar. Hierdie gevoelens sal vervolgens bespreek word.

■ *Gewete pla*

Deelnemers aan die navorsing het laat blyk dat, hoewel hulle soms behoefte daaraan het om afstand tussen hulle en die pasiënt te kry, dit vir hulle 'n probleem is indien die pasiënt in daardie tyd iets oorkom. Hulle verwoord dit soos volg:

"En jou gewete gaan jou pla".

"Ek wou nie my kind by iemand anders los nie. Ek wil my nie verwyf as sy die dag nie meer daar is nie".

Geen literatuur kon oor hierdie onderwerp opgespoor word nie, en dit blyk dat hierdie ervaring uniek is aan die navorsing.

■ *Kommer / stress / spanning*

Versorgers beleef 'n gevoel van kommer en stress wanneer hulle nie meer weet hoe om die pasiënt te hanteer nie. Odendal, et al. (1991:593) omskryf kommer as 'n gemoedskwelling, onrus, ang of besorgdheid. Angs word deur hierdie outeurs (p49) omskryf as 'n gevoel van vrees, benoudheid, onsekerheid en onveiligheid. Drie van die deelnemers het hierdie gevoel soos volg uitgespreek:

"Daar was dae dat ek gevoel het wat ek vir Suster-hulle gesê het wat haar dat sy net in

Bethesda kom. Dat ek net nie so stres nie”.

“... en as ek nou sê ek voel ook nou nie lekker nie, ek mag ook nie so sê nie. Dit laat jou stres”.

“En dit laat ‘n mens soms stres”.

■ *Frustrasie / ongeduld*

Uit die navorsing het dit geblyk dat die deelnemers ook soms frustrasie en ongeduld teenoor die pasiënt ervaar, veral wanneer hy/sy buierig en opstandig is. Ten spyte hiervan gaan hulle egter steeds voort om die pasiënt te versorg. Een van die deelnemers het haar gevoel hieroor soos volg verwoord:

“Maar net party dae het dit my so frustreer as ek haar wil was en sy weier”. Daar word egter nie in die literatuur spesifiek melding gemaak van die versorger se ongeduld tydens die versorging van die pasiënt nie. ‘n Pasiënt se buierigheid kan egter as ‘n las tydens die versorging beleef word, en versorgers kan hierdie buierigheid vrees weens hulle onvermoë om dit te hanteer (Bharat & Aggleton, 1999:28). Cullinan (2001:19) stem saam dat die versorging van ‘n pasiënt frustrasie tot gevolg kan hê.

■ *Beskerming*

Dit gebeur soms dat versorgers ‘n begeerte beleef om die familielid met VIGS te beskerm teen onsensitiewe aanmerkings en houdings komende van ander familieledede en/of die gemeenskap. Dit het ook uit een van die onderhoude in hierdie navorsing soos volg na vore gekom:

“Ek het nie kans gesien om daar in die dorp te werk en my kind is hier, en ek moet elke dag met die wete loop hoe word my kind behandel by die huis nie. Laat ek maar eerder self na haar kyk”.

Hierdie bevindinge word ook deur Stein (1997:21) en Antle, et al. (2001:3) bevestig.

■ *Liefde / trots / dankbaarheid*

‘n Gevoel van liefde teenoor die pasiënt het ook in die navorsing na vore gekom. Dit word deur vyf van die deelnemers soos volg geverbaliseer:

“Ons kon net almal vir my kleinkind die liefde gee”.

“Jy moet hulle met liefde hanteer”.

“Ons het vir hom so lief geraak”.

“Ek was trots gewees om haar te help”.

“Ek is bly en ek is gelukkig dat sy nog lewe”.

Oor hierdie onderwerp lees ons in die Bybel (1983:228), en is veral 1 Korinthiërs 13 ‘n goeie voorbeeld.

8.7.2.3 *Kategorie: Gevoelens teenoor ander*

Gevoelens deur die versorgers teenoor ander persone het uit hierdie navorsing sterk na vore gekom. Dit het hoofsaaklik gespruit uit negatiewe reaksies van ander mense, en sal vervolgens bespreek word.

■ *Seer / pyn*

Hierdie gevoel het gespruit uit die verwerping wat een van die deelnemers aan die navorsing van familie ervaar het teenoor haar kind wat sy versorg het. Een van die ander deelnemers aan die navorsing het dit persoonlik ervaar omdat sy self ook geïnfecteer is. Dit het uit die onderhoude soos volg na vore gekom:

“Seer. Dit was seer. Want dit was van my kind wat hulle gepraat het. Dit gaan nie lekker voel as iemand jou kind so in jou gesig beledig nie”.

“Want dit is seer as jou familie verby jou stap en verby jou leef”.

Rait, et al. (1997:249) sowel as Salmon (2002:12) beskryf hierdie seer en emosionele pyn as chronies, intens en onmeetlik.

■ *Stukkend*

Een van die deelnemers aan die navorsing het te kenne gegee dat sy stukkend gevoel het teenoor ander mense as gevolg van hulle optrede teenoor haar en die pasiënt. Sy het dit soos volg geverbaliseer:

“Ek voel ... stukkend binne. Maar wat moet ek maak”?

Literatuur wat spesifiek melding maak oor hierdie gevoel, kon nie opgespoor word nie. Dit kan ook in verband gebring word met die bogenoemde onderwerp waarvoor Rait, et al. (1997:249) en Salmon (2002:12) ‘n verklaring gee.

8.8 **TEMA 6: ONDERSTEUNING WAT ONTVANG IS MET DIE VERSORGING**

Vir enige persoon wat die tyding ontvang dat hulle ‘n familielid het wat VIGS het, is dit waarskynlik ‘n groot skok, en kan hulle dit as ‘n krisis beleef. Hierdie krisis kan ook uitkring na die breë familie (*mesovlak*), of selfs na die gemeenskap (*ekovlak*). Die verskillende

sisteme in die samelewing kan hierdeur geraak word, omdat daar vanuit hierdie sisteme op die ou end die nodige ondersteuning aan die familielid met VIGS, sowel as sy primêre versorger verskaf moet word.

Die ontwrigtende effek wat die versorging van die VIGS-lyer op die versorger se interpersoonlike verhoudinge (*alle vlakke van die ekologiese perspektief*), sosiale en werksfunksionering (*ekovlakke*) het, dra by tot die stress wat familieledede as VIGS-versorgers daaglik ervaar (Flaskerud, et al., 2000:121). Hierdie situasie word dikwels volgens De Figueiredo en Turato (2001:637) vererger deur die gebrekkige emosionele ondersteuning en professionele leiding (*ekovlak*), asook gebrekkige erkenning (Uys, 2002:102) wat informele versorgers soos die familielid ontvang.

In Suid-Afrika met sy snelstygende MIV-besmettingskoers gebeur dit al hoe meer dat persone met VIGS deur 'n familielid versorg moet word. Dit is egter ook so dat hierdie primêre versorgers ondersteuning van ander informele sektore, byvoorbeeld bure en vriende (*mesovlak*), sowel as formele sektore benodig (*ekovlakke*), en soms ook ontvang.

In hierdie navorsing het dit ook geblyk dat daar verskillende ondersteuningsbronne na vore gekom het, en dit sal vervolgens bespreek word. Eers sal daar gekyk word na die versorgers se ondersteuningsbronne, waarna weer na die pasiënt se ondersteuningsbronne gekyk sal word. Laastens sal aandag gegee word aan die ervaring van die ondersteuning wat ontvang is.

8.8.1 Subtema: Versorgers se ondersteuningsbronne en aard van ondersteuning

Versorgers beleef ondersteuningsbronne wat betroubaar is, as bevorderlik vir hulle taak as versorgers. Dit vergemaklik die versorging van die familielid met VIGS. Vier subkategorieë is onder hierdie tema vanuit die navorsing geïdentifiseer, naamlik die familie, professionele personeel, werkgewer en kollegas, asook die Here. Direkte familieledede en professionele persone word deur Human (1993:59) beskou as nuttige bronne van ondersteuning vir die VIGS-versorger. Elkeen van die verskillende kategorieë word afsonderlik bespreek met hulle onderskeie subkategorieë.

8.8.1.1 *Kategorie: Ondersteuning deur familie (mikrovlak)*

Ondersteuning wat deur familie ontvang word, word as positief ervaar. Volgens Baron en Byrne (2004:525) is die een element wat dieselfde bly in alle nabye verhoudings, interafhanklikheid. Hierdie nabye verhouding benodig vertroulikheid en veroorsaak optimale lewe. Dit is ook binne hierdie verhouding waar familielede ondersteuning bied aan die familielid as primêre VIGS-versorger. Tydens hierdie navorsing was dit opvallend dat verskeie van die versorgers nie baie hulp van die res van die familie ontvang het nie. As gekyk word na die ekologiese perspektief soos omskryf deur Faul (1989:1) en Hillery (1972:93), is hierdie bron van ondersteuning op die mikro-vlak van die ekologiese perspektief geleë. Deelnemers aan die navorsing het na die volgende familielede verwys wat hulle ondersteun het:

■ *Seun*

Een van die deelnemers aan die navorsing het laat blyk dat sy hulp van haar seun ontvang het met die versorging van die familielid met VIGS. Sy het dit soos volg verwoord:

“Die klonkie van my help my”.

■ *Swaer*

‘n Ander familielid wat ondersteuning aan die versorger verleen ten opsigte van die versorging van ‘n familielid met VIGS is geïdentifiseer as die versorger se swaer. Sy verbaliseer dit soos volg:

“Daar is ‘n broer van hom, hy kom altyd dan kom help hy my”.

■ *Dogter*

Een van die deelnemers aan die navorsing het laat blyk dat haar dogter haar help met die versorging van die pasiënt. Sy het dit soos volg verwoord:

“Wanneer ek byvoorbeeld besig is om te was of kos te kook, dan kyk my dogter na hom. Sy vat hom miskien dan stap sy ‘n bietjie met hom”.

■ *Lewensmaat*

Een van die deelnemers uit die navorsing het laat blyk dat haar lewensmaat ondersteuning voorsien by die versorging van die pasiënt. Sy het dit soos volg geverbaliseer:

“Hy hou ook daarvan om saam met my man te speel. Dan wil hy dat my man hom op die driewiel ry”.

8.8.1.2 *Kategorie: ondersteuning deur professionele personeel (ekovlak)*

Dit is belangrik dat professionele ondersteuning tot beskikking van 'n versorger van 'n VIGS-pasiënt gestel moet word. Hierdie is 'n hoogs infektiewe siekte wat nie sonder die hulp van professionele persone suksesvol hanteer kan word nie. Voorligting oor die hantering daarvan is noodsaaklik, en dit sluit ook voorligting ten opsigte van die toediening van die medikasie in. Hierdie ondersteuning is geleë op die ekovlak van die ekologiese perspektief. Uit die navorsing is die volgende professionele persone geïdentifiseer wat ondersteuning aan die versorgers verleen: (ongelukkig kon die navorser nie veel literatuur in die verband opspoor nie).

■ *Tuisversorgers*

Een van die deelnemers aan die navorsing het die ondersteuning deur die tuisversorgingsdienste soos volg verwoord:

“Dit help vir my wanneer hulle my help om hom te was, om hom aan te trek. Dit help my ook soms dat ek nie moeg raak nie”.

■ *Mediese Suster*

Uit die navorsing het dit geblyk dat ook hierdie bron ondersteuning aan die versorgers bied deurdat dit deur een van die deelnemers soos volg te kenne gegee is:

“Die suster van Bethesda ... reël dan ook altyd met die ambulans-bussie om hom kliniek toe te neem wanneer hy moet gaan”.

Een van die deelnemers aan die navorsing het ook laat blyk dat sy hulp van die suster by die TB-kamer ontvang het. Dit kom na vore uit die volgende aanhaling: *“as daar klagtes is ... dan gaan ek maar altyd TB-kamer toe na Sr. B toe en gaan praat met haar”.*

■ *Kerk*

Een van die deelnemers verwoord die ondersteuning wat sy van hierdie bron ontvang soos volg:

“Ons kerk help so af-en-toe. Hulle slaan tente op dan gee hulle vir my so R200 of R300 dat ek vir hom moet seep en goete koop. Hulle bring ook soms kos. Die kerk kom ook hier dienste hou en dit beteken vir ons baie”.

Evian (2000:299) bevestig dat versorgers behoefte het aan geestelike ondersteuning.

Nog 'n deelnemer het laat blyk dat sy by die kerk aanklop vir hulp, en het dit soos volg uitgedruk:

“partykeer gaan ek na die kerkmense toe”.

■ *Begrafnisondernemers*

Ten opsigte van ondersteuning wat deur begrafnisondernemers verleen is, verbaliseer een van die deelnemers dit soos volg:

“Alles was onder beheer toe sy die Sondag sterf. Toe ek die Maandag-oggend by Dove uitstap, toe is alles gereël”.

■ *Maatskaplike Werker*

Maatskaplike werkers kan van groot hulp wees wanneer ‘n pasiënt uit die hospitaal ontslaan word. (Kübler-Ross, 1986:84). Hy/sy kan nie net ondersteunings- en beradingsdienste aan die pasiënt lewer nie, maar ook aan die naasbestandes van die pasiënt.

Uit die getranskribeerde onderhoude het een van die deelnemers aan die navorsing die hulp deur ‘n maatskaplike werker soos volg geverbaliseer:

“Toe sê die maatskaplike werker dat die ma nie na hom kan kyk nie omdat sy te nalatig is. Sy het toe met my gepraat oor sy versorging, en hy is in my sorg geplaas. Dis hoe ek hom toe gekry het”.

8.8.1.3 Kategorie: Ondersteuning deur werkgewer en kollegas (ekovlak)

Hierdie bron is geleë op die ekovlak van die ekologiese perspektief. Twee deelnemers aan die navorsing het laat blyk dat hulle van hulle werkgewers en/of kollegas ondersteuning ontvang het. Hulle verwoord dit soos volg:

“Op ‘n dag kom sê sy vir my sy kom my elfuur optel, want die maatskaplike werker en die dokter wil my sien. ... Die wit vrouens by die werk het my altyd hiernatoe gebring tot daar waar my kleinkind ontslaan is”.

“Al hulp en ondersteuning wat ek ontvang is van die blanke vrou wat ek voor gewerk het”.

8.8.1.4 Kategorie: Ondersteuning deur die Here (makrovlak)

Die makrovlak van die ekologiese perspektief is hier ter sprake. Die versorgers se volgehoue geloof in ‘n Hoër Hand maak dit vir hulle moontlik om geduldig te wees met die pasiënt en stel hulle ook in staat om vol te hou met die versorging van die pasiënt. Geloof kan die

versorger se hantering van die VIGS-pasiënt bepaal (Rait, et al., 1997:242) soos blyk uit die ondergemelde aanhalings deur van die deelnemers wat die Here geïdentifiseer het as ‘n bron van ondersteuning:

“En die Here het vir my nogal gehelp”.

“En ek het die Here gevra dat ons saam met die ding leef”.

“Ek het gesê dankie elke dag vir die Here dat hy my die krag gegee het”.

“En ek het die Here gevra om my die krag te gee en die Here het my die krag gegee”.

Volgens Steyn, et al. (2006:9) maak ‘n sterk geloof dit vir die versorger moontlik om sin en betekenis te haal uit die ondervinding om die verswakte MIV/VIGS-pasiënt te versorg. Antle, et al. (2001:5), Barbee, et al. (1998:94) sowel as Mokone (1999:135) bevestig hierdie bevinding.

8.8.2 Subtema: Pasiënt se ondersteuningsbronne

Die pasiënt se ondersteuningsbronne soos uit die navorsing na vore kom, word in die volgende kategorieë verdeel en sal dan bespreek word:

- Professionele persone
- Familie
- Vreemdelinge.

8.8.2.1 Kategorie: Professionele persone (ekovlak van die ekologiese perspektief)

Hieronder resorteer die volgende as subkategorieë en dit sal afsonderlik bespreek word:

- Die mediese suster
- Die tuisversorgers

■ *Die mediese suster*

Drie van die deelnemers aan die navorsing het laat blyk dat die hulp van die Suster in die tuisversorgingsdienste wat aan die pasiënt verleen is, vir hulle van groot hulp was. Dit het soos volg na vore gekom:

“Sy (die Suster) het my gehelp om hom by die dokter of die kliniek te kry wanneer hy moet gaan”.

“Die Suster by Bethesda reël dan ook altyd met die ambulans-bussie om hom kliniek toe te neem”.

“As hy miskien kliniek toe moet gaan, dan is die susters ook daar, dan vat hulle hom kliniek

toe”.

■ *Die tuisversorgers*

Die tuisversorgingsdienste wat tot die beskikking van die versorgers is, was nog ‘n bron van hulpverlening aan die pasiënt. Een van die deelnemers het hierdie ondersteuning soos volg geverbaliseer:

“Hulle help om hom te was en aan te trek. Dit help baie”.

Geen literatuur kon opgespoor word oor hierdie kategorie nie.

8.8.2.2 Kategorie: Familie (mikrovlak van die ekologiese perspektief)

Hulp wat onder hierdie kategorie geïdentifiseer is en wat op die mikrovlak van die ekologiese perspektief geleë is, was slegs dié wat deur ‘n seun verskaf word, en die van ‘n broer van een van die pasiënte. (Literatuur in die verband kon nie opgespoor word nie, en blyk die bevindinge uniek aan die navorsing te wees). Dit sal vervolgens aandag geniet.

■ *Seun*

Een van die deelnemers aan die navorsing het laat blyk dat die pasiënt se seun haar soms help met sy versorging. Sy het dit soos volg verwoord:

“sy klonkie help vir my wanneer ek hom moet was en skoonmaak”.

■ *Broer*

Een van die pasiënte se broer help soms die versorger met sy versorging. Sy het dit soos volg geverbaliseer:

“Daar moet iemand wees om te help. Daar is ‘n broer van hom, hy kom altyd dan kom help hy”.

8.8.2.3 Kategorie: Vreemdelinge (ekovlak van die ekologiese perspektief)

Uit die navorsing het dit ook geblyk dat daar vreemdelinge is wat as ondersteuning vir die pasiënt gedien het. Die volgende aanhaling uit die getranskribeerde onderhoud is bewys hiervan:

“Hulle het haar gaan besoek en altyd vir haar gesorg vir iets om te eet”.

8.8.3 Subtema: Ervaring van ondersteuning ontvang

Uit die uitsprake van die deelnemers oor hoe hulle die ondersteuning wat hulle ontvang het, beleef het, kon daar een kategorie geïdentifiseer word, naamlik die van positiewe belewenisse. Dit sal vervolgens bespreek word:

8.8.3.1 Kategorie: Positiewe ervaring

Die familieledede as primêre VIGS-versorgers (deelnemers) het te kenne gegee dat die ondersteuning wat beide hulle en die pasiënte met VIGS ontvang het, as oorwegend positief ervaar. Hierdie positiewe belewenisse is hoofsaaklik afgelei vanuit die mededelings wat deur die deelnemers verwoord is soos in die vorige afdeling uiteen gesit. Beide die deelnemers en VIGS-lyers het van verskillende persone ondersteuning ontvang wat hulle as positief ervaar het, en daar sal vervolgens aandag hieraan gegee word:

■ *Professionele persone*

Van die deelnemers aan die navorsing het te kenne gegee dat hulle die ondersteuning wat hulle van die suster by die kliniek en van die tuisversorgers ontvang, positief ervaar. Die volgende aanhalings is bewys hiervan:

“... dan gaan ek maar altyd na ... na Sr. B toe en ek gaan praat met haar”.

“Dit help vir my wanneer hulle my help om hom te was, om hom aan te trek. Dit help my dat ek nie moeg raak nie”.

Volgens Human (1993:59) kan professionele persone nuttige bronne van ondersteuning vir die versorger wees.

■ *Die Kerk*

Slegs enkele van die deelnemers, naamlik twee, het laat deurskemer dat hulle ondersteuning van die kerk ontvang het, maar dat hulle dit tog positief ervaar het. Hiervan is die volgende aanhalings bewys:

“Partykeer gaan ek na die kerkmense toe”.

“Die kerk kom ook hier dienste hou en dit beteken vir ons baie”.

Stoter (1995:164) sowel as Evian (2000:299) is dit eens dat familieledede as VIGS-versorgers ‘n behoefte het aan geestelike ondersteuning.

■ *Familie*

Uit die navorsing het dit na vore gekom dat van die versorgers die ondersteuning van enkele familieledede ontvang het wat vir hulle positief was. Dit blyk uit die volgende aanhalings:

“Ek moes my kinders vra om my te help”.

“... dan bring my kind nou miskien kos en dan maak ek dit nou gaar daar dan eet ons saam”.

“Toe bel ek die seun wat ek grootgemaak het. Hy sê toe ... hy moet my ook help”.

“Daar is ‘n broer van hom, hy kom altyd dan kom help hy”.

“sy klonkie help vir my wanneer ek hom moet was en skoonmaak”.

Human (1993:59) wys daarop dat direkte familieledede nuttige bronne van ondersteuning vir die versorger is.

■ *Werkgewer en kollegas*

Enkele van die deelnemers aan die navorsing het laat blyk dat hulle positiewe ervarings gehad het uit die ondersteuning wat hulle van werkgewers en kollegas ontvang het. Daarvan is die volgende aanhalings ‘n bewys:

“My kleinkind was ‘n jaar oud toe het die mense by die werk nog vir my gehelp met sy verjaardag”.

“Hulle bel my party keer. Hulle het my ook vir ou Kersdag kom haal”.

“Hulle bring ook somer party keer vir my iets lekker”.

“Hulle sê ook baie vir my nou vandat ... jy weet waar om ons te kry”.

“Hulle het haar gaan besoek en altyd vir haar gesorg vir iets om te eet”.

Volgens Ngwena (1999:529) behoort die werkplek nie net ‘n bron van inkomste vir die werker te wees nie, maar ook ‘n voorsiener van sekuriteit vir die werkers en hulle afhanklikes in tye van nood.

■ *Die Here*

‘n Sterk geloof maak dit vir die versorger moontlik om sin en betekenis te haal uit die ondervinding om die verswakte VIGS-lyer te versorg. Steyn, et al. (2006:9) wys daarop dat die belewenis van volgehoue geloof in ‘n Hoër Hand dit vir die versorgers moontlik maak om geduldig te wees met die pasiënt en stel hulle in staat om vol te hou met die versorging. ‘n Aanhaling uit die navorsing wat hierdie positiewe ervaring bevestig is die volgende:

“En die Here het vir my gehelp”.

Antle, et al. (2001:5), Barbee, et al. (1998:94) sowel as Mokone (1999:135) bevestig hierdie bevinding.

8.9 TEMA 7: EFFEK VAN PASIËNT SE VERSORGING OP VERHOUDING TUSSEN VERSORGER EN PASIËNT

Literatuur oor hierdie aspek van die navorsing kon nie opgespoor word nie, en dus moet die navorser haar beroep op die resultate wat uit hierdie navorsing na vore gekom het. Twee subtemas is hieruit geïdentifiseer soos volg:

- geen effek
- positiewe effek.

Elkeen van hierdie subtemas sal vervolgens aandag geniet.

8.9.1 Subtema: Geen verskil is waargeneem in die verhouding nie

Drie van die deelnemers aan die navorsing het te kenne gegee dat die versorging van die VIGS-pasiënt geen effek gehad het op die aard van hulle verhouding nie. Op die vraag hoe die pasiënt se siekte hulle verhouding beïnvloed het, het hulle soos volg geantwoord:

“... daar was nie probleme nie. Ek het nie sleg gevoel daaroor nie. Dit was nog orraait gewees”.

“Dieselfde wat dit gewees het, was dit nog al die tyd”.

“Ek is lief vir J..., en daarom het dit nie regtig ‘n verskil gemaak nie”.

Geen literatuur kon opgespoor word om hierdie subtema toe te lig nie.

8.9.2 Subtema: Positiewe effek

Uit die navorsing het dit geblyk dat die versorging van ‘n familielid met VIGS ook ‘n positiewe effek op die verhouding tussen die familielid as primêre VIGS-versorger en die pasiënt met VIGS kan hê. Die volgende aanhalings uit die getranskribeerde onderhoude is bewys hiervan:

“Dit het dit ‘n baie sterk verhouding gemaak”.

“... ons het ‘n sterker verhouding as aan die begin”.

“Van daardie tyd af het ek nogal opgelet ons het nogal ‘n goeie verhouding. Hy het nogal ... kon warmte kry”.

Literatuur kon nie opgespoor word om hierdie subtema te bevestig nie. Kreibick (1995:169) maak wel melding van die feit dat gesinslede mekaar ondersteun, maar geen melding word

hier gemaak van die verhouding tussen die versorger en die pasiënt nie.

8.9.3 Subtema: Negatiewe effek

Een van die deelnemers aan die navorsing het laat blyk dat die pasiënt se diagnose 'n negatiewe effek op hulle verhouding gehad het. Dit kom na vore uit die volgende aanhaling: *“Dit het ons verhouding verskriklik beïnvloed en in die laaste tyd voel ek dat ons is meer weg van mekaar. Dit het 'n groot invloed op ons verhouding. Dit voel nie meer vir my ek is haar ma nie. Dit voel nie meer vir my sy is my dogter nie”*.

Literatuur oor die negatiewe effek op die verhouding tussen die versorger en die VIGS-lyer as sulks kon nie opgespoor word nie. Steyn, et al. (2006:8) maak wel melding van die belemmering van goeie familieverhoudinge weens die versorging van die VIGS-lyer, maar dit dui nie spesifiek op die verhouding tussen die VIGS-lyer en die primêre versorger nie.

8.10 TEMA 8: VERANDERING VAN VERSORGER SE LEWE AS GEVOLG VAN DIE VERSORGING VAN DIE VIGS-LYER

Ten opsigte van die vraag of daar enige verandering in die versorger se lewe ingetree het na die versorging van die VIGS-lyer deel van sy/haar lewe begin vorm het, kon geen literatuur opgespoor word nie. Daar sal dus weereens slegs op hierdie navorsingsresultate staat gemaak moet word om hierdie aspek van die versorging van 'n familielid met VIGS te evalueer. Uit die navorsing het drie subtemas na vore gekom waaraan vervolgens aandag gegee sal word saam met hulle kategorieë waar van toepassing. Hierdie subtemas is soos volg:

- geen verskil
- positiewe verandering
- negatiewe verandering

8.10.1 Subtema: Geen verskil

Van die deelnemers aan die navorsing het laat blyk dat die versorging van die siek familielid geen noemenswaardige effek op hulle lewe gehad het nie. Hulle verwoord dit soos volg:

“Dit het nie werklik ons lewens verander nie”.

“Dit het nie regtig my lewe verander nie. Dit was net daai ekstra bietjie krag wat ek nodig

gehad het om haar te versorg. Soos dit was toe sy gesond was, was dit toe sy siek ook was”.

Literatuur oor hierdie subtema kon nie opgespoor word nie, en dit wil voorkom asof hierdie bevinding uniek is aan hierdie navorsing.

8.10.2 Subtema: Positiewe verandering

Die versorgingstaak van familieledede as VIGS-versorgers het nie net ‘n negatiewe impak op versorgers nie. Volgens McCausland en Pakenham (2003:865) rapporteer versorgers dikwels ook ‘n mate van persoonlike groei, wat hulle met hul ervaring in die versorgingsituasie in verband bring. In ‘n studie wat deur Uys (2002:101) onderneem is, het versorgers aangedui dat hulle motivering vind in hul volgehoue persoonlike oortuiging dat hul sorg en advies ‘n betekenisvolle verskil maak. Dit kom ook in die onderhawige navorsing na vore en drie van die deelnemers aan die navorsing het te kenne gegee dat die versorging van die pasiënt hulle lewe positief verander het. Hulle het dit soos volg geverbaliseer:

“Dit het my lewe positief verander. Ek het ge-change by ... wyn. Dit is nie deel van my nie. My kerkdinge moet eerder beterder wees as wat daai wêreldsdinge gaan”.

“Toe het ek so lief geraak vir hom. Ek sê vir die Here: ‘nevermind sy siekte, die Here het vir my ‘n seunskind gegee’”.

“Dit het my lewe baie verander. Ek was elke dag in die gevangenis. Nou, sy hou my uit die gevangenis. Sy hou my weg van verkeerde dinge af. Ek is nou-al sestien jaar buite. Haar versorging het ‘n positiewe uitwerking op my lewe gehad”.

8.10.3 Subtema: Negatiewe verandering

Van die deelnemers aan die navorsing het erken dat die versorging van die familielid met VIGS hulle lewe negatief beïnvloed het. Dit kom soos volg uit die getranskribeerde onderhoude na vore:

“... want om skielik jou werk ook te verloor is nie maklik nie”

“Dit is as gevolg van sy siekte wat ek nie meer kan werk nie”.

“Jy kan nie aangaan met jou eie lewe nie. Jou lewe staan stil. Maar die pasiënt se lewe moet voortgaan”.

Uit hierdie subtema het geblyk dat versorgers finansiële verlies en maatskaplike veranderinge in hulle lewe ervaar het, en dit sal vervolgens as kategorieë onder negatiewe verandering bespreek word.

8.10.3.1 Kategorie: Finansiële verlies

Die versorging van die pasiënt het bykomende uitgawes tot gevolg wat lei tot 'n finansiële las. Stein (1997:20) wys daarop dat daar 'n agteruitgang in die finansiële status van die gesin is, aangesien die pasiënt sowel as die familielid as primêre VIGS-versorger dikwels nie meer inkomste genereer nie. Uit die navorsing is finansiële verlies as sulks nie genoem as negatiewe effek nie, maar kon dit wel afgelei word uit dit wat deur die deelnemers verwoord is. Dit het soos volg na vore gekom:

“Ek soek geld, want ek werk mos nou nie meer nie”.

“Dis maar behoeftes soos kos en so aan. En ek moet die water betaal”.

“Hulle kan vir my geld gee in 'n maand. Dit sal vir my help”.

8.10.3.2 Kategorie: Maatskaplike verandering

Een van die deelnemers aan die navorsing het laat blyk dat die versorging van die VIGS-lyer 'n impak op hulle maatskaplike lewe gemaak het. Dit kom soos volg na vore uit die getranskribeerde onderhoud:

“Dit het my lewe heeltemal verander in die opsig ons kan nie meer so sosiaal verkeer soos altyd nie. Ons moet altyd aan haar dink. Partykeer gaan kuier ons vir familie dan het sy haar medikasie by die huis vergeet. Ek sal dit toeskryf aan haar ongemak om elke keer haar medikasie saam met haar te neem en dit daar te drink indien ons langer kuier as beplan. Nou in die laaste tyd kuier sy nie meer saam met ons nie. Sy wil nie meer saam met ons uitgaan na vriende toe nie en verkies om by die huis te bly”.

Steyn, et al. (2006:8) maak melding daarvan dat gesinne 'n verantwoordelikheid beleef ten opsigte van die bevordering van sosiale interaksie ten einde die pasiënt (en die versorger) se isolasie te voorkom. Currer (2001:41) wys daarop dat versorgers interpersoonlike belange as besonder belangrik ag en probeer om dit te handhaaf en te bevorder ten einde isolasie van beide die pasiënt en die versorger te voorkom.

In die volgende afdeling van die hoofstuk word die tema oor die belewenisse ten opsigte van die sterwensproses aangebied en bespreek, en sal daar gekyk word na voorbeelde uit die navorsing.

8.11 TEMA 9: BELEWENISSE TEN OPSIGTE VAN DIE STERWENSPROSES

Steyn, et al. (2006:10) wys daarop dat gesinne (versorgers) van die VIGS-pasiënt vrees en angstigheid ten opsigte van die dood beleef. Volgens Evian (2000:294) vrees gesinne dikwels die onbekende (dood) meer as die bekende. Wat ook uit die navorsing na vore gekom het, was dat die versorger bewus is van die feit dat VIGS kan lei tot die dood. Dit blyk uit die volgende wat deur een van die deelnemers aan die navorsing verwoord is:

“Ek het geweet toe my kind vir my daardie tyding gee het my kind haar doodsvonnis gegee”.

Omdat die versorger dikwels verantwoordelik is vir die sterwensbegeleiding van die pasiënt probeer hulle dit doen tot op die laaste. Dit blyk ook uit ‘n aanhaling van een van die getranskribeerde onderhoude wat soos volg lui:

“Ek was net ‘n uur by my kind toe sterf sy”.

Slegs een van die deelnemers aan die navorsing het die dood van die pasiënt wat deur haar versorg is, beleef, en die gevoelens wat sy hierrondom ervaar het, word as riglyn in hierdie afdeling gebruik.

8.11.1 Subtema: Gevoelens na afsterwe van pasiënt

Dit is belangrik dat familieleden as primêre VIGS-versorgers die geleentheid kry om te rou na die afsterwe van ‘n familielid wat deur hulle versorg is. Dit gee hulle die geleentheid om af te sluit en behoorlik afskeid te neem. Volgens Klopper (2002:15) is rou ‘n proses wat tyd neem en deur verskeie stadiums gaan. Die rou-model soos deur Elizabeth Kübler-Ross (1969) uiteengesit is ‘n goeie voorbeeld hiervan, en dit bestaan uit die volgende fases:

- Skok
- Ontkenning
- Woede
- Onderhandeling
- Depressie
- Soek oplossings
- Aanvaarding.

Dit moet egter ook daarop gewys word dat die rouproses nie noodwendig in hierdie volgorde geskied nie. Persone wat die rouproses deurmaak, mag moontlik vorder tot op 'n sekere stadium en dan weer terugval na 'n vorige. Daar is ook nie 'n voorgeskrewe tyd wat hierdie rouproses duur nie. Dit kan verskil van persoon tot persoon.

Vervolgens sal gekyk word na die verskillende gevoelens na die afsterwe van 'n familielid met VIGS soos dit uit die navorsing na vore gekom het.

8.11.1.1 Kategorie: Positiewe gevoelens

Ten opsigte van positiewe gevoelens wat na vore gekom het, was daar slegs een geïdentifiseer, naamlik berusting wat vervolgens bespreek sal word.

■ *Berusting*

Saam met die dood kom berusting vir die versorger van die familielid met VIGS omdat dit verligting vir die VIGS-lyer beteken (Curren, 2001:38). Uit een van die getranskribeerde onderhoude het dit geblyk dat die deelnemer wat die dood van die pasiënt ervaar het, berusting beleef het na haar dood soos blyk uit die volgende verbale reaksie:

“Ek het geweet ek kan nie in sak en as gaan sit nie. Ek moet maar sterk wees”.

Sy het ook later in die onderhoud soos volg gereageer:

“En ek het die Here gevra om my krag te gee en die Here het my die krag gegee”.

8.11.1.2 Kategorie: Negatiewe gevoelens

Die deelnemer aan die navorsing wat die familielid met VIGS verloor het deur die dood, het laat blyk dat sy wel negatiewe gevoelens rondom die dood ervaar het. Hierdie negatiewe gevoelens sal vervolgens aandag geniet.

■ *Pyn en hartseer*

Die negatiewe gevoelens wat geïdentifiseer is deur die deelnemer, was dié van pyn en hartseer. Volgens Steyn, et al. (2006:11) beleef gesinne pyn en hartseer tydens die verskillende fases van die sterwensproses. Rait, et al. (1997:237) is van mening dat die dood van die pasiënt uiters pynlik vir die gesin (versorger) is. Dit blyk ook uit die volgende aanhaling van een van die getranskribeerde onderhoude in die navorsing:

“Dit het seer gevoel”, wat ook vertolk kan word as pyn en hartseer.

Salmon (2002:249) beskryf hierdie hartseer en emosionele pyn van die versorger as chronies, intens en onmeetlik.

8.12 TEMA 10: BEHOEFTE TEN OPSIGTE VAN DIE VERSORGING VAN 'N FAMILIELID MET VIGS

Weinig literatuur kon opgespoor word oor die behoeftes van familieledes as primêre VIGS-versorgers nie. Dit wil dus voorkom asof daar nog nie werklik empiriese navorsing gedoen is oor hierdie onderwerp nie. Hier sal dus gepoog word om vanuit hierdie navorsing 'n unieke aanduiding te gee oor die behoeftes ten opsigte van die versorging van 'n familielid met VIGS, en sal dit sover moontlik toegelig word uit literatuur. Hierdie tema het sy beslag gekry na aanleiding van die vraag aan die versorgers: “watter behoeftes ervaar jy as versorger”. Vanuit die antwoorde daarop soos dit in die getranskribeerde onderhoude na vore gekom het, is daar twee subtemas geïdentifiseer, naamlik die behoeftes van die versorger en dié van die pasiënt. Elkeen van hierdie subtemas met hulle onderskeie kategorieë en subkategorieë sal vervolgens aandag geniet.

8.12.1 Subtema: Behoeftes van die versorger

Onder hierdie subtema is daar twee kategorieë geïdentifiseer, naamlik:

- Konkrete behoeftes
- Emosionele behoeftes.

Hierdie twee kategorieë sal nou onderskeidelik met hulle betrokke subkategorieë bespreek word. Eerstens sal gekyk word na die fisiese behoeftes.

8.12.1.1 Kategorie: Konkrete behoeftes

Die grootste hoeveelheid behoeftes wat deur die deelnemers aan die navorsing uitgespreek is, is fisiese behoeftes. Dit bestaan uit die volgende subkategorieë:

- Beddegoed
- Klere
- Toiletware
- Hulp met versorging van pasiënt
- Kos en die voorbereiding daarvan
- Huis skoonmaak

- Wasgoed was
- Ontwikkeling van 'n groentetuin.

Elkeen van hierdie subkategorieë sal nou afsonderlik bespreek word. Literatuur kon egter nie oor al hierdie subkategorieë opgespoor word nie, maar waar moontlik sal dit met die nodige verwante literatuurverwysings toegelig word.

■ *Beddegoed*

Die behoefte aan beddegoed soos deur die versorgers verwoord spruit voort uit die feit dat hulle gereeld vir die pasiënt skoon beddegoed moet oortrek weens die feit dat hulle die beddegoed vuilmaak. Hierdie behoefte is soos volg deur twee van die deelnemers verwoord:

“... die beddegoed moet ook partykeer vervang word. As jy min het ... dan moet jy maar eers daai was dan moet jy nou wag tot dit droog is, en dit weer oorgooi”.

“Ons het beddegoed nodig”.

Steyn, et al. (2006:6) bevestig dat versorgers gereeld linne moet ruil vir die VIGS-lyer.

■ *Klere en skoene*

Van die deelnemers aan die navorsing het laat blyk dat hulle ook behoefte het aan klere en skoene. Dit is soos volg geopper:

“Ek het ... skoene nodig”.

“Ek het onderklere nodig”.

■ *Toiletware*

Een van die deelnemers het hierdie behoefte soos volg verwoord:

“As jy 'n vrou is, jy het toiletries en baie goete het jy nodig”.

■ *Hulp met versorging van die pasiënt*

Omdat die versorging van die verswakte VIGS-pasiënt moeilik is vir een persoon om te hanteer, het van die deelnemers aan die navorsing laat blyk dat hulle altyd iemand nodig het om daarmee behulpsaam te wees. Dit het soos volg na vore gekom:

“... want hy moet iemand het wat hom kan help om op te staan want hy kan nie lank staan nie. Dan trek ek hom aan. So daar moet iemand wees om te help”.

“Ek weet nie van ander nie, maar dit is die behoefte wat ek gehad het om iemand te hê om vir my 'n bietjie te help. Maar daar was toe niemand nie”.

“Daardie een as hy ... swakker word, dan het jy baie krag nodig, want by die swak raak dan

moet jy nou weet jy kan nie alleen nie ... maar jy moet hulp hê”.

“Ek het baie gewens daar was iemand gewees wat vir my gesê het kom ek help jou”.

“Net iemand wat haar kan was as sy so siek is”.

Twee van die deelnemers aan die navorsing het ook te kenne gegee dat die hulp van die tuisversorgers met die versorging van die pasiënt vir hulle van hulp is omdat hulle ‘n behoefte het aan hulp met die versorging van ‘n verswakte pasiënt. Hulle het die volgende hieroor gesê:

“Dit help vir my wanneer hulle my help om hom te was, om hom aan te trek, want ek kan dit nie alleen doen nie”.

“... ek soek iemand om my te help, want ek kan hom nie alenig reg maak nie”.

Een van die deelnemers aan die navorsing is ook geïnfekteer, en op ‘n vraag wat haar behoefte sou wees indien sy ook siek sou word, het sy soos volg geantwoord:

“Ons sal hulp nodig hê om ons te kan was. Ons sal iemand nodig hê soos die susters (tuisversorgers) wat omkom om my te kan help om my te was en aan te trek”.

‘n Ander deelnemer aan die navorsing het ook laat blyk dat hy ‘n behoefte het aan vervoer wanneer die VIGS-lyer hospitaal toe of kliniek toe moet gaan. Hy het dit soos volg verwoord:

“... om haar te vervoer. Om haar kliniek toe te neem, en hospitaal toe”.

Steyn, et al. (2006:6) wys daarop dat versorgers fisieke moegheid beleef as gevolg van fisiek uitputtende aktiwiteite soos die was van die pasiënt. Simms en Moss (1991:10) bevestig dat die fisiese versorging van die verswakte VIGS-pasiënt ‘n groot uitdaging is.

■ *Kos en die voorbereiding daarvan*

Sommige van die deelnemers aan die navorsing het laat blyk dat hulle hulp benodig ten opsigte van die voorsiening van kos en die voorbereiding daarvan. Dit het geblyk dat hulle soms so besig is met die versorging van die VIGS-lyer dat hulle nie altyd tyd kry om hulle eie kos voor te berei nie, en dan benodig hulle iemand om hulle hiermee behulpsaam te wees. ‘n Ander pasiënt het ook laat blyk dat, indien sy siek raak, hulp in die opsig ook benodig sal word. Dit het uit die transkripsies soos volg na vore gekom:

“En kos. Jou kosgoed. Ek is ook ‘n persoon ek moet pille drink, en as die voedsel nie daar is nie of dit is nie genoeg nie, jy kan nie jou pille op ‘n leë maag drink nie”.

“Daar sal hulp moet wees wat moet kos maak”.

“Soms as ek nou nie kos in my eie huis het nie, dan moet ek vir my kinders gaan sê kom dat

ek nou kos het in my huis”.

Simms en Moss (1991:10) wys daarop dat die fisieke versorging van die verswakke VIGS-pasiënt ‘n groot uitdaging is. Volgens Stein (1997:20) is daar ook ‘n agteruitgang in die finansiële status van die gesin aangesien die pasiënt sowel as die primêre versorger nie meer ‘n inkomste genereer nie.

■ *Huis skoonmaak*

Een van die deelnemers aan die navorsing het die volgende behoefte in hierdie verband uitgespreek nadat sy te kenne gegee het dat sy ook siek is, en aan haar gevra is watter behoeftes hulle sal hê indien sy ook afhanklik raak van versorging:

“Daar sal hulp moet wees ... en huis skoonmaak ...”.

‘n Ander deelnemer het die volgende inset in die verband gelewer:

“Hulle kan vir my help deur vir my die beddens op te maak terwyl ek die siekes was. Hulle kan vir my help vee”.

Nog een van die deelnemers het die volgende in die verband te kenne gegee:

“Dan moet ek my kinders lastig val en sê kom maak vir my skoon want ek is omtrent nooit by my huis nie omdat ek die pasiënt moet versorg”.

■ *Wasgoed was*

‘n Deelnemer aan die navorsing het laat blyk dat hulp nodig is met die was van die wasgoed, en het die volgende hieroor te kenne gegee:

“Ons sal hulp nodig hê met ... en wasgoed was”.

■ *Ontwikkeling van ‘n groentetuin*

Een van die deelnemers aan die navorsing het laat blyk dat sy behoefte daaraan het dat hulle as ‘n groep versorgers daaraan moet dink om ‘n groentetuin te ontwikkel waaruit hulle hulle voorraad groente kan onttrek om die pasiënte daarmee te versorg. Sy het dit soos volg verwoord:

“Soms as jy nie ‘n ding het nie, dan kan jy gaan na daai tuine toe wat gemaak is, want jy moet groente hê”.

Stott en Finlay (1984:69), asook Steyn, et al. (2006:13), bevestig dat hulpverlening aan versorgers ten opsigte van huishoudelike take dikwels druk verlig wat fisieke uitputting

verminder. Die laasgenoemde drie kategorieë kan hieronder sorteer.

8.12.1.2 *Kategorie: Emosionele behoeftes*

Sommige van die deelnemers het te kenne gegee dat hulle sekere emosionele behoeftes het rondom die versorging van 'n familielid met VIGS, en veral 'n behoefte aan emosionele ondersteuning het sterk na vore gekom. Tanchel (2003:249) meen dat ondersteuning noodsaaklik is, aangesien die dood die agtergeblewenes so alleen laat voel. Almal in die sisteem, en dan veral die familielid as primêre versorger (mikrovlak) wat so nou betrokke was by die pasiënt, is baie kwesbaar en voel maklik geïsoleerd. Die verskillende emosionele behoeftes van die familielid as primêre VIGS-versorger soos deur die deelnemers verwoord, sal voorts as subkategorieë aangebied word:

■ *Iemand om mee te praat / emosionele ondersteuning*

Hierdie behoefte het baie sterk na vore gekom by sommige van die deelnemers aan die navorsing. Enkeles van hulle het dit duidelik verwoord, terwyl dit by ander waargeneem kon word uit hulle emosionele reaksies. Saam met hierdie behoefte kan ook daarop gewys word dat luister 'n baie belangrike tegniek is om hier toe te pas. Deur na die persoon te luister kan die behoeftes van die persoon wat rou bepaal word, en die aanmoediging van persone om gevoelens te lug is die begin van die helingsproses (Valfre, 2001:217). Een van die deelnemers spreek ook haar gevoel sterk uit oor die feit dat sy met iemand wil praat wat werklik luister. Sy verwoord hierdie behoefte soos volg:

“Ek wil na iemand toe gaan wat ek weet wat ek kan vertrou wat ek van die begin van my kind se siekte tot en met haar dood net uitpraat, net uit, uit, uit. Dat dit net tussen ek en daardie persoon wees hoe dit gevoel het van die begin af, hoe dit gevoel het toe my kind vir my die nuus kom sê het sy het daai siek”.

Sy het in dieselfde onderhoud ook die volgende gesê:

“Ek kan met niemand my hart uitpraat nie, want almal luister nie na 'n mens nie. Baie mense luister nie na jou nie. Dit gaan hier in en dit gaan diekant uit. En dan verkondig hulle dit in die straat jou kind is 'n VIGS-lyer”.

Van die ander deelnemers het hulle behoefte in die verband soos volg uitgespreek:

“Ek sal graag van tyd tot tyd met iemand wil praat oor hoe ek voel oor sy versorging”.

“Dis 'n baie groot verligting as jy kan praat oor dit”.

“Ek sal dit gewaardeer het as daar iemand was wat ek kon vertrou. Dit is 'n behoefte by my

om met iemand te praat wat ek kan vertrou”.

Steyn, et al. (2006:14) sluit aan by Stott en Finlay (1984:5) wat noem dat versorgers behoort toegelaat te word om hulle emosies verbaal en nie-verbaal teenoor ‘n onafhanklike persoon uit te druk.

■ *Ruskans / Respite*

Enkele van die deelnemers het te kenne gegee dat hulle ‘n behoefte daaraan het om net van tyd tot tyd ‘n ruskans te kry deurdat iemand anders verantwoordelikheid neem vir die pasiënt se versorging. In die navorser se werk met hierdie diensverbruikers gebeur dit ook dikwels dat hierdie behoefte na vore kom. Van die deelnemers het hierdie behoefte soos volg geverbaliseer:

“... ek moet ‘n ‘break’ kry. Dan moet daar iemand in my plek by haar wees”.

“Ek het baie gewens daar was iemand gewees wat vir my gesê het kom ek help jou. Of dat ek vandag na K ... kyk dan kan jy ‘n bietjie rus. Maar daar was nie daai helpende hand nie”.

“Ek weet nie van ander nie, maar dit is die behoefte wat ek gehad het om iemand te hê om vir my ‘n bietjie te help”

Steyn, et al. (2006:6) bevestig dat versorgers fisieke moegheid beleef as gevolg fisiek uitputtende aktiwiteite ten opsigte van die versorging van die pasiënt. Die *National Hospice & Palliative care Organisation* (2012:1) verduidelik respit soos volg: “Respite care is short-term inpatient care provided to the individual only when necessary to relieve family members or other persons caring for the individual at home”. Hulle wys daarop dat respit van toepassing is in die volgende gevalle, naamlik:

- wanneer die primêre versorger fisies en emosioneel uitgeput is en ‘n breuk nodig het
- die versorger ‘n familie-byeenkoms wil bywoon soos byvoorbeeld ‘n huwelik, ‘n gradeplegtigheid of ‘n begrafnis
- die versorger siek is en ‘n breuk nodig het om te herstel

■ *Liefde*

Hierdie behoefte is nie direk uitgespreek nie. Dit kon egter waargeneem word na aanleiding van opmerkings wat van die deelnemers aan die navorsing gemaak het, soos byvoorbeeld die volgende:

“My behoefte is net dat ons moet nader aan mekaar leef”.

“Jy moet net daar wees. Soms kan jy nie eers aan jou eie goete dink nie”.

■ *Ondersteuning*

Hier het veral ondersteuning ten opsigte van berading duidelik na vore gekom by een van die deelnemers wat dit soos volg verwoord het:

“Ek het al gedink wanneer my kleinkind groter word en begin verstaan, wat gaan ek vir hom sê hoekom drink hy hierdie medisyne. Met ander woorde hoe gaan ek vir hom verduidelik. Ek sal moet iemand kry om my te help verduidelik aan hom”.

Ander deelnemers het hulle behoefte aan ondersteuning op ‘n meer praktiese vlak soos volg uitgespreek:

“Ek soek iemand om my te help, want ek kan hom nie alenig regmaak nie”.

“Ek het baie gewens daar was iemand gewees wat vir my gesê het kom ek help jou”.

Behoefte aan veral ondersteuning met die fisiese versorging van die VIGS-pasiënt was iets wat duidelik gespreek het uit die navorsing. Waar die versorger ander lede in die gesin het wat daarmee behulpsaam is, was dit duidelik dat dit vir hulle makliker is om soms uitmergelende take wat gekoppel word aan die versorging te bemeester. Kreibick (1995:169) wys daarop dat gesinslede mekaar kan ondersteun deur bemoediging en die uitvoer van sekere take.

8.12.2 Subtema: Behoeftes van pasiënt

Net soos in die geval van die familielid as VIGS-versorger, kan die behoeftes van die pasiënt soos dit deur die versorger geverbaliseer is, ook in twee kategorieë verdeel word, naamlik die fisiese behoeftes en die emosionele behoeftes. Daar sal dus vervolgens as sodanig daaraan aandag gegee word.

8.12.2.1 Kategorie: Konkrete behoeftes

Uit die navorsing het dit geblyk dat die pasiënt ook fisiese behoeftes ervaar soos beddegoed, toiletware, die was van hulle wasgoed, hulle huis se skoonmaak en hulle fisiese versorging wanneer hulle dit nie meer self kan doen nie. Een van die deelnemers aan die navorsing het dit soos volg opgesom:

“VIGS-lyers het eintlik baie dinge nodig. Hulle moet versorg raak. Daar is van hulle wat nie kan loop nie. Hulle moet gewas word. Hulle het beddegoed nodig. Hulle wasgoed moet gewas kom. Hulle moet gemotiveer word om gesond te eet en daarom moet hulle groente kry”.

Steyn, et al. (2006:6) bevestig dat die fisiese versorging van die verswakte VIGS-pasiënt moeilik is, en wys ook daarop dat die pasiënt dikwels gevoer moet word en hulle beddegoed dikwels omgeruil moet word omdat hulle nie beheer oor hulle toiletgewoontes het nie.

8.12.2.2 Kategorie: Emosionele behoeftes

Die emosionele behoeftes van die pasiënt soos dit in die navorsing deur die familielid as primêre VIGS-versorger verwoord en uit die getranskribeerde onderhoude na vore gekom het, was hoofsaaklik dié van ondersteuning en bemoediging (volgens die deelnemers se persepsies). Hierdie behoeftes is nie spesifiek deur die deelnemers verwoord nie, maar dit kon afgelei word uit dit wat in die onderhoude na vore gekom het, soos die volgende:

“Ek het my kind bygestaan”.

“Die minste wat ek kan doen is om haar by te staan”.

“... moet daai een ook moed inpraat”.

Dat die VIGS-pasiënt emosionele ondersteuning nodig het word deur Steenkamp en Potgieter (2008:39) bevestig, en die afleiding kan gemaak word dat dit voortspruit uit die emosionele behoeftes wat deur die VIGS-lyer ervaar word.

In die volgende afdeling sal dienste wat benodig word om die taak van die familielid as primêre VIGS-versorger te vergemaklik, en soos deur die deelnemers aan die navorsing verwoord, aangespreek word.

8.13 TEMA 11: DIENSTE WAT BENODIG WORD

Aangesien hierdie navorsing hoofsaaklik gaan oor die familielid as primêre VIGS-versorger, word ook in hierdie afdeling grootliks aandag gegee aan die dienste wat benodig word soos dit uit die navorsing na vore gekom het. Indirek sal dit dan ook dienste aan die pasiënt reflekteer. Die enigste subtema wat dus hier ter sprake is, is die volgende:

- Dienste aan die familielid as primêre VIGS-versorger

8.13.1 Subtema: Dienste aan die familielid as primêre VIGS-versorger

Uit die getranskribeerde onderhoude het die deelnemers aan die navorsing verskeie dienste geïdentifiseer wat volgens hulle nodig is om die taak van die familielid as primêre VIGS-

versorger te vergemaklik. Hierdie dienste is onderverdeel in kategorieë, en dit het ontstaan na aanleiding van die volgende vraag aan die deelnemers: “Watter tipe dienste dink jy is nodig om mense te help wat VIGS-lyers versorg”. Die kategorieë wat hieruit ontstaan het, is die volgende:

- Plaasvervanger
- Respyt
- Voedsel
- Hulp met versorging
- Berading
- Vervoer.

Elkeen van hierdie kategorieë sal nou afsonderlik bespreek word, en dit sal geverifieer word met aanhalings uit die getranskribeerde onderhoude.

8.13.1.1 Kategorie: Plaasvervanger (mikro- en mesovlakke)

Uit die navorsing blyk dit dat behoefte bestaan aan ‘n diens aan versorgers deurdat hulle iemand kan kry wat hulle kan vervang vir kort tye, en wat dan die versorging van die pasiënt vir ‘n paar uur waarneem. Die idee hiermee is dat hulle die geleentheid kan kry om ook aan hulle persoonlike sake aandag te gee, of net vir ‘n paar uur te rus. ‘n Behoefte aan hierdie diens blyk duidelik uit die volgende aanhalings:

“Dan moet julle twee wees wat kan versorg dat die een kan oorvat as jy nou bietjie gaan rus”.

“Ek het baie gewens daar was iemand wat vir my gesê het: ‘dat ek vandag na K ... kyk dan kan jy ‘n bietjie rus’”

“Ek sou ‘gelike’ het om iemand te gehad het – miskien ‘n vroumens – om haar te was”.

Hierdie is ‘n diens waarna gekyk kan word, en wat moontlik die moeite werd sal wees om te implementeer. In ‘n internet bron: (http://en.wikipedia.org/wiki/Respite_care, 2014) word gewys op twee tipes sorg wat hier aan die versorger verleen kan word. Die een bestaan daaruit dat ‘n breuk aan die versorger verleen word deurdat iemand die versorging van die pasiënt behartig sodat die versorger byvoorbeeld net middagete kan voorberei, of die rekeninge kan gaan betaal. Die ander tipe plaasvervanger versorger waarvan gepraat word, is wat genoem word ‘n “*sitter-companion*” diens. Dit is waar die plaasvervanger een of twee

keer per week vir 'n paar uur op 'n dag by die pasiënt kom sit sodat die versorger 'n blaaskans kry. Dit is egter belangrik dat hierdie plaasvervanger opgelei moet word in wat van hom of haar verwag word en wat om te doen indien 'n krisis ontstaan terwyl die gewone versorger uithuisig is.

8.13.1.2 Kategorie: Respyt (ekovlak)

Respyt dienste is waar die pasiënt vir 'n tyd lank (2-3 weke) in 'n ander sorg geplaas word sodat die familielid as versorger die geleentheid kan kry om aan haar eie gesin aandag te gee, en ook om te rus. Die pasiënt se opname in 'n hospitaal, hospies of sorgsentrum word hier in gedagte gehou. Die navorser is ook bewus van hierdie behoefte in die gemeenskap, en hoewel daar wel in 'n mate daarin voorsien word, is die behoefte baie groter as waaraan die fassiliteit kan voldoen. Behoeftes aan hierdie diens blyk uit die volgende aanhaling:

“Daar is partykeer wat ek vir haar gevra het ek wonder of hulle jou nie maar kan toelaat in die hospitaal nie. Dan sou ek gerus het, maar ek sou haar besoek het, maar ek sou geweet het daar is iemand wat haar versorg”.

'n Internet bron (http://en.wikipedia.org/wiki/Respite_care, 2014) verduidelik dat respite die voorsiening van korttermyn, tydelike verligting is vir diegene wat 'n familielid versorg wat andersins permanente plasing in 'n fassiliteit buite die gesin sou benodig. Hulle onderskei tussen verskillende tipes respite, naamlik:

- binnenshuise repite, waar die tydelike versorger inkom en die versorging van die pasiënt in die huis behartig
- 'n gespesialiseerde fassiliteit, waar die pasiënt vir 'n paar dae of weke bly
- respite in geval van nood, waar 'n krisis ontstaan en die pasiënt om een of ander noodsaaklike rede respite-sorg moet ontvang
- terapeutiese dagsorg vir volwassenes waar respite sorg gedurende kantoor-ure vyf dae 'n week voorsien word.

Die *National Hospice & Palliative care Organisation* (2012:1) wys daarop dat respite voorsien kan word deur 'n binnepasiënte hospies fassiliteit, 'n hospitaal of 'n verpleegfassiliteit wat die vermoë het om vier-en-twintig uur verpleegdiens te voorsien.

8.13.1.3 Kategorie: Voedsel/klere (meso- en ekovlakke)

Hierdie is 'n behoefte aan een of ander diens in die verband wat baie sterk uit die navorsing na vore gekom het. 'n Tekort aan voedsel ontstaan waarskynlik dikwels as gevolg van die feit

dat die versorger sy of haar werk moet laat staan om na die pasiënt om te sien, en dit kan dan maklik lei tot 'n behoefte aan voedsel. Om 'n diens beskikbaar te stel wat in hierdie behoefte kan voorsien, en wat baie goed gekontroleer word, kan dalk verligting bring vir hierdie probleem. Daar moet egter daarteen gewaak word dat die versorgers nie afhanklik raak van hierdie diens nie, en daarom sal daar ook reëls geformuleer moet word waarvolgens hierdie diens aan die versorgers beskikbaar gestel kan word, byvoorbeeld dit behoort beperk te word tot 'n sekere hoeveelheid, of vir 'n sekere tyd.

Saam met hierdie diens kan daar moontlik gekyk word na die ontwikkeling van groentetuine waaruit hierdie versorgers en hulle pasiënte, en dikwels ook hulle gesinne, voedsel kan onttrek vir hulle eie gebruik. In plaas daarvan om dit 'n gemeenskapsprojek te maak, kan dit moontlik ook oorweeg word om individuele gesinne te bemagtig om daarmee by hulle huise te begin waaruit hulle dan groente kan bekom vir huishoudelike gebruik.

'n Behoefte aan kos en klere het na vore gekom tydens die navorsing, en die volgende aanhalings uit die navorsing is 'n voorbeeld hiervan:

"... klere vir die kinders, vir die pa (pasiënt)".

"Partykeer is dit 'n probleem met kos, veral wanneer sy moet her-aansoek doen vir haar toelaag. Dan is my toelaag te min om in ons behoeftes te voorsien".

"... klere is dan ook soms 'n probleem".

"Kinders se skoolskoene".

"... miskien iets te kry om te eet...".

In die geval van 'n behoefte aan klere kan gedink word aan 'n tweedehandse klerebank wat tot die beskikking van die versorgers en pasiënte gestel kan word.

Steenkamp en Potgieter (2008:39) postuleer dat die take wat informele versorgers moet verrig, soos byvoorbeeld die voorsiening en versorging van voedsel en klere, dikwels buite die grense van formele versorging val. Volgens Flaskerud, et al. (2000:121) kan dit 'n ingrypende invloed op die versorger se psigologiese welstand hê.

8.13.1.4 Kategorie: Hulp met versorging (mikro-, meso- en ekovlakke)

Uit die navorsing het geblyk dat hierdie ook 'n behoefte vir dienslewering is wat sterk na vore gekom het. Die volgende aanhalings uit die getranskribeerde onderhoude bevestig dit:

“Daar moet iemand wees om te help met sy versorging. Ek soek iemand om my te help”.

“Daar sal hulp moet wees wat moet kos maak, en huis skoonmaak, en wasgoed was”.

“Ons sal iemand nodig hê soos die susters wat omkom om my te help”.

“Ek het baie gewens daar was iemand wat vir my gesê het: ‘kom ek help jou’”.

Hulp ten opsigte van langtermyn versorging het ook na vore gekom. Omdat van die versorgers ook geïnfekteer is, het hulle kommer uitgespreek oor wat van die pasiënt gaan word indien hulle voor hom/haar te sterwe sal kom. Hulle het toe die behoefte aan ‘n langtermyn versorgingsfasiliteit soos volg geverbaliseer:

“Ek het nou een dag vir sy broer gesê as ek voor hom doodgaan moet hulle ... ‘n plek kry wat hy kan bly en versorg word”.

Steyn, et al. (2006:10) bevestig dat bronne wat die versorger kan help met die versorging van die VIGS-lyer is byvoorbeeld kliniekpersoneel, geestelike leiers, die huisdokter, fisioterapeut, kollegas en familieledede.

8.13.1.5 Kategorie: Berading (eko- en makrovlakke)

Beradingsdienste blyk ook ‘n behoefte te wees by die deelnemers aan die navorsing. Volgens Collins (2005:41) is berading nie ‘n stap-vir-stap-proses soos om ‘n koek te bak nie. Hy wys egter daarop dat daar wel in elke beradingsverhouding verskillende stappe of fases voorkom, waarvan sommige verskeie kere herhaal word. Hy beklemtoon egter deurentyd die belangrikheid van “luister” deur die berader.

Evian (2000:114) noem dat ondersteuning en berading een van die verantwoordelikhede van die gesinne is, en dat dit net so belangrik soos die mediese versorging is. Die aard van die behoefte aan berading wat na vore gekom het, was tweërlei van aard, naamlik die behoefte by die versorger om berading aan die pasiënt te gee oor die gebruik van medikasie en die rede daarvoor, en die behoefte om met ander versorgers in byvoorbeeld groepverband bymekaar te kom. Hierdie twee aspekte sal as subkategorieë hanteer word.

■ *Berading oor die gebruik van medikasie*

Behoeftes aan hierdie tipe berading het na vore gekom uit die volgende aanhaling:

“Dit is ‘n behoefte by my om iemand te hê wat vir my kan help om aan hom te verduidelik waarom hy die medisyne drink wanneer hy begin vrae vra daarvoor”.

Dit gebeur dikwels dat VIGS-lyers huiwer om hulle medikasie te gebruik as gevolg van onkunde daaroor. Williams, Macphail, Taljaard, Gouws, Moema, Mzidume, en Resego (2000:358) wys daarop dat voorligting op verskillende maniere kan plaasvind, byvoorbeeld inligtingsveldtogte waar selfs gebruik gemaak kan word van die media soos televisie en radio. Kahn (2002:2) noem dat Anglogold byvoorbeeld beradingsprogramme vir hulle werknemers aanbied.

■ *Individuele berading*

Dit het ook geblyk dat daar deelnemers aan die navorsing was wat 'n behoefte aan individuele berading het. Dit het na vore gekom uit die volgende aanhalings:

“Ek wil na iemand toe gaan wat ek weet wat ek kan vertrou”.

“Ek sal graag van tyd tot tyd met iemand wil praat oor hoe ek voel oor sy versorging”.

“Dit is 'n behoefte by my om met iemand te praat wat ek kan vertrou”.

Simms en Moss (1991:77) maak melding van die belangrikheid van die sielkundige en emosionele ondersteuning aan familieledede as VIGS-versorgers, en noem ook dat dit dikwels omvangryk is. Die navorser het ook na die onderhoude aan die deelnemers die geleentheid gegee om hulle gevoelens te verwoord deur aan hulle te vra hoe hulle voel na die onderhoud.

■ *Berading in groepsverband*

Moore, et al. (2006:71) wys op die belangrikheid van ondersteuningsgroepe vir die versorgers van VIGS-lyers ten einde hulle in staat te stel om hulle stres vlakke te beheer. Die behoefte hieraan het ook uit die navorsing na vore gekom soos blyk uit die volgende aanhalings:

“Ons moet meer in groepe bymekaar kom saam met 'n berader, en ons verduidelik dan hoe ons voel. Hy/sy kan ook vir ons opleiding gee oor hoe om in sekere situasies op te tree”.

Volgens Steyn, et al. (2006:13) kan die organisering van ondersteuningsgroepe vir die VIGS-versorger hulle help om met ander persone in dieselfde situasie as hulle te kan identifiseer. Die navorser is van mening dat dit ook die versorgers in staat sal stel om hulle gevoelens maklik te verwoord deurdat hulle bewus is van die feit dat hulle dieselfde uitdaging deel. Dit is tog so dat die gemeenskap, wat somstyd die oorsaak van probleme kan wees, ook 'n bron van ondersteuning kan wees (Collins, 2005:47).

8.13.1.6 *Kategorie: Vervoer (mikro-, meso- en ekovlakke)*

Aangesien baie van die familieledede as primêre VIGS-versorgers nie oor hulle eie vervoer beskik nie, en as gevolg van die pasiënt se siekte baie afhanklik is van vervoer, was hierdie nog 'n behoefte vir 'n spesifieke diens wat uitgespreek is. Hoewel dit nie in soveel woorde gedoen is nie, dui die volgende aanhalings uit die getranskribeerde onderhoude aan dat daar wel so 'n behoefte bestaan:

“... hulle kan my help om hom by die dokter of die kliniek te kry wanneer hy moet gaan, want ek het nie 'n kar nie”.

“Om haar te vervoer. Om haar kliniek toe te neem, en hospitaal toe”.

Theis, et al. (1997:77) maak ook melding van onder andere vervoer wat deel van die versorger se verantwoordelikhede aan die VIGS-lyer uitmaak.

Behalwe hierdie dienste wat deur die deelnemers aangedui is as 'n behoefte, is daar waarskynlik ook nog ander belangrike dienste wat benodig word. Verdere navorsing kan moontlik gedoen word oor die dienste aan hierdie groep, en watter behoeftes daar rondom dienslewering bestaan.

Die laaste tema wat in hierdie hoofstuk aangebied en bespreek gaan word, is dié van raad deur die deelnemers aan ander familieledede as primêre VIGS-versorgers.

8.14 TEMA 12: RAAD DEUR DEELNEMERS AAN ANDER FAMILIELEDE AS PRIMÊRE VIGS-VERSORGERS

Hierdie tema het ontstaan uit die antwoorde van die deelnemers aan die navorsing op die vraag: “Watter raad het jy aan ander mense wat ook familieledede met VIGS versorg”. Een subtema het hieruit na vore gekom, naamlik

- Raad oor hoe om die versorging van 'n familielid met VIGS te hanteer.

Hierdie subtema met sy verskillende kategorieë sal vervolgens aandag geniet:

8.14.1 Subtema: Raad oor hoe om die versorging van ‘n familielid met VIGS te hanteer

Die raad wat deur die deelnemers aan ander familieledede as VIGS-versorgers gegee word, het in die volgende kategorieë na vore gekom:

- Kry hulp by professionele persone
- Vra die Here om hulle te help
- Moenie moedeloos raak nie
- Hulle moet geduldig wees
- Beweeg soms weg van die probleem
- Bly by die pasiënt tot die einde
- Geleidelike losmaking van die pasiënt
- Raad ten opsigte van die versorging self.

Die verskillende kategorieë sal vervolgens elkeen afsonderlik bespreek word.

8.14.1.1 Kategorie: Kry hulp by professionele persone (ekovlak)

Van die deelnemers aan die navorsing het aanbeveel dat familieledede as primêre VIGS-versorgers na die maatskaplike werker gaan vir hulp. Hulle het hulle self hieroor soos volg uitgespreek:

“Ek sal vir hulle sê ... of gaan na die social worker toe. Ek sal vir hulle sê hulle kan die social worker vra hoe kan hulle die siek mens help”.

“As hulle siek persoon miskien kliniek toe moet gaan, daar is ‘n ambulans bussie wat hulle kan wegbring. Dan sê ek waar kry hulle die ambulans bussie as jy hom wil hê”.

Steyn, et al. (2006:12-15) maak melding van die verskillende professionele persone, soos byvoorbeeld die maatskaplike werker en die verpleegkundige, en die belangrikheid van hulle onderskeie rolle veral ten opsigte van die ondersteuning en die opleiding wat hulle aan die VIGS-versorger kan voorsien.

8.14.1.2 Kategorie: Vra die Here om hulle te help (makrovlak)

Hierdie raad het baie sterk na vore gekom vanuit die getranskribeerde onderhoude. Dit wil voorkom asof familieledede as primêre VIGS-versorgers werklik baie steun hierop, en daarom dit ook so sterk aanbeveel aan ander persone in dieselfde situasie. Uit die onderhoude het dit soos volg na vore gekom:

“Vra die Here dat hy jou moet versterk”.

“Vra die Here om hulle te help”.

“Vra die Here om hulle krag te gee”.

“Sonder die Here sal mens dit nie kan doen nie”.

“Kyk na die Here”.

“Dis net die Man van Bo”.

Steyn, et al. (2006:9) beklemtoon die feit dat VIGS-versorgers ‘n behoefte aan geestelike leiding beleef omdat die versorging van die pasiënt geestelik uitputtend is. Dit word ook deur Stoter (1995:164) sowel as Evian (2000:299) beklemtoon. Steyn, et al. (2006:9) wys ook daarop dat die belewenis van volgehoue geloof in ‘n Hoër Hand dit vir die versorger moontlik maak om geduldig te wees met die pasiënt en stel hulle in staat om vol te hou met die versorging van die pasiënt. Hiervan is die bogenoemde aanhalings uit die getranskribeerde onderhoude ‘n sprekende voorbeeld. Steyn, et al. (2006:9) bevestig verder dat ‘n sterk geloof dit vir die versorger moontlik maak om sin en betekenis te haal uit die ondervinding om die verswakke VIGS-pasiënt te versorg. Volgens Rait, et al. (1997:242) kan geloofsopinies die gesin se hantering van VIGS bepaal.

8.14.1.3 Kategorie: Moenie moedeloos raak nie

Van die deelnemers aan die navorsing het die raad aan ander familieleden as VIGS-versorgers in hierdie opsig soos volg uitgedruk:

“Moenie moed opgee nie, gaan aan”.

“Hulle moet aanhou. Hulle kan nie moedeloos raak nie”.

“Hulle moenie net negatief wees nie. Hulle moet ‘n slag positief wees”.

“Hulle moet daai een ook moed inpraat en maak met hom ‘n grappie en alles daai”.

Die fisieke uitputting van die versorger veroorsaak soms dat hy/sy moedeloos raak, en kan die versorger gehelp word deur tydelike verligting aan hulle te bied. Volgens Stott en Finlay (1984:69) sal vroegtydige beplanning van bystand vir die versorger deur ‘n gespesialiseerde diensverskaffer soos ‘n hospies die versorger die versekering gee dat tydelike versorging beskikbaar is wanneer fisieke uitputting onuithoudbaar word. Flakerud, et al. (2000:121) bevestig dat die verskeidenheid van verantwoordelikhede van die versorger teenoor die VIGS-lyer ‘n ingrypende invloed op die versorger se psigologiese welstand kan hê. Volgens De Figueiredo en Turato (2001:637) word die situasie dikwels vererger deur gebrekkige emosionele ondersteuning en professionele leiding.

8.14.1.4 Kategorie: Hulle moet geduldig wees

Omdat die taak van versorging van 'n familielid met VIGS so uitmergelend kan wees, en dit gevolglik maklik daartoe kan lei dat die versorger ongeduldig kan raak, kan hierdie raad aan ander in dieselfde situasie as baie waardevol beskou word. Dit is soos volg verwoord:

“Hulle moet geduldig wees. Al stres daai persoon ook, maak of jy hom nie hoor nie. Doen net jou ding”.

Evian (2000:114) bevestig dat versorgers soms ongeduld kan beleef. Literatuur kon egter nie opgespoor word oor hoe versorgers hierdie ongeduld kan hanteer nie. “Geduld” word deur Odendal, et al. (1991:250) verduidelik as: “die vermoë om veel te verdra, om moed te hou”. Die betrokke outeurs verduidelik dit ook as verdraagsaamheid en volharding.

8.14.1.5 Kategorie: Beweeg soms weg van die probleem

Dit is alombekend dat indien 'n persoon te na-aan 'n probleem staan, dit soms moeilik is om perspektief daarop te kry. Daarom is dit dikwels belangrik om effens weg te beweeg daarvan ten einde in staat te wees om weer perspektief te kry, en dan weer met nuwe insig voort te gaan. Net so kan dit ook wees in die geval van die versorging van 'n familielid met VIGS. Hierdie waardevolle raad is soos volg deur een van die deelnemers aan die navorsing aan ander persone in dieselfde situasie soos volg uitgespreek:

“Jy sal vir hom sê: ‘gaan net so 'n bietjie weg. Stap maar net so 'n bietjie weg, en kom maar net weer later terug’”.

Literatuur oor hierdie onderwerp kon nie opgespoor word nie, en dit blyk dat hierdie aanbeveling uniek aan die navorsing is.

8.14.1.6 Kategorie: Bly by pasiënt tot die einde

Een van die deelnemers aan die navorsing het hierdie raad soos volg verwoord:

“As 'n pasiënt gewoon is aan jou ... bly maar by daai pasiënt totdat jy nou weet dit is sy tyd. Bly by die pasiënt”.

Hierdie raad word aan ander persone in dieselfde situasie gegee omdat dit dalk skuldgevoelens by die versorger kan veroorsaak indien hy/sy nie tot die einde toe by die pasiënt was nie. Verder kan dit ook wees omdat die pasiënt bekend is met die versorger, en dit moontlik daartoe kan lei dat hy rustiger sal wees tot op die einde indien die versorger by hom bly. Steyn, et al. (2006:10) noem dat versorgers soms vrees en angstigtheid ten opsigte van die dood beleef, en alhoewel hulle besef dat dit onvermydelik is, is hulle bang om die

laaste oomblikke saam met die pasiënt deur te bring. De Figueiredo en Turato (2001:633), asook Gueritault-Chalvin, et al. (2000:150) bevestig dat versorgers se stres vererger word deur onder andere hulle hulpeloosheid wanneer die dood van die pasiënt onvermydelik blyk te wees.

8.14.1.7 Kategorie: Geleidelike losmaking van die pasiënt

Dit gebeur nie altyd dat versorgers in dieselfde huis bly as die pasiënt nie, en dat die versorger moontlik ook nog haar eie huis en/of gesin het wat sy moet versorg. Wanneer die pasiënt dan ernstig siek raak, moet die versorger waarskynlik vir 'n tyd by hom/haar gaan inwoon. Wanneer dit dan weer beter gaan, is dit belangrik dat die pasiënt nie te afhanklik raak van die versorger nie, sodat die pasiënt sover moontlik weer op sy/haar eie kan funksioneer indien hulle toestand dit regverdig. Daarom is dit nodig dat hierdie verhouding wat waarskynlik noodwendig verstewig is tydens die intense versorging van die pasiënt, weer geleidelik ontken word sodat die pasiënt weer sover moontlik op sy/haar eie bene kan staan. Hierdie raad aan ander versorgers in dieselfde situasie is soos volg verwoord:

“As die pasiënt sterk raak ... ek is besig om my stukkies vir stukkies los te maak. Dat ek net so 'n bietjie eenkant kom”.

Literatuur kon nie opgespoor word oor hierdie kategorie nie, en hierdie aanbeveling blyk uniek te wees aan die navorsing.

8.14.1.8 Kategorie: Raad ten opsigte van die versorging self

Hieroor het van die deelnemers aan die navorsing die volgende raad aan ander familieledes as primêre VIGS-versorgers:

“Dit is nie so maklik nie. Jy moet baie bystand gee aan die siek persoon”.

“Sorg dat die pasiënt gereeld eet, skoon is, by die kliniek uitkom, medisyne gereeld gebruik”.

“Hulle kan vir die VIGS-lyer sê: ‘gebruik jou medikasie, moenie een dag mis nie. Gebruik dit gereeld en sorg dat jy goed eet’”.

“Hulle harte moet daar wees by die werk wat hulle doen”.

“Hulle moet daardie persoon oppas en bystaan met alles. Daardie persoon raak so swak dat hy totaal niks vir homself kan doen nie”.

“Motiveer die VIGS-lyer om kliniek toe te gaan wanneer hy siek voel, want VIGS-lyers moet ook kan kyk na hulleself”.

“Die versorger moet toesien dat hy/sy reg eet sodat hulle sterk genoeg kan wees om die VIGS-lyer te versorg wanneer hulle bedlêend raak”.

Sims en Moss (1991:10) wys daarop dat die fisieke versorging van die verswakte VIGS-lyer ‘n groot uitdaging is.

8.15 GEVOLGTREKKING

Hierdie hoofstuk het gehandel oor die resultate wat uit die in-diepte, semi-gestruktureerde onderhoude met die familieledes as primêre VIGS-versorgers na vore gekom het. Dit is gedoen volgens temas, subtemas, kategorieë en subkategorieë soos dit in die getranskribeerde onderhoude na vore gekom het, en dit is, waar moontlik, toegelig met literatuur. Dit is verder uit die navorsing met toepaslike aanhalings bevestig soos dit uit die onderhoude na vore gekom het. ‘n Totaal van twaalf temas met hulle verskillende subtemas is geïdentifiseer, en dit is gebaseer op die oop-einde vrae wat gebruik is as riglyn vir die onderhoude. Hierdie temas met hulle subtemas sien soos volg daaruit:

- Tema 1: Die eerste tema wat geïdentifiseer is, handel oor die kennis van VIGS, en as subtema is die familielid as primêre VIGS-versorger se kennis aangespreek. Hierdie tema het ontstaan na aanleiding van die vraag aan die deelnemers: “Vertel vir my van die pasiënt se siekte”.
- Tema 2: Die tweede tema het gehandel oor die versorging van die VIGS-lyer, en dit het ontstaan na aanleiding van die vraag: “Vertel vir my waaruit bestaan jou versorging van die pasiënt”. Onder hierdie tema het twee subtemas uitgekristaliseer, naamlik fisiese versorging en probleme wat ondervind is met die versorging.
- Tema 3: Risiko-gedrag. Onder hierdie tema het twee subtemas na vore gekom, naamlik die risiko-gedrag van die versorger en die risiko-gedrag van die pasiënt. Hierdie tema het vanuit dieselfde vraag waarvan in Tema 2 melding gemaak is, ontstaan.
- Tema 4: Ander mense se reaksie. Hierdie tema het ontstaan as deel van die resultate op die vraag: “Hoe ervaar jy haar versorging?” Twee subkategorieë het hieruit na vore gekom, naamlik die reaksie van familie en die reaksie van werkgewer/kollegas.
- Tema 5: Onder hierdie tema het die versorger se gevoelens en reaksies uitgekristaliseer, en dit het as deel van die bogenoemde vraag na vore gekom. Hieruit het twee subtemas voort gespruit, naamlik die gevoelens en reaksies op die bekendmaking van die pasiënt se status, en die gevoelens en reaksies oor die versorging van die pasiënt.
- Tema 6: Hierdie tema het gehandel oor die ondersteuning wat ontvang is met die versorging van die familielid met VIGS. Dit het na vore gekom na aanleiding van die vraag:

“Van wie ontvang jy hulp en ondersteuning”. Onder hierdie tema het drie subtemas ontstaan, naamlik versorgers se ondersteuningsbronne en die aard van die ondersteuning, die pasiënt se ondersteuningsbronne, en die ervaring van die ondersteuning wat ontvang is.

Tema 7: Die effek van die pasiënt se versorging op die verhouding tussen die versorger en die pasiënt. Hierdie tema het ontwikkel uit die vraag: “Hoe het sy/haar siekte julle verhouding beïnvloed”? Drie subtemas het hieruit gekristalliseer naamlik geen verskil, positiewe effek en negatiewe effek.

Tema 8: Verandering van die versorger se lewe as gevolg van die versorging van die VIGS-lyer. Hierdie tema het ontstaan na aanleiding van die vraag: “Hoe het sy/haar versorging jou lewe verander”? Drie subtemas het hier na vore gekom naamlik: geen verandering, positiewe verandering en negatiewe verandering.

Tema 9: Hierdie tema het gehandel oor die belewenisse van die versorger ten opsigte van die sterwensproses, en een subtema het hieruit voortgespruit, naamlik gevoelens na afsterwe van die pasiënt.

Tema 10: Die tiende tema het gehandel oor die behoeftes ten opsigte van die versorging. Dit het uitgekristaliseer na aanleiding van die volgende vraag aan die deelnemers: “Watter behoeftes ervaar jy ten opsigte van die pasiënt se versorging”. Twee subtemas het hieruit ontstaan, naamlik die behoeftes van die versorger, en die behoeftes van die pasiënt (volgens die persepsies van die versorgers).

Tema 11: Die elfde tema het gegaan oor die dienste wat benodig word, en dit het voortgespruit uit die volgende vraag wat aan die deelnemers gevra is: “Watter tipe dienste dink jy is nodig om mense te help wat VIGS-lyers versorg”? Een subtema het hieruit ontstaan, naamlik dienste aan versorgers.

Tema 12: Die twaalfde en laaste tema het gehandel oor die raad wat die versorgers aan ander persone in dieselfde situasie het. Dit het ontstaan vanuit die volgende vraag wat aan die deelnemers gevra is: “Watter raad het jy aan ander mense wat ook familieledede met VIGS versorg”? Een subtema het hieruit na vore gekom, naamlik raad oor hoe om die versorging te hanteer.

Elke subtema het ook kategorieë gehad, waarvan sommige ook subkategorieë gehad het. Dit is ook gedoen aan die hand van die ekologiese perspektief wat as uitgangspunt van hierdie navorsing gedien het, en ook toepaslik was.

HOOFSTUK 9

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

9.1 INLEIDING

Die doel van hierdie hoofstuk is om 'n bondige samevatting te gee van die gevolgtrekkings en aanbevelings ten opsigte van die kwalitatiewe navorsingsproses wat met hierdie navorsingsprojek gevolg is, en wat in Hoofstuk 2 van die verslag volledig weergegee is.

Verder sal ook 'n opsommende oorsig en samevatting gegee word van die navorsingsbevindinge wat gebaseer is op die data wat uit die semi-gestruktureerde onderhoude na vore gekom het en in Hoofstuk 8 van die verslag volledig aangebied en bespreek is. Die gevolgtrekkings waartoe gekom is deur die loop van die navorsingsprojek sal aangebied word en met aanbevelings opgevolg word. Hierdeur sal ook bepaal word of daar aan die doelstelling en doelwitte van die navorsing beantwoord is.

Eerstens sal dus aandag gegee word aan 'n bondige samevatting van die gevolgtrekkings en aanbevelings met betrekking tot die kwalitatiewe navorsingsproses wat gevolg is.

9.2 GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

Hierdie afdeling handel oor die verskillende gevolgtrekkings en aanbevelings wat gebaseer is op die navorser se persoonlike ervarings tydens die toepassing van die kwalitatiewe navorsingsproses soos beskryf in Hoofstuk 2 van hierdie verslag. Hierdie gevolgtrekkings is slegs van toepassing op die navorsingstudie en kan nie veralgemeen word nie.

9.2.1 Die kwalitatiewe navorsingsparadigma

Die navorser het die kwalitatiewe navorsingsparadigma geskik gevind vir die bestudering van die navorsingsonderwerp om die volgende rede:

- Dié navorsingsparadigma was geskik vanweë die verkennende aard daarvan
- Dit was verder geskik weens die sensitiewe aard daarvan.

In die eerste plek dus het die verkennende aard daarvan en die algemene tendens om hierdie paradigma in te span om navorsingsprobleme te ondersoek wat nog nie voorheen deurtastend ondersoek is nie, dit geskik gemaak vir hierdie navorsing. Soos tevore in die verslag genoem, is daar tot die gevolgtrekking gekom dat literatuur en empiriese navorsing oor die belewenisse, maar veral die sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers gebrekkig is. Dié geïmplementeerde navorsingsparadigma het dus gehelp met die uitbouing van die kennisbasis in die verband.

In die tweede plek is hierdie 'n baie sensitiewe navorsingsonderwerp, aangesien dit onder andere spesifiek delf in mense se gevoelsbelewenisse. Kwalitatiewe navorsing is 'n geskikte navorsingsbenadering in die verband aangesien in-diepte semi-gestruktureerde onderhoudvoering as kenmerkende metode van kwalitatiewe navorsing deelnemers motiveer om hul unieke gevoelservaringe te verwoord. Hierdie is 'n aspek wat baie moeilik gekwantifiseer kan word. Dit sou dus om etiese redes, soos deur Fouché en De Vos (in De Vos, et al., 1998:72) uitgespel, onvanpas wees om op 'n kwantitatiewe wyse 'n ondersoek hieroor te doen. Wanneer daar dus navorsing beoog word oor 'n onderwerp waarvoor min inligting bestaan, wat sensitief van aard is en wat op die belewenisse van mense fokus, beveel die navorser aan dat die navorsingsonderwerp vanuit 'n kwalitatiewe navorsingsbenadering ondersoek word.

9.2.2 Die fenomenologiese, verkennende, beskrywende en kontekstuele navorsings- ontwerp as strategie van ondersoek

Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat die genoemde kwalitatiewe navorsingsontwerp effektief was om die gestelde navorsingsdoelstelling te bereik. Dit het die navorser die geleentheid gebied om tot die deelnemers (familieledede as primêre VIGS-versorgers) se ervaringswêreld toe te tree en hul belewenisse rondom die versorging van 'n familielid met VIGS te verken, te verstaan en te interpreteer na aanleiding van die betekenis wat hulle daaraan heg. Volgens dié strategie van ondersoek kon die navorser inligting eerstehands bekom. Die feit dat hierdie onderhoude gevoer kon word waar daar geen steurnisse was nie, het daartoe bygedra dat deelnemers meestal op hul gemak gevoel het, en hulle sodoende in staat gestel kon word om die maksimum moontlike inligting rondom hierdie sensitiewe onderwerp te voorsien. Hierdie genoemde strategie van ondersoek word

aanbeveel vir navorsers wat daarna streef om inligting eerstehands te bekom en waar die verskynsel wat ondersoek moet word verken en beskryf, verstaan en geïnterpreteer wil word na aanleiding van die betekenis wat die deelnemers daaraan gee.

9.2.3 Semi-gestruktureerde onderhoude

Hierdie tipe onderhoud leen hom daartoe dat daar in-diepte ondersoek ingestel kon word na die familielid as primêre VIGS-versorger se belewenisse en behoeftes rakende die versorging van 'n familielid met VIGS. Ter voorbereiding van die proses van data-insameling is 'n loodsonderhoud gevoer met een van die deelnemers wat geselekteer is vir deelname aan die navorsing. Die getranskribeerde loodsonderhoud het die navorser en die studieleier gehelp om te besluit of die tipe onderhoud en die aard van die vrae vervat in die onderhoudsriglyn daarin slaag om die navorser te voorsien van die beste kwaliteit inligting wat benodig word om die navorsingsvraag te beantwoord. Dit was ook vir die navorser 'n waardevolle proeflopie in kwalitatiewe onderhoudvoering wat die uitsluitlike doel voor oë het om data in te samel. Die terugvoer van die studieleier rondom die geïmplementeerde onderhoudsvoeringstegnieke en aanpassings in die verband het in die opvolgende onderhoude vrugte afgewerp. Daar word dus aanbeveel dat daar van 'n loodsonderhoud gebruik gemaak word sodat verseker kan word dat die regte inligting bekom word deur die regte vrae te vra en navorsers vertrouwd te maak met onderhoudvoering as metode van kwalitatiewe data-insameling (Yegidis & Weinbach, 1996:132). Op hierdie wyse word ook verseker dat die nodige veranderinge aangebring word met die oog op verdere navorsingsonderhoude.

Die semi-gestruktureerde onderhoude was die beste tipe van onderhoudvoering in hierdie navorsing, aangesien dit bygedra het tot die effektiewe ontginning van data wat gebruik kon word in die beantwoording van die oorhoofse navorsingsvraag. Om dié rede stel die navorser voor dat by navorsingsprojekte waar 'n sensitiewe navorsingsonderwerp ter sprake is en daar in-diepte gedelf wil word in gevoelens en belewenisse, die metode van data-insameling handig sal inkom.

9.2.4 Die onderhoudsriglyn

Die vrae soos vervat in die onderhoudsriglyn (kyk Bylae 7) is saam met 'n toestemmingsbrief vooraf aan elke deelnemer aan die navorsing voorsien. Dit het aan die deelnemers die

geleentheid gegee om oor die aangeleentheid te besin. Dit het ook gehelp om die deelnemers se gedagtes te rig vir die onderhoud.

Die gevolgtrekking waartoe gekom is, is dat die vrae vervat in die onderhoudsriglyn (kyk Hoofstuk 2: punt 2.4.5 en Bylae 7) geskik was om inligting te bekom om te help met die beantwoording van die sentrale navorsingsvraag. Daar is egter tydens die onderhoude by enkele van die deelnemers gevind dat hulle dit moeilik gevind het om uit te wei oor die invloed wat die versorging van die VIGS-lyer op hulle verhouding met hom/haar het. Die rede hiervoor kan moontlik wees omdat hulle nog nie daarvoor nagedink het nie, of dat hulle in ontkenning is daarvoor – moontlik omdat hulle voel hulle het gefaal indien hulle moet erken dat dit dalk negatief was. Die deelnemers wat hierdie probleem ondervind het, het geen skoolastiese opleiding gehad nie, of indien hulle wel skoolopleiding gehad het, was dit tot Graad 6. Die rede waarom dit vir hulle moeilik was om uit te wei oor die invloed van hulle versorging van die VIGS-lyer op hulle wedersydse verhouding, kan dus moontlik ook hierin geleë wees. Die feit dat die vrae vooraf aan die deelnemers aan die navorsing voorsien is, het egter bygedra daartoe dat hulle in 'n mate makliker hierop kon reageer, en die navorser wil aanbeveel dat vrae vooraf aan deelnemers voorsien word.

9.2.5 Die opneem van die onderhoude op band

Die opneem van die onderhoude op band was 'n baie groot hulpmiddel aangesien dit die navorser in staat gestel het om haar onverdeelde aandag aan die deelnemers te gee en veral op hul nie-verbale reaksies te fokus. Verder het dit ook daartoe bygedra dat waardevolle inligting nie verlore geraak het nie en het dit vir volledige data-insameling gesorg. Die deelnemers is tydens werwing en voorbereiding vir die navorsing deur die navorser ingelig rondom die gebruik van die bandopnemer met verwysing na die doel en noodsaaklikheid daarvan. Alvorens die bandopnemer gebruik is, is elke deelnemer se toestemming in die verband bekom. Die gebruik van die bandopnemer het die navorsingsproses bevoordeel soos hierbo uitgewys en word dus aanbeveel vir navorsing waar die navorser die storielyne van die deelnemers in die finale navorsingsverslag wil aanhaal.

9.2.6 Die familieledede as primêre VIGS-versorgers as deelnemers

In hierdie navorsingstudie was die gebruik van familieledede as primêre VIGS-versorgers die beste keuse in soverre dit deelnemers aanbetref, aangesien hulle eerstehandse ondervinding

hiervan het. Hulle is as die “eksperts” beskou wat die beste antwoorde kon verskaf om mee te help om die sentrale navorsingsvraag te beantwoord.

Pogings is aangewend om vanuit al die kultuurgroepe deelnemers aan die navorsing te bekom, dog dit kon nie realiseer nie. Die meeste deelnemers aan die navorsing is uit die tradisioneel Bruin gemeenskap afkomstig en ‘n kleiner hoeveelheid deelnemers kon ook vanuit die Swart gemeenskap bekom word. Die gevolgtrekking waartoe die navorser in die verband gekom het, was dat sy gevind het dat die deelnemers uit die Bruin gemeenskappe meer bereid was om na vore te kom om te praat oor hulle versorging van ‘n familielid met VIGS. Geen deelnemers het uit die Wit en Indiër-gemeenskappe na vore gekom nie, ten spyte van ‘n brief wat in die plaaslike koerant geplaas is (kyk Bylae 6). Die rede hiervoor is onbekend. Van diegene wat genader is om deel te neem aan die navorsing, wou ook weet watter vergoeding hulle gaan kry alvorens hulle bereid sou wees om deel te neem aan die navorsing ten spyte van die feit dat die nie-vergoeding aan hulle verduidelik is. Dit het dit moeilik gemaak om genoeg deelnemers aan die navorsing te bekom, en het die navorser ‘n groter poging aangewend deur ‘n een-tot-een werwingsmetode, waartydens daar genoeg deelnemers aan die navorsing bekom kon word. Dit het egter daartoe gelei dat die navorsing langer geneem het as wat die navorser aanvanklik gereken het.

Hoewel daar geen reaksie op die brief in die plaaslike koerant was nie, wil die navorser tog aanbeveel dat daar meer gebruik gemaak word van die plaaslike media, en dat daar gekyk kan word na die plaaslike radiostasie. Verder wil die navorser ook aanbeveel dat ‘n een-tot-een werwingsmetode steeds benut moet word waar die doel van die navorsing goed verduidelik kan word, en die vrae van die potensiële deelnemer onmiddellik beantwoord kan word.

9.2.7 Data-analise

Die data-analise is gedoen volgens die agt stappe van Tesch (in Creswell, 1994:155). Hierdie agt stappe het stapsgewys aan die navorser voorskrifte gegee oor hoe die massa inligting op ‘n gesistematiseerde wyse gesif, gesorteer en tot ‘n singewende geheel gerekonstrueer moet word. Veral vir onervare kwalitatiewe navorsers kan hierdie raamwerk van Tesch van groot hulp wees en die navorser kan dit sonder versuim aanbeveel wanneer kwalitatief gegenereerde data ontleed moet word.

9.2.8 Guba se model van vertrouenswaardigheid

Die navorser het gebruik gemaak van Guba (in Krefting, 1991) se model van vertrouenswaardigheid ten einde die vertrouenswaardigheid van hierdie navorsingsbevindings te verseker. Die vier aspekte wat hier van belang is, is waarheidswaarde, toepaslikheid, konstantheid en neutraliteit. Die strategieë met die gepaardgaande kriteria het die navorser gehelp om die deureleefde werklikheid van die deelnemers aan die navorsing nageset, akkuraat en neutraal weer te gee. Dié model is verbruikersvriendelik vir die versekering van vertrouenswaardigheid van kwalitatiewe navorsingsbevindings. Die navorser beveel dus die gebruik hiervan aan by navorsingsprojekte van 'n kwalitatiewe aard.

9.3 NAVORSINGSBEVINDINGE

9.3.1 Samevatting

In Hoofstuk 8 van die verslag is die bevindings van die ondersoek aangebied en bespreek aan die hand van die twaalf temas met gepaardgaande subtemas, kategorieë en subkategorieë wat na aanleiding van die data-analise gefinaliseer is. Aanhalinge uit die getranskribeerde data het gedien as verifiëring van die onderskeie temas, subtemas, kategorieë en subkategorieë. 'n Literatuurkontrole is gedoen deur, waar moontlik, die bevindings verder te ondersteun en toe te lig.

Die twaalf temas wat na vore gekom het, was die volgende:

- Tema 1: Kennis van VIGS
- Tema 2: Versorging van die VIGS-lyer
- Tema 3: Risiko-gedrag
- Tema 4: Ander mense se reaksie
- Tema 5: Versorger se gevoelens en reaksies
- Tema 6: Ondersteuning wat ontvang is
- Tema 7: Effek van die versorging op die verhouding tussen versorger en pasiënt
- Tema 8: Verandering van versorger se lewe as gevolg van die versorging van die VIGS-lyer
- Tema 9: Belewenisse ten opsigte van die sterwensproses

- Tema 10: Behoeftes ten opsigte van die versorging
- Tema 11: Dienste wat nodig word
- Tema 12: Raad deur deelnemers aan ander versorgers wat deur dieselfde ervaring gaan.

Aangesien hierdie temas met hulle subtemas, kategorieë en subkategorieë volledig bespreek is in die vorige hoofstuk, sal dit nie as sodanig in hierdie hoofstuk verder bespreek word nie. Vervolgens sal aandag gegee word aan die gevolgtrekkings en aanbevelings wat uit hierdie navorsing voortspruit.

9.3.2 Gevolgtrekkings en aanbevelings

Die gevolgtrekkings en aanbevelings verwys spesifiek na die familielid as primêre VIGS-versorger wat by die studie betrek is. Die volgende gevolgtrekkings en aanbevelings word gemaak vanuit die data wat ingesamel is met behulp van die semi-gestruktureerde onderhoude met die deelnemers, en dit word in tabelvorm weergegee volgens temas:

Tabel 9.1: Gevolgtrekkings en Aanbevelings

Gevolgtrekkings		Aanbevelings
1. Kennis van VIGS	Gebrekkige kennis van VIGS blyk steeds 'n probleem te wees.	Inligtingsessies deur maatskaplike werkers in samewerking met die verskillende klinieke in die gemeenskap en nie net VIGS-versorgers moet betrek word nie, maar die breë gemeenskap.
	Onkunde rakende die infektering van VIGS kom nog in 'n groot mate voor wat lei tot stigmatisering en wanpersepsies.	Inligting aan die breë gemeenskap. Daar kan gebruik gemaak word van die media soos die plaaslike koerant en radio-stasie. Familielede as primêre VIGS-versorgers kan dan hierby betrek word.
2. Fisiese versorging van die VIGS-lyer	Die versorger beleef die fisiese versorging van die VIGS-lyer baie uitputtend, veral wanneer die res van die familie nie enige hulp verleen nie.	'n Gemeenskapsprojek van stapel stuur om vrywilligers te werf wat gekoördineerd op 'n gereelde basis aan hierdie versorgers ondersteuning bied deur van tyd tot tyd vir 'n paar uur die versorging van die pasiënt waar te neem. Dit kan selfs vir 'n paar dae gedoen word. Dit moet egter goed beplan word en gesentraliseer word sodat die versorger 'n kontakpersoon sal hê indien hy/sy behoefte het aan sodanige diens.
	Versorgers het soms 'n langer rustyd as 'n paar uur nodig, en mense kan nie maklik hulle huishouding net so los om na 'n siek pasiënt om te sien nie. So 'n pasiënt sal dan waarskynlik in 'n sorgsentrum opgeneem moet word.	So 'n persoon kan in 'n hospice opgeneem word indien daar sodanige instansies beskikbaar is. Indien nie, moet die behoefte aan sodanige fassiliteit ondersoek word. Daar kan moontlik ook gekyk word na sodanige fassiliteit by 'n ouetehuis. Hierdie pasiënte kan dan vir respyt opgeneem word vir twee tot drie weke.
	Primêre VIGS-versorgers ondervind dikwels probleme met huis skoonmaak en wasgoed was as gevolg van die voltydse versorging van die VIGS-lyer.	Ondersoek die moontlikheid van 'n gemeenskapsprojek wat hierdie dienste tot die beskikking van versorgers en pasiënte stel. Dit kan selfs as 'n werkskeppingsprojek van stapel gestuur word. Dit sal egter nodig wees om ook dit te sentraliseer sodat dit goed georganiseer kan word.
	Die versorger het soms hulp ten opsigte van die pasiënt se direkte fisiese versorging nodig omdat hy/sy dit nie alleen kan doen nie, soos wanneer die pasiënt gebad of aangetrek moet	Lei tuisversorgers op om behulpsaam te wees met die direkte fisiese versorging van die pasiënt sodat hulle hiermee behulpsaam kan wees.

Gevolgtrekkings		Aanbevelings
	word en nie self kan beweeg nie.	
3. Berading ten opsigte van die gebruik van medikasie	Die versorger het soms behoefte aan iemand wat aan die pasiënt kan verduidelik waarom hy/sy sekere medikasie moet gebruik – veral kinders wat nog nie so goed verstaan nie.	Lei tuisversorgers op om ook hierdie leemte te vul. Goeie kursusse bestaan wat gebruik kan word hoe om aan 'n kind te verduidelik waarom hulle antiretrovirale medikasie moet gebruik, veral omdat dit vir die res van hulle lewe sal wees. Hier kan ook gebruik gemaak word van maatskaplike werkers.
4. Belewensise en sosio-emosionele behoeftes van die versorger.	Die versorging van 'n familielid met VIGS gaan gepaard met intense bewewensise en sosio-emosionele behoeftes soos hartseer en pyn, uitputting, onsekerheid oor die verloop van die siekte en die einde, moedeloosheid en desperaathed, en versorgers het dikwels nie 'n ondersteuningstelsel nie. Versorgers het soms 'n behoefte om op informele vlak in 'n groep met persone in dieselfde situasie te gesels en hulle behoeftes te verbaliseer. Hulle soek so 'n uitlaatklep ten einde op hierdie wyse ondersteuning te bekom.	Betrek die versorgers in 'n ondersteuningsgroep wat onder die leiding van 'n maatskaplike werker tot stand gebring word. Die multi-dissiplinêre span, byvoorbeeld die suster by HAART-kliniek, 'n mediese dokter, sielkundige of psigiater, asook die betrokke predikant of geestelike leier, kan hierby betrek word wat daartoe sal bydra dat aan soveel as moontlik van die gevoelens en sosio-emosionele behoeftes van die versorger aandag gegee word. Informeel ondersteuningsgroepe in die gemeenskap kan gestig word in verskillende areas waar die versorgers in daardie spesifieke area bymekaar kan kom wanneer hulle 'n behoefte daaraan het om met mekaar te gesels oor hulle taak.
5. Konkrete behoeftes	Versorgers, sowel as die pasiënte, ervaar sekere konkrete behoeftes rondom die versorging van die pasiënt soos byvoorbeeld beddegoed, klere, skoene, toiletware, skoonmaakmiddels en kos.	Daar kan moontlik gekyk word na 'n voedsel- en klerebank (of voorraadbank) waar hierdie benodigdhede in voorraad gehou kan word, en waar die versorgers voorraad kan kom trek. Dit sal egter baie goed gekontroleer moet word. Befondsing kan probeer bekom word van plaaslike owerheid, en daar kan by Departement Gesondheid en Departement Maatskaplike Ontwikkeling aangeklop word om so 'n projek te befonds.
6. Vervoer	Versorgers ondervind probleme om die siek pasiënt by die kliniek, dokter of hospitaal te kry en hulle nie 'n huurmotor kan bekostig nie, of wanneer die pasiënt te siek is om met 'n huurmotor vervoer te word, en daar is dikwels nie 'n ambulans beskikbaar nie. Gevolglik mis hulle dan hulle afspraak.	Daar kan moontlik gekyk word na 'n alternatiewe vorm van vervoer wat deur die familielid en pasiënt benut kan word, en wat geskik sal wees om die pasiënte te vervoer – byvoorbeeld rolstoel pasiënte.
7. Ondersteuning deur professionele bronne	Professionele bronne is beskikbaar wat nie altyd deur die versorgers benut word nie – soms uit onkunde, en ander kere moontlik uit inkennigheid.	Professionele ondersteuningsbronne is oor die algemeen bereid om te help, en die voorstel word aan die versorgers van VIGS-pasiënte gemaak dat hulle sal uitreik om hulp te bekom en om nie te probeer om die versorging alleen te hanteer en te verwerk nie.
8. Gevoelens en reaksie teenoor ander	Daar is tot die gevolgtrekking gekom dat versorgers gevoelens en reaksies teenoor ander mense ervaar as gevolg van laasgenoemde se optrede teenoor die pasiënt en die versorger en dat hulle dan sekere verwagtinge koester van ander waaraan nie voldoen kan word nie.	Versorgers moet versigtig wees ten opsigte van verwagtinge wat teenoor ander gekoester word, maar hulle moet ook hulle verwagtinge verbaliseer ten einde onrealistiese verwagtinge uit te skakel.
9. Ekologiese Perspektief	Die Ekologiese Perspektief wat in hierdie navorsing gebruik is beskryf die VIGS-versorger se behoeftes op alle vlakke, naamlik die mikro-, meso-, eko- en makrovlakke.	Dat die navorser sal ondersoek instel of die familielid as primêre VIGS-versorger en die pasiënt op al hierdie vlakke die nodige ondersteuning geniet vir hul sosio-emosionele behoeftes. Indien nie, moet daar gekyk word na hulpbronne en dit moet gemobiliseer word om hierdie noodsaaklike ondersteuning daar te stel.
10. Advies deur die deelnemers	Die deelnemers aan die navorsing het waardevolle advies en raad voorsien aan ander versorgers wat in dieselfde situasie is.	Dat hierdie raad in gedagte gehou sal word wanneer met ander familieleden as primêre VIGS-versorgers te doen gekry word.

Aangesien daar 'n doelstelling en sekere doelwitte aan die begin van die studie gestel is om die studie te rig, beskou die navorser dit as noodsaaklik om daarop te fokus ten einde te bepaal of dit wel bereik is. Dit sal vervolgens aandag geniet.

9.3.3 Doelstelling en doelwitte van die navorsing

9.3.3.1 Doelstelling

Die doelstelling van die navorsing was as volg: *om die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as primêre VIGS-versorgers te verken en te beskryf vanuit 'n ekologiese perspektief.*

Hierdie doelstelling is soos volg bereik: Deur 'n basis uit die bestaande literatuur, hoewel gebrekkig, en inligting te versamel deur semi-gestruktureerde onderhoude met kenners wat hierdie probleem deurleef het, is toepaslike empiriese data ingesamel rondom hierdie navorsingsvraag. Daarna is die data waarin verskeie temas geïdentifiseer is, deur middel van aanhalings uit die transkripsies van die onderhoude met die deelnemers weergegee, en met 'n literatuurkontrole geverifieer waar moontlik. Deur hierdie proses is 'n duidelike prentjie van die deelnemers se belewenisse en sosio-emosionele behoeftes verkry, en kan gesê word dat hierdie doelstelling bereik is. Deur hierdie doelstelling te kon bereik, moes duidelike doelwitte daargestel word, en dit sal vervolgens afsonderlik ge-evalueer word.

9.3.3.2 Doelwitte

- *Doelwit 1: Om familieledede as versorgers van VIGS-lyers se belewenisse en sosio-emosionele behoeftes te verken, te beskryf en krities te ontleed vanuit 'n ekologiese perspektief.*

Hierdie doelwit is bereik deurdat die navorser die benadering volledig bespreek het en verduidelik het waarom die benadering geskik is vir interpretasie binne die studieveld. 'n Vergelyking is getref tussen verskillende outeurs se werke, en klem is gelê op Germain en Gitterman (1996). Bronfenbrenner (1979) se model is as uitgangspunt gebruik.

Verder is die bevindinge rondom die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van die familielid as primêre VIGS-versorger, sowel as dié van die pasiënt, in Hoofsuk 8 duidelik uiteengesit. Die navorser het individuele semi-gestruktureerde onderhoude as data-insamelingsmetode benut om te bepaal watter belewenisse en sosio-emosionele behoeftes die familielid as primêre VIGS-versorger ervaar.

- *Doelwit 2: Om die behoefte aan ondersteuning van beide die familielid as versorger en die VIGS-lyer te bepaal en te ondersoek in hoe 'n mate daarin voorsien kan word.*

Hierdie doelwit is bereik, aangesien die navorser deur middel van die semi-gestruktureerde onderhoude daarin kon slaag om te bepaal wat die behoeftes van die versorger sowel as die pasiënt is. Hierdie behoeftes is in Hoofstuk 8 volledig bespreek.

- *Doelwit 3: Om te bepaal of die siekte die onderlinge verhouding tussen die versorgers en die VIGS-lyers, asook die aard van die versorging, beïnvloed.*

Hierdie doelwit is ook bereik deurdat sommige deelnemers aan die navorsing hulle gevoel hieroor uitgespreek het. Dit was egter nie altyd maklik om 'n antwoord op hierdie vraag te kry nie, waarskynlik omdat die versorgers nog nooit bewustelik daarvoor gedink het nie, of omdat hulle nie op hulle gemak gevoel het om hierdie vraag eerlik te beantwoord nie.

- *Doelwit 4: Om te bepaal of die familieledes as versorgers enige advies aan ander families met dieselfde probleem kan lewer.*

Hierdie doelwit is bereik deurdat die deelnemers aan die navorser met baie goeie advies na vore gekom het tydens die onderhoude. Waardevolle raad is hier voorsien wat in die toekoms met sukses benut kan word.

- *Doelwit 5: Om op grond van die bevindinge en gevolgtrekkings aanbevelings te maak vir 'n ondersteuningsprogram om die familieledes as primêre VIGS-versorgers se belewenisse en sosio-emosionele behoeftes te hanteer.*

Gevolgtrekkings en aanbevelings vir die bereiking van bogenoemde doelwitte word in hierdie betrokke hoofstuk gemaak. Uit die bogenoemde bespreking is dit duidelik dat die doelstelling en doelwitte van hierdie navorsing ten volle bereik is.

9.4 GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS RAKENDE VERDERE NAVORSING

In hierdie afdeling maak die navorser gevolgtrekkings ten opsigte van die navorsing, en voortspruitend hieruit volg aanbevelings oor moontlike uitbreidings aan verdere navorsing.

- Dit was problematies om genoegsame deelnemers aan die navorsing te bekom as gevolg van persone wat genader is se vrees vir blootstelling. Studies wat in die toekoms met betrekking tot familieledede as primêre VIGS-versorgers onderneem word, moet hierdie veranderlike in ag neem wanneer navorsing met 'n soortgelyke groep beplan word.
- In die lig van die feit dat geen deelnemers vanuit die Wit en Indiër-kultuurgroepe vir deelname aan die navorsing bekom kon word nie, en Swart deelnemers aan die studie skraal was, word aanbeveel dat 'n opvolgende kwalitatiewe navorsingsprojek oor dieselfde onderwerp, waarin daar groter kulturele verteenwoordiging sal wees, onderneem word, ten einde die skrapse literatuur en empiriese kennisbasis in die verband uit te bou.
- Die navorser wil aanbeveel dat daar in 'n opvolgende navorsing veral gefokus sal word op die sosio-emosionele behoeftes van hierdie fokusgroep, aangesien dit 'n veld is wat braak lê en waaroor daar weinig literatuur opgespoor kon word nie. Hoewel hier heelwat sosio-emosionele behoeftes na vore gekom het, was dit grootliks beperk tot een bevolkingsgroep, en sou dit waardevol wees om te bepaal of dieselfde sosio-emosionele behoeftes by alle bevolkingsgroepe teenwoordig is, en of daar verskille in die verskillende bevolkingsgroepe se sosio-emosionele behoeftes is.
- Uit die navorsing het die deelnemers se behoefte aan ondersteuning sterk na vore gekom. Die navorser wil aanbeveel dat aan hierdie aspek aandag gegee sal word in

die dienslewering aan familieledede as primêre VIGS-versorgers, en dat daar veral gekyk sal word na ondersteuningsgroepe.

- Verdere navorsing kan moontlik onderneem word oor die dienste wat benodig word om in hierdie spesifieke groep se behoeftes te voorsien. Dit is 'n veld wat braak lê, en wat 'n waardevolle bydrae kan lewer tot dienste aan familieledede as primêre VIGS-versorgers. Hoewel hier enkele behoeftes na vore gekom het tydens die onderhawige navorsing, was hierdie navorsing nie net gefokus op dienste wat benodig word nie, en is dus nie spesifiek net daarop klem gelê nie.

9.5 SAMEVATTING VAN DIE HOOFSTUK

In hierdie hoofstuk het die navorser 'n oorsig probeer gee oor die navorsingsverslag. Aandag is gegee aan die bondige samevatting van die navorsingsmetodologie soos uiteengesit in Hoofstuk 2. Daarna is die gevolgtrekkings en aanbevelings oor die toepassing van die kwalitatiewe navorsingsproses weergegee. Die gevolgtrekking waartoe daar gekom is, is dat die kwalitatiewe navorsingsparadigma en die fenomenologiese ontwerp 'n geskikte keuse was vir die uitvoering van die navorsing, veral as gevolg van die sensitiewe aard daarvan. Die semi-gestruktureerde onderhoud met die onderhoudsriglyn wat gebruik is, was geskik vir hierdie navorsing, aangesien dit tydens die verskillende onderhoude gebruik kon word en dit bygedra het tot die insameling van vergelykbare data. Die gebruik van 'n bandopnemer om die onderhoude op te neem, die data-analise volgens Tesch se metode (in De Vos, et al., 1998:343) en die gebruik van die kriteria soos aanbeveel in Guba se model vir vertrouenswaardigheid (Krefting, 1991:215-222) is ook geskik gevind vir hierdie navorsing.

Verder is die navorsingsbevindinge opsommenderwys weergegee waartydens die verskillende temas wat geïdentifiseer is, aangedui is. Hierdie temas wat geïdentifiseer is, was die deelnemers se kennis van die siektetoestand, die versorging van die VIGS-lyer, risiko-gedrag, ander mense se reaksie, die versorger se gevoelens en reaksies, ondersteuning wat ontvang is, die effek van die pasiënt se versorging op die verhouding tussen hom/haar en die versorger, verandering van versorger se lewe, belewenisse ten opsigte van die sterwensproses, behoeftes ten opsigte van die versorging, dienste wat benodig word, en laastens die raad van die versorgers aan ander familieledede as primêre VIGS-versorgers.

In hierdie hoofstuk is ook aandag gegee aan die evaluering van die doelstelling en doelwitte soos dit in die eerste hoofstuk van die verslag uiteengesit is, en is bepaal dat dit in 'n groot mate bereik is.

Laastens is die algemene gevolgtrekkings en aanbevelings met die oog op toekomstige navorsing gemaak.

BRONNELYS

Abt Associates South. 2000. The impending catastrophe: A resource book on the emerging HIV/AIDS epidemic in South Africa. *Urban Health and Development Bulletin*, 3:25-27.

AHLERS, S. In: <http://praag.org>. 20 November 2007.

AIDSJourneys.Org. 2003. Just the Facts (About Aids) <Http://www.aidsjourneys.Org/aidsinfo.html>. 29/03/2003.

ALSTON, M. & BOWLES, W. 2003. *Research for caring professions; an introduction to methods*. London: Routledge Taylor & Francis Group.

ANDERSON, J.E., EBRAHIM, S., SANSOM, S. 2004. Women's knowledge about treatment to prevent mother-to-child human immunodeficiency virus transmission. *Obstetrics and Gynecology*, 103:165-168.

ANDERSON, J.E. & SANSOM, S. 2006. HIV testing among U.S. women during prenatal care: findings from the 2002 National Survey of Family Growth. *Maternal and Child Health Journal*, 10(5):413-417.

ANDERSON, V. 1998. HIV infection and children: A medical overview. *Child Welfare*, 77(2):107.

ANFARA, V.A. & MERTZ, D. 2006. Theoretical frameworks in qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

ANTLE, B., WELLS, L.M., GOLDIE, R.S., DEMATTEO, D. & KING, S.M. 2001. Challenges of parenting for families living with HIV/AIDS. *Social Work*, 46(2):159-170.

ANYLEM. G., MENDOZA, P., MASCOLA, L. & FREDERICK, T. 2003. *Trends and associated factors in timing of maternal HIV status identification: implications for preventing perinatal HIV/AIDS infection*. National HIV Prevention Conference: August 2003. Atlanta. Abstract M2-B0303.

ARANDA, M.P. & KNIGHT, B.G. 1997. The influence of ethnicity and culture on the caregiver stress and coping process: a sociocultural view and analysis. *Gerontologist*, 37:342-354.

ASSA. 2000. *AIDS and Demographic model of the Actuarial Society of South Africa*. [Downloaded 30 November 2005 from <http://www.assa.org.za>].

ASSA. 2003. *AIDS and Demographic model of the Actuarial Society of South Africa* [downloaded on 16 November 2007 from <http://www.assa.org.za>].

ASSA 2007 *AIDS and Demographic model of the Actuarial Society of South Africa* [downloaded on 16 November 2007 from <http://www.assa.org.za>].

ATEKA, G.K. 2000. HIV/AIDS: Global impact and Human Rights - a Southern African perspective. *AIDS Scan*, 12(2):3-6.

AUJOULAT, I., LIBION, F., BOIS, H., MARTIN, F. & DECCACHE, A. 2002. Communication difficulties of health care professionals and family caregivers of HIV infected patients. *Patient Education and Counseling*, 47(3):213-222.

BABBIE, E. 1998. *The practice of social research*. (8th ed). Belmont: Wadsworth.

BABBIE, E. 2001. *The practice of social research*. (9th ed). Belmont: Wadsworth.

BABBIE, E. 2007. *The practice of social research*. (11th ed). Belmont: Thomson Wadsworth.

BABBIE, E. & MOUTON, J. 2001. *The practice of social research*. Cape Town: Oxford University Press.

BAK, N. 2004. *Completing your thesis: a practical guide*. Pretoria: Van Schaik Publishers.

- BARBEE, A.P., DERLEGA, V.J., SHERBURNE, S.P. & GRIMSHAW, A. 1998. Helpful and unhelpful forms of social support for HIV-positive individuals. *In: Derlega, V.J. & Barbee, A.P. (eds). HIV and social interaction.* Thousand Oaks: Sage Publications.
- BARKER, R. 1995. *The Social Work Dictionary* (3rd ed). National Association of Social Workers (NASW) Press, Washington, DC.
- BARKER, R.L. 2003. *The social work dictionary* (5th ed). Washington, DC: NASW Press.
- BAROLSKY, V. 2003. *AIDS Review 2003: (over) Extended.* Center for the study of AIDS. Pretoria: University of Pretoria.
- BARON, R.A. & BYRNE, D. 2004. *Social Psychology.* (10th ed). Boston: Pearson Education.
- BARRETT, G. & VICTOR, C.R. 1994. We just want to be a normal family. *AIDS Care*, 6(4):423-433.
- BARTLETT, J.G. 2002. *Acquired Immunodeficiency Syndrome.* Microsoft Corporation.
- BHARAT, S & AGGLETON, P. 1999. Facing the Challenge: Household responses to HIV/AIDS in Mumbai, India. *Aids Care*, 11(1):31-44.
- BLESS, C., HIGSON-SMITH, C. & KAGEE, A. 2007. *Fundamentals in social research methods: an African perspective.* Cape Town: Juta & Co.
- BLUSTEIN, J. 1991. *Care and commitment.* New York: Oxford University Press.
- BOR, R. & ELFORD, J. 1998. *The family and HIV today: recent research and practice.* London: Caccell.
- BOYDEN, J. 1993. *Families: Celebration and hope in a world of change.* London: Gaia Books Limited.

BOYD-FRANKLIN, N., ALEMAN, J., STEINER, G.L. DRELICH, E.W. & BRADLEY, C.N. 1995. Family systems interventions and family therapy. *In*: BOYD-FRANKLIN, N., STEINER, L. & BOLAND, M. *Children, families and HIV/AIDS: Psychosocial and therapeutic issues*. New York: Guildford.

BOYD-FRANKLIN, N., STEINER, G.L. & BOLAND, M.G. 1995. *Children, families and HIV/AIDS: Psychosocial and therapeutic issues*. New York: Guilford Press.

BRAY, H.I. & FRUGE, E. 2000. Assessment and evaluation of HIV/AIDS families: Applications to prevention and care. *In*: PEQUEGNAT, W. & SZAPOCZNIK, J. 2000. *Working with families in the era of HIV/AIDS*. London, Thousand Oaks: Sage Publications.

BRONFENBRENNER, U. 1979. *Ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.

BROWN, M.A. & POWELL-COPE, G.M. 1994. *Caring for a loved one with AIDS: the experiences of families, lovers and friends*. (2nd ed). Seattle, Washington: University of Washington Press.

BRUWER, P. 2014. *Meer as 6 miljoen mense met VIGS*. Maroela Media.

BRYANT, A. & CHARMAZ, K. 2007. *The SAGE handbook of grounded theory*. London: Sage Publications.

BUNTING, S.M. 2001. Sustaining the relationship: Women's caregiving in the context of HIV disease. *Health Care for Women International*, 2001:22:131-148.

BYBELGENOOTSKAP VAN SUID-AFRIKA. 1983. *Die Bybel*. Goodwood: Nasionale Boekdrukkerye.

CADELL, S. 2003. Trauma and growth in Canadian carers. *AIDS CARE*, 15(5):639-648.

CATES, J.A., GRAHAM, L.L., BOEGLIN, D. & TIELKER, S. 1990. The effect of AIDS on the family system. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, (April):195-197.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 1982

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 1993

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 2002. HIV testing among pregnant women - United States and Canada, 1998-2001. *MMWR*, 51:1013-1016.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 2003. Advancing HIV Prevention: New Strategies for a Changing Epidemic - United States. *MMWR*, 52(15):329-332.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 2006. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR*, 55(RR-14):1-17.

CENTRAL COMMITTEE OF THE WORLD COUNCIL OF CHURCHES. 1987. *Minutes of the thirty-eight meeting, Geneva, World Council of Churches*. Appendix VI, "AIDS and the Church as a Healing Community".

CHINTU, C. & MWINGA, A. 1999. An African Perspective on the threat of Tuberculosis and HIV/AIDS - Can Despair Be Turned to Hope? *The Lancet*, 353-997.

CHRISTEN VIGSBURO VAN SUIDER AFRIKA. 2006. [Http://web.eject.co.za Christen vigs buro.html](http://web.eject.co.za/Christen_vigs_buro.html). [18 Mei 2006].

CLARK, M.J. 1996. *Nursing in the community* (2nd ed). Stanford: Appleton & Lange.

COETZEE, E. 2003. Die langtermyn ekonomiese gevolge van VIGS. *Guidelines for developing a workplace policy and programme on HIV/AIDS and STDs*. Lynwook: AHI.

COLE, M. & COLE, S.R. 1993. *The development of children* (2nd ed). New York: Scientific American Books.

COLLINS, G.R. 2005. *Die A tot Z van berading*. Kaapstad: Struik Christelike Boeke.

COMPTON, B.R. & GALAWAY, B. 1984. *Social work processes* (3rd ed). Illinois: The Dorsey Press.

COMPTON, B.R. & GALAWAY, B. 1994. *Social work processes* (5th ed). Illinois: The Dorsey Press.

COMPTON, B., GALAWAY, B. & COURNOYER, B. 2005. *Social work processes* (7th ed). USA: Thomson Learning Inc.

CONGRESS, E.P. & LYNN, M. 1994. Group work programs in public schools: ethical dilemmas and cultural diversity. *Social Work in Education*, 16(2):107-114.

COREY, G., COREY, M.S. & CALLANAN, P. 1993. *Issues and ethics in the helping professions*. California: Brooks/Cole.

COX, C. 1993. Dealing with the aggressive nursing home resident. *Journal of Gerontological Social Work*, 19(3/4):179-129.

COX, C.B. 2003. Designing interventions for grandparent caregivers: the need for an ecological perspective for practice. *Families in Society*, 84(1):127.

CRESWELL, J.W. 1994. *Research design qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.

CRESWELL, J.W. 2007. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. London: Sage Publications.

CRESWELL, J.W. 2013. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications.

CRESWELL, J.W. 2014. *Research design qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.

CREWE, M. 2000. A University responds to HIV/AIDS. *AIDS Analysis Africa (Southern Africa Edition)*, 10(5):11-12.

CULLINAN, K. 2001. Sent home to die. *AIDS Bulletin*, 10(1):19.

CURRER, C. 2001. *Responding to grief: dying, bereavement and social care*. New York: Palgrave.

DANE, F.C. 1990. *Research methods*. California: Brookes/Cole.

D'CRUZ, P. 2002. Engulfing darkness: The impact of HIV/AIDS on the family. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 83:416-430.

DE FIGUEIREDO, R.M. & TURATO, E.R. 2001. Needs for assistance and emotional aspects of caregiving reported by AIDS patient caregivers in a day-care unit in Brazil. *Mental Health Nursing*, (22):633-643.

DE JONG, J. 2003. *Making an impact in HIV and AIDS*. London: ITDG.

DELPORT, C.S.L. 1984. 'n *Evaluering van die effektiwiteit van die gemeenskapswerkmodel van Hugo, Schoeman en Engelbrecht binne 'n funksionerende gemeenskap*. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit. (Ongepubliseerde MA-verhandeling)

DENSCOMBE, M. 2002. *Ground rules for good research*. London: Open University Press.

DENZIN, N.K. & LINCOLN, V.S. 1994. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

DEPARTEMENT GESONDHEID. 2006. *Pamflet*.

DEPARTEMENT VAN GESONDHEID. 2007. *Inligtingstuk oor die Van-Moeder-na-kind oordrag Departement Gesondheid*, George. 23 Maart 2007.

DEPARTMENT OF HEALTH IN SOUTH AFRICA. 2010. *National HIV and syphilis prevalence survey*. Pretoria: Departement of Health.

DEPARTMENT OF HEALTH IN SOUTH AFRICA. 2012. *South African National HIV prevalence, incidence and behaviour survey*. Pretoria: Departement of Health.

DEPARTMENT OF HEALTH IN SOUTH AFRICA. 2014. *The 22nd national antenatal sentinel HIV and syphilis prevalence survey, 2011*. South African HIV & AIDS Statistics.

DEPARTEMENT MAATSKAPLIKE ONTWIKKELING, WES-KAAP. 2006. *Geïntegreerde diensleweringmodel vir 2007-2017*.

DEPARTEMENT VAN ONDERWYS, GESONDHEID EN MAATSKAPLIKE DIENSTE. 2000. *Nasionale integrasie plan*.

DEPUTATE VIR CHRISTELIKE ONDERWYS, 2008.

DERANIERI, J.T., CLEMENTS, P.T. & HENRY, G.C. 2002. Assessment and intervention after sudden traumatic death. *Journal of Psychosocial Nursing*, 40(4):30-37.

DE VILLIERS, M., SMUTS, J., EKSTEEN, L.C. & GOUWS, R.H. 1985. *Nasionale Woordeboek* (6^{de} Uitgawe). Kaapstad: Nasou.

DE VOS, A.S. 1998. Introduction to the research process. *In: Research at grassroots - a primer for the caring professions*. Pretoria: J.L.Van Schaik Publishers.

DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B., POGGENPOEL, M., SCHURINK, E. & SCHURINK, W. 1998. *Research at grassroots - a primer for the caring professions*. Pretoria: J.L.Van Schaik Publishers.

DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. 2002. *Research at grassroots: For the social sciences and human service professions* 2nd ed). Pretoria: J.L. Van Schaik Publishers.

DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. 2011. *Research at grassroots: For the social sciences and human service professions*, 4th ed). Pretoria: J.L. Van Schaik Publishers.

DIE DERDE SUID-AFRIKAANSE VIGS-KONFERENSIE. 2007.

DIE KERKBODE. 2002.

DIE SUID-AFRIKAANSE NASIONALE MIV/VIGS SKOLEBELEID. 1999.

DIE SUID-AFRIKAANSE NASIONALE STRATEGIESE PLAN. 2007.

DU BUISSON, BRUNETTE & KRAMER. (geen datum). MIV en VIGS: Ken die feite van MIV-infeksie. *Pamflet deur Patoloë*.

DUGGAN, D. 2000. *Out here by ourselves. The stories of young people whose mothers have AIDS*. New York & London: Garland Publishing, Inc.

DU PLESSIS, A. 1990. Managing AIDS at the Workplace: some issues and considerations for human resource practitioners. *AIDS Scan*, 2:6-9.

DU PLESSIS, E. 1999. Die sosio-ekonomiese impak van VIGS. *Woord en Daad*, (Somer):17-19.

DU PLESSIS, M. 2000. Applicants for employment who are HIV positive: a recent case. *AIDS Analysis Africa* (Southern Africa Edition), 11(1):12-20.

EDUBLOX. 2013. Skuldgevoel. [Http://thereadingclinic.co.za](http://thereadingclinic.co.za)

ERASMUS, S. 1995. AIDS in the Workplace. *Entrepreneur*, 14(6):7-9.

ESTERBERG, K.G. 2002. *Qualitative methods in social research*. Boston, MA: McGraw-Hill.

ESU-WILLIAMS, E., SCHENK, K.D., GEIBEL, S., MOTSEPE, J., ZULU, A., BWEUPE, P. & WEISS, E. 2006. 'We are no longer called club members but caregivers': Involving youth in HIV and AIDS caregiving in rural Zambia. *AIDS CARE*, 18(8):888-894.

EVIAN, C. 2000. *Primary HIV/AIDS Care. A practical guide for primary health care personnel in the clinical and supportive care of people with HIV/AIDS*. Houghton: Jacana Media.

EVIAN, C. 2003. *Primary HIV/AIDS Care. A practical guide for primary health care personnel in the clinical and supportive care of people with HIV/AIDS* (4th ed). Houghton, South Africa: Jacana Media.

FAUL, A.C. 1989. *Die primêre voorkoming van drank- en dwelmmisbruik in Eersterust - ontwikkelingsnavorsingsprojek*. Pretoria: RGN-verslag 5177.

FERREIRA, M. 2004. *HIV/AIDS and family well-being in Southern Africa: towards an analysis of policies and responsiveness*. Social Policy and Development Policy Workshop held at Windhoek, 28-30 January 2004.

FISHER, J.D. & FISHER, W.A. 1992. Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111:455-474.

FLASKERUD, J.H., CARTER, P.A. & LEE, P. 2000. Distressing emotions in female caregivers of people with AIDS, age-related dementias and advanced-stage cancers. *Perspectives in Psychiatric Care*, 36(4):121-130.

FLICK, U. 2009. *An introduction to qualitative research* (4th ed). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

FLOYD, K. & WILKONSON, D. 1997. Tuberculosis in the HIV/AIDS era: interactions, impact and solutions. *AIDS Analysis Africa* (Southern Africa Edition), 8(2):6.

FORSYTHE, S. 1999. Infection diseases: Historical lessons for the age of AIDS. *Special report. AIDS Analysis Africa* (Southern Africa Edition), 10(3).

FOUCHÉ, C.B. 2005. Qualitative research designs. *In: DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. Research at Grass Roots for the social sciences and human service professions* (3rd ed). Pretoria: J.L. van Schaik Publishers.

FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. 2005. Introduction to the research process. *In: DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. Research at Grass Roots for the social sciences and human service professions* (3rd ed). Pretoria: J.L. van Schaik Publishers.

FUNK, B. 1994. Counselling the dying patient: Some issues in terminal counselling. *AIDS Bulletin*, 3(4):18-19.

GARVIN, C.D. & SEABURY, B.A. 1984. *Interpersonal practice in social work*. New Jersey: Prentice-Hall.

GERMAIN, C.B. 1973. An ecological perspective in casework practice. *Social Casework*, 54(6):323-330.

GERMAIN, C.B. 1977. An ecological perspective on social work practice in health care. *Social Work in Health Care*, 3(1): 67-76.

GERMAIN, C. 1979. *Social work practice: people and environments, an ecological perspective*. New York: Columbia University Press.

GERMAIN, C.B. & GITTERMAN, A. 1980. *The life model of social work practice*. New York: Columbia University Press.

GERMAIN, C.B. & GITTERMAN, A. 1986. *The life model approach of social work practice revisited*. New York: Free Press.

GERMAIN, C.B. & GITTERMAN, A. 1996. *The life model of social work practice: advances in theory and practice* (2nd ed). New York: Columbia University Press.

GIBSON, K., SWARTZ, L. & SANDENBERGH, R. 2005. *Counselling and coping*. Cape Town: Oxford University Press South Africa.

GILGUN, J.F. 1996. Human development and adversity in ecological perspective, part 1: a conceptual framework. *Families in Society*, 77(7):395.

GOICOCHEA-BALBONA, A.M. 1998. Children with HIV/AIDS and their families: a successful social work intervention based on the culturally specific health care model. *Health & Social Work*, 23(1):61-70.

GOODLEY, D. & MOORE, M. 2004. *Researching life stories: method, theory and analyses in a biographical age*. London: Routledge.

GOUWS, L.A., LOUW, D.A., MEYER, W.F. & PLUG, C.O. 1982. *Psigologiese woordeboek*. Johannesburg: McGraw-Hill Boekmaatskappy.

GRAVETTER, F.J. & FORZANO, L.B. 2003. *Research methods for the behavioral sciences*. Belmont: Wadsworth/Thomas Learning.

GRBICH, C. 2007. *Qualitative data analysis: an introduction*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

GREEFF, M. 2005. Information collection: Interviewing. In: DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. *Research at Grass Roots for the social sciences and human service professions* (3rd ed). Pretoria: J.L. van Schaik Publishers.

GREYLING, C. 2001. *Hoe aktiveer ek my gemeente om by VIGS betrokke te raak?*
Lofdal@mweb.co.za.

GRINNELL, Jr. R.M. & UNRAU, Y.A. 2005. *Social work research and evaluation: quantitative and qualitative approaches* (7th ed). New York: Oxford University Press.

GRINNELL, R.M. & UNRAU, Y.A. 2008. *Social work research and evaluation: foundations of evidence-based practice*. New York: Oxford University Press.

GRINNELL, R.M. & UNRAU, Y.A. 2014. *Social work research and evaluation: foundations of evidence-based practice*. New York: Oxford University Press.

GROBBELAAR, S.W.P. & LOUW, S. 1990. Ekologie as metafoor vir gemeenskapswerk en gemeenskapsontwikkeling. *Die maatskaplikewerk-Navorser-Praktisyn*. (Junie):15-22.

GROBBELAAR, S.W.P & SCHOEMAN, J.H. 1980. *Benaderings in Maatskaplike Werk*. Uitgewer onbekend.

GUERITAUULT-CHALVIN, V., KALICHMAN, S.C., DEMI, A. & PETERSON, J.L. 2000. Work-related stress and occupational burnout in AIDS caregivers: Test of a coping model with nurses providing AIDS care. *AIDS Care*, 12(2):149-161.

HAKL, K.L., SOMLAI, A.M., KELLY, J.A. & KALICHMAN, S.C. 1997. Women living with HIV/AIDS: the dual challenge for being a patient and a caregiver. *Health and Social Work*, 22(1):53-60.

HAKIM, C. 2000. *Research design: successful designs for social and economic research*. London: Routledge.

HATTINGH, C. 2001. *Seksualiteitsopvoeding aan kinders met klem op VIGS voorligting aan kinders*. 'n Referaat voorgelê tydens 'n streekbyeenkoms van S.A. Nasionale Raad vir Kindersorg op 20 - 21 Julie 2001.

HERBERT, M. 1992. *Planning a research project: A guide for practitioners and trainees in the helping professions*. London: Cassell Educational Limited.

HILBURN, J. 2000. AIDS alert: sitting on a time bomb? *Career Success*, 13(4):4-5.

HILLERY, G.A. 1972. *Communal organizations - a study of local societies*. U.S.A.

HIV AND AIDS AND STI STRATEGIC PLAN FOR SOUTH AFRICA, 2007-2011. 2007.

HIV/AIDS in Southern Africa. 2002.

HOLDEN, S. 2003. *AIDS on the agenda. Adapting development and humanitarian programmes to meet the challenge of HIV/AIDS*. London: ActionAid, Osfam GB, and Save the Children.

HOLLOWAY, I. & WHEELER, S. 1998. *Qualitative research for nurses*. London: Blackwell Science.

HONIGSBAUM, H. 1991. *HIV/AIDS and children. A cause for concern*. London: National Children's Bureau.

HOROWITZ, A.V. & REINHARD, S.C. 1995. Ethnic differences in caregiving duties and burdens among parents and siblings of persons with severe mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 36:138-150.

HUMAN, C. 1993. Source and nature of social support received after death of an adult child as result of AIDS or cancer: A comparison of mothers' perceptions. *UNISA Psychologia*, 20(1):55-60.

HUYSAMEN, G.K. 1993. *Metodologie vir die sosiale en gedragwetenskappe*. Pretoria: Sigma.

INTER PRESS SERVICE NEWS AGENCY (May 2006). *Health South Africa: a burden that will only become heavier*.

JOHN, M.E. & NDEBBIO, T.J. 2002. Perceived psychological needs, social support, quality of life, and adjustment in subjects with HIV/AIDS. *African Journal of Nursing and Midwifery*, 4(1):59-62.

JONES, S. 1985. Depth interviewing. In: WALKER, R. *Applied qualitative research*. Vermont: Gower.

JOSEPH, E.B. & BHATTI, R.S. 2004. Psychosocial problems and coping patterns of HIV seropositive wives of men with HIV/AIDS. *Social Work in Health Care*, 39(1-2):29-47.

JUDD, C.M., SMITH, E.R. & KIDDER, L.H. 1991. *Research methods in social relations*. London: Holt, Rinehart & Winston.

KAHN, T. 2002. Anglogold confronts health care in the AIDS era. *Business Day*, 2 April 2005.

KAISER, H.J. 2002. *Hitting home: how households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic: a surveys of households*. Washinton D.C.: Henry J. Kaiser Family Foundation.

KALICHMAN, S.C., SOMLAI, A. & SIKKEMA, K. 2002. Community involvement in HIV/AIDS prevention. In: *Integrating Behavioral and Social Sciences with Public Health*. Baltimore, MD: United Book Press, Inc.

KEIGHER, S., ZABLER, B., ROBINSON, N., FERNANDEZ, A. & STEVENS, P.E. 2005. Young caregivers of mothers with HIV: need for support. *Children and youth services review*, 27:881-904.

KELLY, J.G. 1966. Ecological constraints on mental health services. *American Psychologist*, 21:535-539.

KELLY, J.G. 1968. *Toward an ecological conception of preventitive interventions*. New York: Behavioral Publications.

KELLY, J.G. 1979a. *Adolescents boys in high school*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

KELLY, J.G. 1979b. Tain't what you do, it's the way that you do it. *American Journal of Community Psychology*, 7:244-261.

KELLY, J.G., DASSOFF, N., LEVIN, L, SCHRECKENGOST, J., STELZNER, S. & ALTMAN, E. 1988. *A guide to conducting prevention research in the community: first steps*. New York: Haworth.

KELLY, J.G. & HESS, R.E. 1987. *The ecology of prevention: Illustrating mental health consultation*. New York: Haworth.

KELLY, J.G., RYAN, A.M., ALTMAN, B.E. & STELZNER, S.P. In: RAPPAPORT, J. & SEIDMAN, E. 1999. Understanding and changing Social Systems. *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.

KELLY, J. & SYKES, P. 2001. Helping the helpers: a support group for family members of persons with AIDS. *Social Work*, 239-242.

KEMP, S.P., WHITTAKER, J.K. & TRACEY, E.M. 1997. *Person-environment practice: the social ecology of interpersonal helping*. New York: Aldine de Gruyter.

KINGRY-WESTERGAARD, C. & KELLEY, J.G. 1990. *A contextualist epistemology for ecological research*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

KIPP, W., NKOKSI, T.M., LAING, L. & JHANGRI, G.S. 2006. Care burden and self-reported health status of informal women caregivers of HIV/AIDS patients in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *AIDS CARE*, 18(7):694-697.

KLOPPER, B. 2002. *Wanneer woorde ontbreek*. Wellington: Bybelkor.

KREFTING, L. 1991. Rigor in qualitative research: the assessment of trustworthiness. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(3):214-222.

KREIBICK, T. 1995. Caretakers' support group. In: BOYD-FRANKLIN, N., STEINER, L. & BOLAND, M. (eds). *Children, families and HIV/AIDS: psychosocial and therapeutic issues*. New York: Guildford.

KREUGER, L.W. & NEUMAN, W.L. 2006. *Social work research methods: qualitative and quantitative applications*. Boston: Pearson Education.

KRISHNA, V.A.S., BHATTI, R.S., CHANDRA, P.S. & JUVVA, S. 2005. Unheard voices: experiences of families living with HIV/AIDS in India. *Contemporary Family Therapy*, 27(4):483-506.

KRUGER, D. 1985. Pschycoanalysis, existential phenomenology and qualitative research in psychology. *Focus on quality*. Report 21. Institute for Social and Economic Research.

KRUGER, J. 2010. Identiteitsdiefstal. 'n Preekopsomming oor skuldgevoelens.

KÜBLER-ROSS, E. 1969. *On death and dying*. New York: Macmillan.

KÜBLER-ROSS, E. 1986. *On death and dying*. London: Tavistock.

KUMAR, R. 2005. *Research methodology; a step-by-step guide for beginners* (2nd ed). London: Sage Publications.

KVALE, S. 1996. *Interviews: An introduction in qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications.

LABUSCHAGNE, F.J. & EKSTEEN, L.C. 1993. *Verklarende Afrikaanse Woordeboek*. (8ste Hersiene Uitgawe). Kaapstad: Van Schaik Uitgewers.

LAND, H., HUDSON, S.M. & STIEFEL, B. 2003. Stress and depression among HIV-positive and HIV-negative gay and bisexual AIDS caregivers. *AIDS and behavior*, 7(1):41-53.

- LANDMAN, W.A. 1988. *Navorsingsmetodologiese grondbegrippe*. Pretoria: Serva Uitgewers.
- LATHER, P. & SMITHIES, C. 1997. *Trouble the angels: Women living with HIV/AIDS*. Central Avenue, Boulder, Colorado: Westview Press.
- LEARY, M.R. & SCHREINDORFER, L.S. 1998. The stigmatization of HIV and AIDS: rubbing salt in the wound. In: DERLEGA, V.J. & BARBEE, A.P. *HIV and social interaction*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- LEEDY, P.D. 1993. *Practical research: planning and design* (5th ed). New York: Macmillan Publishing Company.
- LEEDY, P.D. 1997. *Practical research: Planning and design* (6th ed). New Jersey: Upper Saddle River: Prentice Hall.
- LEEDY, P.D. & ORMROD, J.E. 2005. *Practical research: planning and design*. New York: Prentice Hall.
- LESAR, S. & MALDONADO, Y.A. 1997. The impact of children with HIV infection on the family system. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, (May-June):272-278.
- LINCOLN, Y. & GUBA, E. 1999. Establishing trustworthiness. In: DE VOS, et al. *Research at grassroots*.
- LINDEGREN, M.L., BYERS, R.H. & THOMAS, P. 1999. Trends in perinatal transmission of HIV/AIDS in the United States. *Jama*, 282:531-538.
- LINDSEY, E., HIRSCHFELD, M., TLOU, S. & NCUBE, E. 2003. Home-based care in Botswana: experiences of older women and young girls. *Health Care for Women International*, 24:486-501.
- LLOYD, B.A. 1995. *Encyclopedia of Social Work*, 19. U.S.A.: NASW Press.

LOEWENBERG, F. & DOLGOFF, R. 1988. *Ethical decisions for social work practice*. Itasca IL: Peacock.

LOURENS, A. 2006. *Beleid ten opsigte van MIV-infeksie/VIGS en verwante siektes. Werkkomitee vir MIV/VIGS en ander bloedverwante siektes*. Potchefstroom: PU vir CHO.

LUBKIN, I.M. 1990. *Chronic illness - impact and interventions*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

MAKGABO, J.M. 2001. *Experiences and coping skills of the family of people living with HIV/AIDS*. Pietersburg: Medunsa. (Ongepubliseerde verhandeling)

MAKOFANE, T.S. 2004. *The inclusion of HIV/AIDS programmes in the school curriculum with special reference to the intermediate phase*. Johannesburg: RAU. (Ongepubliseerde skripsie)

MANOPAIBOON, C., SHAFFER, N. & CLARK, L. 1998. Impact of HIV on families of HIV-infected woman who have recently given birth, Bangkok, Thailand. *Journal of Acquired Immun Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18:54-63.

MARAI, E.M. 1993. *'n Bevoegdheidsmodel vir die bedryfs maatskaplike werker te Koeberg kernkragstasie: 'n ekologiese perspektief*. Stellenbosch: Universiteit van Stellenbosch. (Ongepubliseerde verhandeling)

MAREE, K. 2007. *First steps in research*. Pretoria: Van Schaik Publishers.

MARKS, G., CREPAZ, N. & JANSSEN, R.S. 2006. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *Aids*, 20(10):1447-1450.

MARLOW, C.R. 2005. *Research methods for generalist social work*. London: Thomson Brooks/Cole.

MASON, S. & LINSK, N. 2002. Relative foster parents of HIV-affected children. *Child Welfare*, 81(4):1-17.

McCAUSLAND, J. & PAKENHAM, K.I. 2003. Investigation of the benefits of HIV/AIDS caregiving and relations among caregiving adjustment, benefit finding, and stress and coping variables. *AIDS CARE*, 15(6):853-869.

McCUBBIN, H.I., THOMPSON, E.A., THOMPSON, I & FUTRELL, J.A. 1999. *The dynamics of resilient families*. Thousand Oaks: Sage Publications.

McDONELL, J.R., ABELL, N. & MILLER, J. 1991. Family members' willingness to care for people with AIDS: a psychosocial assessment model. *Social Work*, 36(1):43-53.

McKENDRICK, B.W. 1988. *Introduction to social work in South Africa*. Pinetown: Owen Burgess Publishers.

MICROSOFT LIBRARY. 2002.

MILLER, W.L. & GRABTREE, B.F. 1992. *Doing qualitative research*. Newbury Park: Sage Publications.

MITCHELL, M. & JOLLEY, J. 2001. *Research design explained*. London: Harcourt College.

MOKANE, J.M. 1999. The role played by the family as a support system for the elderly and the challenges of caregiving. *Social Work*, 35(2):133-137.

MONETTE, D.R., SULLIVAN, T.J. & DE JONG, C.R. 1998. *Applied social research: tool for the human services* (4th ed). Fort Worth: Harcourt Brace.

MONETTE, D.R., SULLIVAN, T.J. & DE JONG, C.R. 2005. *Applied social research: tool for the human services* (6th ed). Australia: Thomson Brooks/Cole.

MONETTE, D.R., SULLIVAN, T.J. & DE JONG, C.R. 2008. *Applied social research: tool for the human services* (7th ed). Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

MOORE, A.R., VOSVICK, M. & AMEY, F.K. 2006. Stress, social support and depression in informal caregivers to people with HIV/AIDS in Lomé, Togo. *International of Sociology and Social Policy*, 26(1/2):63-73.

MORGAN, C.T., KING, R.A., WEISZ, J.R. & SHOPLER, J. 1989. *Introduction to psychology* (7th ed). New York: McGraw-Hill Book Co.

MOUTON, J. 1996. *Understanding social research*. Pretoria: Van Schaik Publishers.

MPUNDU, M. 2000. The burden of HIV/AIDS on the Zambian Health System. *AIDS Analysis Africa (Southern Africa Edition)*, 10(5):6.

MULLER, O. & ABBAS, N. 1990. The impact of AIDS mortality on children's education in Kampala Uganda. *AIDS Care*, 2:77-80.

MUÑOZ, R.F., SNOWDEN, L.R. & KELLY, J.G. 1979. *Social and psychological research in community settings*. San Francisco: Jossey-Bass.

MYSLIK, W. 1997. Business and HIV/AIDS - lessons from SADC. *AIDS Analysis Africa (Southern Africa Edition)*, 8(2):3-4.

NATIONAL HOSPICE & PALLIATIVE CARE ORGANISATION. 2012. Managing hospice respite care: tips for providers. *Level of Care Tip Sheet*. Version 1.

NDABA, B.S. 2002. *The needs of HIV positive patients and their families*. Bloemfontein: Universiteit van die Vrystaat. (Ongepubliseerde skripsie)

NDUDANE, N.Z. 2000. *The impact of HIV/AIDS on family life and childcare in Transkei with special reference to three magisterial districts: Umtata, Mount Frere and Lusisiki*. Transkei: Universiteit van Transkei. (Ongepubliseerde skripsie)

NEUMAN, W.L. 2003. *Social research methods: qualitative and quantitative approaches* (5th ed). Boston: Allyn and Bacon.

NEUMAN, W.L. 2006. *Social research methods: qualitative and quantitative approaches* (6th ed). Boston: Pearson Education Inc.

NEW YORK DEPARTEMENT VAN GESONDHEID. 1998. Verslag.

NGWENA, C. 1999. HIV in the workplace: protecting rights to equality and privacy. *South African Journal on Human Rights*, 15(4):513-540.

ODENDAL, F.F. & GOUWS, R.H. 2000. *Verklarende Woordeboek van die Afrikaanse Taal* (4de uitgawe). Midrand: Perskor.

ODENDAL, F.F., SCHOONEES, P.C., SWANEPOEL, C.J., DU TOIT, S.J. & BOOYSEN, C.M. 1991. *HAT: Verklarende handwoordeboek van die Afrikaanse taal*. Doornfontein, Johannesburg: Perskor-Uitgewery.

OLIVIER, F. 2008. Onkunde bestaan steeds oor VIGS. *Die Republikein*, (29 Mei 2008).

PADGETT, D.K. 1998. *Qualitative methods in social work research: challenges and rewards*. London: Sage Publications.

PAYNE, M. 2005. *Modern social work theory* (3rd ed). London: McMillan Press.

PEQUEGNAT, W. & SZAPOCZNIK, J. 2000. *Working with families in the era of HIV/AIDS*. London: Sage Publications.

POTGIETER, M.C. 1998. *The social work process. Development to empower people*. South Africa: Prentice Hall.

RAAD VIR GEESTESWETENSKAPLIKE NAVORSING. 1989. *RGN-Ondersoek na Navorsingsmetodologie*. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

RADEMEYER, A. 2001. VIGS-nagmerrie wag op skole, sê kenners. Implikasie groot vir onderwysers en leerling. *Beeld*, 5 Oktober, p.8.

RAIT, D.S., ROSS, J.M. & RAO, S.M. 1997. *Treating couples and families with HIV: A systemic approach*. San Francisco: Josey-Boss.

RANDOM HOUSE. 1973. *Society today*. USA.

RANIGA, T. 2007. A critique of the South African national life-skills and HIV/AIDS school policy: lessons for policy adjustment. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 43(i):66-75.

RAPPAPORT, J. & SEIDMAN, E. 1999. *Handbook of community psychology*. New York: Plenum Publishers.

RAPPAPORT, J. & SEIDMAN, E. 2000. *Handbook of community psychology*. New York: Plenum Publishers.

RATSAKA-MOTHOKOA, M.H. 2001. *The impact of HIV/AIDS on children and their families*. Johannesburg: Universiteit van die Witwatersrand. (Ongepubliseerde skripsie)

REID, W.J. & SMITH, A.D. 1981. *Research in social work*. New York: Columbia University Press.

RITCHIE, J. & LEWIS, J. 2003. *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers*. London: Sage Publications.

ROBINSON, K.M. 1997. Family caregiving: who provides the care and at what cost? *Nursing Economics*, 15(5):243-247.

ROLDAN, I. 2002. The experience of the Puerto Rican family when a member has HIV/AIDS. *Families in Society*, 84(3):377-384.

ROSSOUW, D. 2004. *Business Ethics in Africa* (2nd ed). Oxford: Oxford University Press.

ROTHMAN, J. & GERMAIN, C.B. 1994. *Practice with highly vulnerable clients*. New Jersey: Englewood Cliffs.

ROWE, W., PLUM, G.E. & CROSSMAN, C. 1988. Issues and problems confronting the lovers, families and communities associated with persons with AIDS. *Journal of Social Work & Human Sexuality*, 6(2):71-88.

ROYSE, D. 1995. *Research methods in social work* (2nd ed). Chicago: Nelson-Hall.

ROYSE, D. 2011. *Research methods in social work*. London: Thomson Brooks/Cole.

RUBIN A. & BABBIE, E. 2005. *Research methods for social work* (5th ed). Australia: Thomson Brooks/Cole.

RUBIN A. & BABBIE, E. 2011. *Research methods for social work*. Australia: Thomson Brooks/Cole.

SABC 2. 1 April 2014. TV Nuus.

SALKIND, N.J. 2000. *Exploring research*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

SALMON, K.E. 2002. A nursing response to the AIDS crisis. *African Journal of Nursing and Midwifery*, 4(1):12-14.

SALUS. 1991. 14(5):16-17.

SARANTAKOS, S. 2000. *Social research*. South Yarra: Macmillan Education Australia.

SARANTAKOS, S. 2005. *Social research* (3rd ed). New York: Palgrave Macmillan.

SARASON, B.R. & DUCK, S. 2000. *Personal relationships: implications for clinical and community psychology*. New York: John Wiley & Sons.

SCHNEIDERMAN, N., SPEERS, A.S., SILVA, J.M., TOMES, H. & GENTRY, J.H. 2000. *Integrating behavioral and social sciences with public health*. Baltimore, MD.: United Book Press, Inc.

SCHOEMAN, W.J. 2006. *Die identiteit van die individu: 'n herwaardering*.

SCHURINK, E.M. 1998. Deciding to use a qualitative research approach. In: DE VOS, A.S., STRYDOM, H, FOUCHÉ, C.B., POGGENPOEL, M. EN SCHURINK, E. *Research at Grass Roots. A Primer for the Caring Professions*. Pretoria: J.L. van Schaik.

SCHURINK, E.M. 1998. Designing qualitative research. In: DE VOS, A.S., STRYDOM, H, FOUCHÉ, C.B., POGGENPOEL, M. & SCHURINK, E. *Research at grass roots. A primer for the Caring Professions*. Pretoria: J.L. van Schaik Publishers.

SEALE, C. 2000. Changing patterns of death and dying. *Social Science and Medicine*, 51:917-930.

SENGENDO, J. & NAMBI. J. 1997. The psychological effect of orphanhood: a study of orphans in Rakai district. *Health Trans Rev*, 7(Suppl):105-124.

SHANK, G.D. 2006. *Qualitative research: a personal skills approach* (2nd ed). New Jersey, OH: Pearson/Merrill Prentice Hall.

SHERMAN, E. & REID, W.J. 1994. *Qualitative research in social work*. New York: Columbia University Press.

SHILTS, R. 1987. *And the band played on: politics, people, and the AIDS epidemic*. New York: Penguin.

SIEBER, J.E. 1982. *The ethics of social research: surveys and experiments*. New York: Springer-Verlag.

SIMMS, R. & MOSS, V.A. 1991. *Terminal care for people with AIDS*. London: Edward.

SINGLETON, R., STRAITS, B.C., STRAITS, M.M. & McALLISTER, R.J. 1988. *Approaches to social research*. New York: Oxford University Press.

SMART, R. 1993. Understanding HIV - Check your knowledge. *Positive Outlook*, 1(1):16.

SMART, R. 2000. AIDS Care: Why and how should industry respond. *AIDS Analysis Africa (Southern Africa Edition)*, 10(5):13-14.

SMITH, M.Y. & RAPKIN, B.D. 1996. Social support and barriers to family involvement in care giving for persons with AIDS: implications fo patient education. *Patient Education and Counselling*, 27:85-94.

SMITH, W. & DREYER, Y. 2003. 'n Perspektief op hoop as pastorale bemagtiging in die rouproses. Pretoria: Universiteit van Pretoria. (Ongepubliseerde proefskrif)

SOUL BUDDYZ 2. 2003. *Helping children deal with difficult issues, a guide for parents*. Published by: Soul City, the Institute for Health and Development Communication.

SOUTH AFRICA DEPARTMENT OF FINANCE. 2000. *Budget Review*. Pretoria: Government Printers.

SOUTH AFRICA DEPARTEMENT OF HEALTH. 2000. *HIV/AIDS & STD. Strategic plan for South Africa 2000-2005* Cape Town: Formeset Printers.

SPIRIG, R. 2002. In invisibility and isolation: the experiences of HIV-affected families in German-speaking Switzerland. *Qualitative Health research*, 12(10):1323-1327.

SSENGONZI, R. 2007. The plight of older persons as caregivers to people infected/affected by HIV/AIDS: evidence from Uganda. *J. Cross Cult Gerontol*, 22:339-353.

STATISTICS SOUTH AFRICA. 2013. *Mid-year population estimates*.

STEENKAMP, I. & POTGIETER, J. 2008. Die belewinge van informele versorgers van MIV/VIGS-pasiënte: 'n salutogene perspektief. *Health SA Gesondheid*, 1:1-14.

STEIN, J. 1997. The impact of HIV/AIDS on the household. *AIDS Bulletin*, 6(4):20-23.

STEINBERG, M., JOHNSON, S., SCHIERHOUT, G. & NDEGWA, D. 2002. *Hitting Homes: how households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic. A survey of households affected by HIV/AIDS in South Africa*. Washington: The Henry J. Kaiser Family Foundation.

STEYN, D.M. 2003. *Die gesin as faset van tuisgebaseerde sorg vir die verswakte MIV/VIGS-pasiënt in die myngemeenskap van die noordwes provinsie*. Potchefstroom. PU vir CHO. (Ongepubliseerde skripsie)

STEYN, R., KOEN, M.P. & WILLIAMS, M.J.S. 2006. Die gesin as faset van tuisgebaseerde sorg vir die verswakte miv-en vigs-pasiënt in die myngemeenskap van die noordwes provinsie. [Http://www.thefreelibrary.com](http://www.thefreelibrary.com).(4 Julie 2012) p1-20.

STOTER, D. 1995. Spiritual care. (In: PENSON, J. & FISHER, R. 1995. *Palliative care for people with cancer* (2nd ed). London: Arnold.

STOTT, N.C.H. & FINLAY, I.G. 1984. *Care of the dying*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

STRODE, A. & SMART, R. 1997. Workplace AIDS programmes - why employers should get involved. *AIDS Analysis Africa (Southern Africa Edition)*, 8(1):4-5.

STRONGMAN, K.T. 2000. *The psychology of emotion: Theories of emotion in perspective* (4th ed). New Zealand: John Wiley & Sons Ltd.

STRUG, D.L. & BURR, C.K. 2003. Service needs of male caretakers of HIV-infected and affected children: policy and practice implications. *Social Work in Health Care*, 38(2):73-90.

STRUWIG, F.W. & STEAD, G.B. 2001. *Planning, designing and reporting research*. Cape Town: Pearson Education.

STRYDOM, H. 2002. Social work research on the feelings and perceptions of AIDS patients in a South African clinic. *Social Work*, 38(2):131-153.

STRYDOM, H. & DELPORT, C.S.L. 2002. Sampling and pilot study in qualitative research. In: DE VOS, A.S., STRYDOM, H., FOUCHÉ, C.B. & DELPORT, C.S.L. *Research at grassroots: for the social sciences and human services professions* (2nd ed). Pretoria: Van Schaik Publishers.

SUID-AFRIKAANSE GESONDHEIDSWET. 1977. *Wet 63 van 1977*.

SWART, K. 2001. HIV/AIDS and the impact on schools. A challenge to the profession. *Newsletter of the South African Union for Vocational and Specialised Education*, 3:2-5.

TANCHEL, I. 2003. Psychosocial issues in palliative care. *CME Journal*, 21(5):249-252.

TAYLOR, G. 2000. An empty bed policy to manage AIDS? *People Dynamics*, 18(5):20-24.

TESCH, R. 1990. *Qualitative research: analysis types and software tools*. Bristol: Farmer.

THE ECUMENICAL REVIEW, 1997.

THEIS, S.L., COHEN, F.L., FORREST, J. & ZELEWSKY, M. 1997. Needs assessment of caregivers of people with HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 8(3):76-84.

THOMAS, A.R. & SMITH, P.J. 2003. *Spotlight on social research*. Boston: Allyn & Bacon.

TIMMS, N. 1967. *A sociological approach to social problems*. London. Sage Publications.

TOGNI, L. 1997. *AIDS in South Africa and on the African Continent*. Pretoria: Kagiso Publishers.

TOLLIVER, D.E. 2001. African American female caregivers of family members living with HIV/AIDS. *Families in Society: the Journal of Contemporary Human Services*, 82(2):145-155.

TRICKETT, E.J. 1984. Toward a distinctive community psychology: an ecological metaphor for the conduct of community research and the nature of training. *American Journal of Community Psychology*, 12:261-279.

TRICKETT, E.J. 1987. *Community intervention and health psychology. An ecological oriented perspective*. Chicago: University of Chicago Press.

TRICKETT, E.J. 1996. A future for community psychology: the contexts of diversity of contexts. *American Journal of Community Psychology*, 24(2):203-234.

TRUDELL, B.N. 1993. *Doing sex education. Gender politics and schooling*. New York: Routledge.

TURNER, F.J. 1979. *Social work treatment - interlocking theoretical approaches*. (2nd ed). New York: Free Press.

TURNER, F.J. 1986. *Social work treatment* (3rd ed). London: The Free Press.

TUTTY, L.M., ROTHERY, M.A. & GRINNELL, R.M. 1996. *Qualitative research for Social Workers*. London: Allan & Bacon.

TWIGG, J. & ATKIN, K. 1994. *Carers' perceived policy and practice in informal care*. Philadelphia: Open University Press.

UNAIDS. 2000. *Caring for carers: managing stress in those who care for people with HIV/AIDS*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS, 2006. The impact of AIDS on people and societies. *2006 Report on the Global AIDS Epidemic*.

UNAIDS, 2010. *Report on the Global AIDS Epidemic*.

UNAIDS/WHO, 2014. *Global summary of the AIDS epidemic – 2013*.

UNAIDS, 2014. *Fact sheet 2014 – Global statistics*.

UNAIDS, 2014. *Gap report, 2014*.

URDANG, S. 2006. Women and the politics of gender in Southern Africa. The care economy: Gender and the silent AIDS crisis in Southern Africa. *Journal of Southern Africa Studies*, 32(1):165-177.

USAID, 2001. *Report on the Global AIDS Epidemic*.

UYS, L.R. 2002. The practice of community caregivers in a homebased HIV/AIDS project in South Africa. *Journal of Clinical Nursing*, 11(1):99-108.

VAKTAALKOMITEE VIR MAATSKAPLIKE WERK. 1995. *Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk*. Kaapstad: CTP Book Printers.

VALDISERRI, R.O., AULTMAN, T. & CURRAN, J. 1995. Community planning: a national strategy to improve HIV prevention programs. *Journal of Community Health*, 20:87-100.

VALFRÉ, M.M. 2001. *Foundation of mental health care* (2nd ed). St. Louis: Mosby.

VAN AARDT, P.J. 2003. *Marknavorsingsverslag no. 325*. Buro vir Marknavorsing.

VAN DER SMIT, E. 2013. The time has come!!! It is time to be better. *Therapy for individuals, families and couples*. <http://www.southafricatherapist.com>.

VAN DEVENTER. E.L. 1999. *Die terapeutiese behoeftes van die adolessent en die jong volwassene met MIV & VIGS*. Bloemfontein: Universiteit van die Oranje-Vrystaat.

VAN DYK, A. 2001. *HIV/AIDS: Care and Counselling - A Multidisciplinary Approach* (2nd ed). Cape Town: CTP Book Printers.

VAN DYK, A. 2002. *HIV/AIDS Care and Counselling. A Multidisciplinary Approach* (2nd ed, 4th impression). Pinelands, Cape Town: Pearson Education South Africa.

VAN ROOYEN, L. 2007. Statistiek in perspektief. <Http://www.cabsa.co.za>. 15 November 2007.

VAN SCHALKWYK, A. 2004. *Die emosionele behoeftes van die MIV/VIGS-geaffekteerde kleurlingkind in die middelkinderjare*. Pretoria: Universiteit van Pretoria. (Ongepubliseerde skripsie)

VAN WYK, R. 2002. *Burnout in home-based carers nursing people living with HIV/AIDS*. Cape Town: University of the Western Cape. (Unpublished dissertation)

VILJOEN, M. 2003. Onkunde oor VIGS verbaas. *Die Republikein*, (4 April 2003).

WAINSRIGHT, A. (Geen datum). *Riglyn oor Arbeidswetgewing*.

WALLIMAN, N. 2006. *Social research methods*. London: Sage Publications.

WARD, D. & BROWN, M.A. 1994. Labor and cost in AIDS family caregiving. *Western Journal of Nursing Research*, 16:10-25.

WEBB, D. 1997. *HIV and AIDS in Africa*. London: Pluto.

<Http://web.worldbank.org>. 24 Mei 2006.

WEITZ, R. 1991. *Life with AIDS*. New Brunswick and London: Rutgers University Press.

WELCH, G.J. 1987. *An integrated approach to social work practice*. Pinetown: Owen Burgess Publishers.

WELMAN, C., KRUGER, F. & MITCHELL, B. 2005. *Research methodology* (3rd ed). Cape Town: Oxford University Press South Africa.

WêRELD GESONDHEIDSORGANISASIE EN UNESCO. 1994. *Basic knowledge on HIV/AIDS/STD/ in school health education to prevent AIDS & STD student activities*.

WET OP ARBEIDSVERHOUDINGE. 1995. *Wet 66 van 1995*.

WHITE PAPER FOR SOCIAL WELFARE / WITSKRIF VIR MAATSKAPLIKE WELSYN. 1997.

WHITESIDE, A. & SUNTER, C. 2000. *AIDS: the challenge of South Africa*. Tafelberg: Human & Rousseau.

WHITTAKER, J.K. & GARBARINO, J. 1983. *Social support networks: informal helping in the human service*. New York: Aldine Publishing Company.

WHITTAKER, J.K., KINNEY, J., TRACY, E.M. & BOOTH, C. 1990. *Reaching high-risk families*. New York: Aldine de Gruyter.

WHITTAKER, J.K. & TRACEY, E.M. 1989. *Social treatment*. (2nd ed). New York: Aldine De Gruyter.

WIGHT, R.G., ANESHENSEL, C.S. & LEBLANC, A.J. 2003. Stress buffering effects of family support in AIDS caregiving. *AIDS CARE*, 15(5):595-613.

WILKIE, P. 1992. Women and HIV. *Reflective helping in HIV and AIDS*. Philadelphia: Open University Press.

WILLIAMS, B.G., MACPHAIL, C., TALJAARD, D., GOUWS., MOEMA, S., MZIDUME, Z. & RASEGO, B. 2000. The Carletonville-Mothusimilo project. Limiting transmission of HIV through community-based interventions. *South African Journal of Science*, 96(6):351-359.

WOLCOTT, H.F. 2001. *Writing up qualitative research* (2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

YEGIDIS, B.L. & WEINBACH, R.W. 1969. *Research methods for social workers*. London: Allyn & Bacon.

YIN, R.K. 2003. *Case study research: design and methods* (3rd ed). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

ZLOTNIK, J.L. 1987. AIDS: helping families cope. Recommendations for meeting the Psychosocial needs of persons with AIDS and their families. *Report to the National Institute of Mental Health*. Silver Spring: National Association of Social Workers, Inc.

Ander webwerwe besoek

<http://af.wikipedia.org/wiki/MIV>. 18 Desember 2006.

http://af.wikipedia.org/wiki/Invloed_van_vigs_op_die_ekonomie. 2008.

<http://af.wikipedia.org>. 2013.

<http://www.ahi.co.za/aktueel/vigsimpak.html>. 27 Julie 2006.

<http://www.avert.org/aidsimpact.htm>. 11 Maart 2008.

<http://www.avert.org/worldstats.htm>. 23 Mei 2006.

<http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/At-A-Glance.htm>. 22 Mei 2006.

<http://www.cdc.gov/hiv/topics/perinatal/resources/factsheets/perinatal.htm>.

22 November 2007.

<http://ecologicaltheory.tripod.com/>. 2007.

[File://C:\DOCUME- 1\user\LOCALS 1\Temp\UU4E18QR.htm](File://C:\DOCUME-1\user\LOCALS 1\Temp\UU4E18QR.htm). 16 Oktober 2004.

<http://www.gesf.co.za/rousmartfases>. 2013.

http://en.wikipedia.org/wiki/Respite_care. 2014.

<http://www.gksa.org.za>. 11 Maart 2008.

<http://www.health24.com>. 11 Maart 2008

<http://home.global.co.za/koerier/vigs.htm>. 27 September 2006.

<http://www.jeugfokus.org.za>. 16 Mei 2006.

<http://www.kaiseredu.org/topics.asp>. 27 Julie 2006.

<http://www.lando.co.za/rooibos/deogloria/vigs.htm>. 19 September 2006.

<http://www.mieliestronk.com/vigs.html>. 3 Augustus 2014.

<http://www.sanlam.co.za>. 2008.

<http://www.sedibafountain.org.za>. 13 November 2006.

<http://www.sun.ac.za>. 20 November 2007.

<http://www.thefreelibrary.com>. 20 November 2007.

BYLAE 1



UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
jou kennisvennoot • your knowledge partner

INWILLIGING OM DEEL TE NEEM AAN NAVORSING

DIE BELEWENISSE EN SOSIO-EMOSIONELE BEHOEFTE VAN FAMILIELEDE AS PRIMÊRE VIGS-VERSORGERS IN DIE GEORGE-AREA: 'N EKOLOGIESE PERSPEKTIEF.

U word gevra om toestemming te gee dat u versorger mag deelneem aan 'n navorsingstudie uitgevoer te word deur Mev. Hester Terblanche (MA MW.) van die Departement Maatskaplike Werk aan die Universiteit van Stellenbosch. Die resultate sal deel word van 'n navorsingstesis. U versorger is as moontlike deelnemer aan die studie gekies omdat hy/sy eerstehandse ervaring het van 'n familielid met VIGS, en ek hom/haar dus as 'n ekspert beskou om insig en waardevolle inligting oor hierdie onderwerp te voorsien wat in die toekoms ander mense in dieselfde situasie kan help. Ook professionele persone kan daarby baat wanneer hulle te doen kry met familieledede as versorgers van VIGS-lyers.

1. DOEL VAN DIE STUDIE

Die doel van die studie is om die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledede as VIGS-versorgers te verken en te beskryf vanuit 'n ekologiese perspektief, sodat dit as basis kan dien om 'n ondersteuningsprogram vir versorgers saam te stel.

2. PROSEDURE

Indien u inwillig dat u versorger aan die studie mag deelneem, vra ek dat u die volgende moet doen:

Ek wil graag ten minste een individuele onderhoud (nie langer as 90 minute) met u versorger voer op 'n tyd en 'n plek wat vir hom/haar gerieflik is. Tydens die onderhoud sal ek dit op prys stel as hy/sy vir my kan vertel van sy/haar belewenisse en behoeftes as u primêre versorger, en sal ek spesifiek aandag aan die volgende gee:

- Dat hy/sy vir my sal vertel van u siekte.
- Wat het hy/sy beleef nadat hy/sy besef het dat u aan VIGS ly.

- Dat hy/sy vir my sal vertel hoe u siekte die verhouding tussen julle beïnvloed het.
- Watter behoeftes ervaar hy/sy deur saam te leef met die probleem.
- Wat is die aard van die ondersteuning wat hy/sy en u ontvang.
- Watter dienste dink hy/sy is nodig om familieledede as VIGS-versorgers te help en te ondersteun.
- Het hy/sy enige raad vir ander families met 'n soortgelyke ervaring.

Indien u bereid is dat u versorger deelneem aan die navorsing, sal ek dit ook waardeer indien u vir my die aangehegde toestemmingsbrief sal voltooi en onderteken.

3. MOONTLIKE RISIKO'S EN ONGEMAKLIKHEID

Dit kan moontlik gebeur dat u gevoelens van byvoorbeeld ongemak en hartseer sal ervaar by die gedagte daaraan dat u versorger hierdie sensitiewe inligting verstrek. Ek wil graag hê dat u dan eerlik met my sal wees daaroor. Ek wil graag die navorsing so doen dat dit nie vir u en u versorger te veel ongemak veroorsaak nie. Berading sal ook beskikbaar wees by die CHRISTIAN MEDICAL SERVICE AND RELIEF vir u en u versorger as deelnemer aan die studie.

Indien u egter nie bereid is dat u versorger deelneem aan die navorsing nie, kan u vra dat hy/sy onttrek sonder om vir enige gevolge te vrees.

4. MOONTLIKE VOORDELE VIR DEELNEMERS EN/OF VIR DIE SAMELEWING

Daar is ook sekere voordele vir u en u versorger aan die navorsing verbonde. Van die voordele kan wees dat daar 'n beter begrip moontlik gemaak kan word vir persone wat verantwoordelik is vir die versorging van 'n familielid met VIGS, asook vir u as VIGS-lyer. Ek hoop ook dat dit kan lei tot beter dienslewering aan sulke persone, waar veral aandag gegee kan word aan hulle maatskaplike en sosio-emosionele behoeftes.

Die navorsing sal ook voordele kan inhou vir die wetenskap en samelewing, deurdat dit 'n bydrae kan lewer tot die opleiding van maatskaplike werkers en tuisversorgers wat met sodanige families werk. Die resultate van die navorsing behoort ook 'n bydrae tot die literatuur oor Maatskaplike Werk met betrekking tot die kwesbare kliëntesisteem te lewer, in hierdie geval die familielid as versorger van 'n VIGS-lyer. Hierdie navorsing sal veral die probleme van familieledede as versorgers van VIGS-lyers aanspreek. Dit beteken dat aandag ook geskenk kan word aan dienste aan, en ondersteuning vir, familieledede as primêre versorgers van VIGS-lyers op plaaslike, provinsiale en nasionale vlak.

5. VERGOEDING VIR DEELNAME

Geen vergoeding sal ontvang word vir die deelname aan die studie nie.

6. VERTROULIKHEID

Enige inligting wat deur middel van die navorsing verkry word en wat met u of u familielid as versorger in verband gebring kan word, sal vertroulik bly en slegs met u en/of u familielid se toestemming bekend gemaak word of soos deur die wet vereis. Vertroulikheid sal

gehandhaaf word deur middel van die feit dat dit slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik sal word. Dit sal volgens 'n proses van kodering gedoen word deurdat geen persoonlike besonderhede wat u of u familielid as versorger kan identifiseer in die navorsing gemeld sal word nie. Daar sal gekyk word na sekere inligting wat uit die navorsing na vore kom volgens sekere temas wat geïdentifiseer sal word, en gevolglik sal dit nie nodig wees om u of u familielid as versorger se name te noem nie.

Ek wil ook die onderhoud met u familielid as versorger op band neem sodat ek my onverdeelde aandag aan hom/haar kan gee, en om nie enige van die waardevolle inligting wat hy/sy met my sal deel, verlore te laat gaan nie. Die inligting op die band sal slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik word, en sal vir die duur van die navorsings-projek bewaar word. Slegs die promotor, Prof. Sulina Green, en ekself sal toegang tot die inligting op die band hê. Sodra die navorsing afgehandel is, en die navorsingsverslag voltooi is, sal die bande weer skoongemaak word. Vir die duur van die navorsing sal dit op 'n veilige plek, waar dit toegesluit kan word, bewaar word, waar slegs die navorser toegang daartoe het. Al hierdie inligting sal daarom streng vertroulik gehou word. In die navorsingsverslag waarin u familielid as versorger se ervaringe en behoeftes gedokumenteer sal word, sal julle name en persoonlike besonderhede deur skuilname vervang word indien dit nodig is om van name gebruik te maak.

7. DEELNAME EN ONTTREKING

U familielid as versorger kan self besluit of hy/sy aan die studie wil deelneem of nie. Indien hy/sy inwillig om aan die studie deel te neem, kan hy/sy te eniger tyd daaraan onttrek sonder enige nadelige gevolge. Hy/sy kan ook weier om bepaalde vrae te antwoord, maar steeds aan die studie deelneem. Die ondersoeker kan jou versorger aan die studie onttrek indien omstandighede dit noodsaaklik maak. Indien dit byvoorbeeld blyk dat hy/sy die navorsing erg emosioneel ervaar, en dit vir hom/haar baie traumaties is, sal sy/haar deelname deur die navorser beëindig word ten spyte van sy/haar inwilliging om deel te neem aan die navorsing. Sy/haar deelname sal ook beëindig word indien dit blyk dat hy/sy nie werklik 'n bydrae tot die navorsing kan lewer nie.

8. IDENTIFIKASIE VAN ONDERSOEKER

Indien u enige vrae of besorgdheid omtrent die navorsing het, staan dit u vry om in verbinding te tree met die navorser, Mev. Hester Terblanche, by telefoonnommer (044) 8758088, of u kan met my promotor, Prof. Sulina Green, in verbinding tree by telefoonnommer (021) 8082070.

9. REGTE VAN DEELNEMERS

U en u versorger kan te eniger tyd u inwilliging terugtrek, sonder enige nadelige gevolge vir u. Deur deel te neem aan die navorsing, doen u of u versorger geensins afstand van enige wetlike regte, eise of regsmiddel nie. Indien u vrae het oor u regte as proefpersone by navorsing, skakel met Prof. Engelbrecht, telefoonnommer (021) 8084642 by die Eenheid vir Navorsingsontwikkeling.

BYLAE 2**VERKLARING DEUR PASIËNT OF SY/HAAR REGSVERTENWOORDIGER**

Die bostaande inligting is aan my gegee en verduidelik deur in [Afrikaans/Engels/Xhosa] en [ek/die pasiënt] is dié taal magtig, of dit is bevredigend vir [my/hom/haar] vertaal. [Ek/die pasiënt] is die geleentheid gebied om vrae te stel, en [my/sy/haar] vrae is tot [my/sy/haar] bevrediging beantwoord.

[Ek willig hiermee vrywillig in dat my versorger mag deelneem aan die studie/Ek gee hiermee my toestemming dat die pasiënt se versorger aan die studie mag deelneem]. 'n Afskrif van hierdie vorm is aan my gegee.

Naam van pasiënt

Naam van regsverteenvoordiger (indien van toepassing)

Handtekening van pasiënt/regsverteenvoordiger

Datum

VERKLARING DEUR ONDERSOEKER

Ek verklaar dat ek die inligting in hierdie dokument vervat verduidelik het aan en/of sy/haar/ regsverteenvoordiger
 Hy/sy is aangemoedig en oorgenoeg tyd gegee om vrae aan my te stel. Dié gesprek is in [*Afrikaans/*Engels/*Xhosa/*Ander] gevoer en [geen vertaler is gebruik nie/die gesprek is in vertaal deur]

Handtekening van ondersoeker

Datum



UNIVERSITEIT•STELLENBOSCH•UNIVERSITY
jou kennisvenoot • your knowledge partner

INWILLIGING OM DEEL TE NEEM AAN NAVORSING

DIE BELEWENISSE EN SOSIO-EMOSIONELE BEHOEFTE VAN FAMILIELEDE AS PRIMÊRE VIGS-VERSORGERS IN DIE GEORGE-AREA: 'N EKOLOGIESE PERSPEKTIEF.

U word gevra om deel te neem aan 'n navorsingstudie uitgevoer te word deur Mev. Hester Terblanche (MA MW.) van die Departement Maatskaplike Werk aan die Universiteit van Stellenbosch. Die resultate sal deel word van 'n navorsingstesis. U is as moontlike deelnemer aan die studie gekies omdat u eerstehandse ervaring het van 'n familielid met VIGS, en ek u dus as 'n ekspert beskou om insig en waardevolle inligting oor hierdie onderwerp te voorsien wat in die toekoms ander mense in dieselfde situasie kan help. Ook professionele persone kan daarby baat wanneer hulle te doen kry met familieledes as versorgers van VIGS-lyers.

1. DOEL VAN DIE STUDIE

Die doel van die studie is om die belewenisse en sosio-emosionele behoeftes van familieledes as VIGS-versorgers te verken en te beskryf vanuit 'n ekologiese perspektief, sodat dit as basis kan dien om 'n ondersteuningsprogram vir versorgers saam te stel.

2. PROSEDURE

Indien u inwillig om aan die studie deel te neem, vra ek dat u die volgende moet doen:

Ek wil graag ten minste een individuele onderhoud (nie langer as 90 minute) met u voer op 'n tyd en 'n plek wat vir u die gerieflikste is. Gedurende hierdie onderhoud sal ek dit op prys stel as u vir my kan vertel van u belewenisse en behoeftes as primêre versorger van 'n familielid met VIGS, en sal ek bly wees as u spesifiek aandag aan die volgende sal gee:

- ▶ Vertel vir my van u familielid se siekte.
- ▶ Wat het u beleef nadat u besef het dat hy/sy aan VIGS ly?
- ▶ Vertel vir my hoe u familielid se siekte die verhouding tussen julle beïnvloed het?

- ▶ Watter behoeftes ervaar u deur saam te leef met die probleem?
- ▶ Wat is die aard van die ondersteuning wat u en u siek familielid tans ontvang?
- ▶ Watter dienste dink u is nodig om familieledede as VIGS-versorgers te help en te ondersteun?
- ▶ Het u enige raad vir ander familieledede met 'n soortgelyke ervaring?

Indien u bereid is om deel te neem aan die navorsing, sal ek dit ook waardeer indien u vir my die aangehegde toestemmingsbrief sal voltooi en onderteken.

3. MOONTLIKE RISIKO'S EN ONGEMAKLIKHEID

Dit kan moontlik gebeur dat u tydens die navorsingsonderhoud gevoelens van byvoorbeeld ongemak en hartseer sal ervaar. Ek wil graag hê dat u dan eerlik met my sal wees daaroor. Indien nodig sal die onderhoud dan onderbreek word, sodat u die geleentheid kan kry om u gevoelens weer onder beheer te kry, en die onderhoud kan voortgaan. Ek wil graag die navorsing so doen dat dit nie vir u te veel ongemak veroorsaak nie. Berading sal ook vir u beskikbaar wees by die CHRISTIAN MEDICAL SERVICE AND RELIEF indien u behoefte daaraan het na die onderhoud.

Indien u egter nie kans sien om voort te gaan met die onderhoud nie, kan u op enige stadium aan die navorsing onttrek sonder om vir enige gevolge te vrees.

4. MOONTLIKE VOORDELE VIR DEELNEMERS EN/OF VIR DIE SAMELEWING

Daar is ook sekere voordele vir u as deelnemer aan die navorsing verbonde. Van die voordele kan wees dat daar 'n beter begrip moontlik gemaak kan word vir persone soos u wat verantwoordelik is vir die versorging van 'n familielid met VIGS. Ek hoop dat dit ook kan lei tot beter dienslewering aan sulke persone, waar veral aandag gegee kan word aan hulle maatskaplike en sosio-emosionele behoeftes.

Die navorsing sal ook voordele kan inhou vir die wetenskap en samelewing, deurdat dit 'n bydrae kan lewer tot die opleiding van maatskaplike werkers en tuisversorgers wat met sodanige families werk. Die resultate van die navorsing behoort ook 'n bydrae tot die literatuur oor Maatskaplike Werk met betrekking tot die kwesbare kliëntesistiem te lewer, in hierdie geval dan u as familielid as primêre Vigs-versorger. Hierdie navorsing sal veral die probleme van familieledede as VIGS-versorgers uitwys. Dit beteken dat aandag ook geskenk kan word aan dienste aan, en ondersteuning vir, familieledede as primêre Vigs-versorgers op plaaslike, provinsiale en nasionale vlak.

5. VERGOEDING VIR DEELENAME

Geen vergoeding sal ontvang word vir die deelname aan die studie nie.

6. VERTROULIKHEID

Enige inligting wat deur middel van die navorsing verkry word en wat met u in verband gebring kan word, sal vertroulik bly en slegs met u toestemming bekend gemaak word of soos deur die wet vereis. Vertroulikheid sal gehandhaaf word deur middel van die feit dat dit

slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik sal word. Dit sal volgens 'n proses van kodering gedoen word deurdat geen persoonlike besonderhede wat u kan identifiseer in die navorsing gemeld sal word nie. Daar sal gekyk word na sekere inligting wat uit die navorsing na vore kom volgens sekere temas wat geïdentifiseer sal word, en gevolglik sal dit nie nodig wees om u naam te noem nie.

Ek wil ook u toestemming vra om die onderhoud op band te neem sodat ek aan u my

onverdeelde aandag kan gee, en om nie enige van die waardevolle inligting wat u met my sal deel, verlore te laat gaan nie. Die inligting op die band sal slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik word, en sal vir die duur van die navorsingsprojek bewaar word. Slegs die

promotor, Prof. Sulina Green, en ekself sal toegang tot die inligting op die band hê. Sodra die navorsing afgehandel is, en die navorsingsverslag voltooi is, sal die bande weer skoongemaak word. Vir die duur van die navorsing sal dit op 'n veilige plek, waar dit toegesluit kan word, bewaar word, waar slegs die navorser toegang daartoe het. Al hierdie inligting sal daarom streng vertroulik gehou word. In die navorsingsverslag waarin u ervarings en behoeftes gedokumenteer sal word, sal u naam en persoonlike besonderhede deur 'n skuilnaam vervang word indien dit nodig is om van name gebruik te maak.

7. DEELNAME EN ONTTREKING

U kan self besluit of u aan die studie wil deelneem of nie. Indien u inwillig om aan die studie deel te neem, kan u te eniger tyd daaraan onttrek sonder enige nadelige gevolge. U kan ook weier om bepaalde vrae te antwoord, maar steeds aan die studie deelneem. Die navorser kan u aan die studie onttrek indien omstandighede dit noodsaaklik maak. Indien dit byvoorbeeld blyk dat u die navorsing erg emosioneel ervaar, en dit vir u baie traumaties is, sal u deelname deur die navorser beëindig word ten spyte van u inwilliging om deel te neem aan die navorsing. U deelname sal ook beëindig word indien dit blyk dat u nie werklik 'n bydrae tot die navorsing kan lewer nie.

8. IDENTIFIKASIE VAN ONDERSOEKER

Indien u enige vrae of besorgdheid omtrent die navorsing het, staan dit u vry om in verbinding te tree met die navorser, Mev. Hester Terblanche, by telefoonnommer (044) 8758088, of u kan met my promotor, Prof. Sulina Green, in verbinding tree by telefoonnommer (021) 8082070.

9. REGTE VAN DEELNEMERS

U kan te eniger tyd u inwilliging terugtrek en u deelname beëindig, sonder enige nadelige gevolge vir u. Deur deel te neem aan die navorsing, doen u geensins afstand van enige wetlike regte, eise of regsmiddel nie. Indien u vrae het oor u regte as proefpersone by navorsing, skakel met Prof. Engelbrecht, telefoonnommer (021) 8084642 by die Eenheid vir Navorsingsontwikkeling.

BYLAE 4**VERKLARING DEUR PROEFPERSOON OF SY/HAAR REGSVERTENWOORDIGER**

Die bostaande inligting is aan my gegee en verduidelik deur in [Afrikaans/Engels/Xhosa] en [ek/die deelnemer] is dié taal magtig, of dit is bevredigend vir [my/hom/haar] vertaal. [Ek/die deelnemer] is die geleentheid gebied om vrae te stel, en [my/sy/haar] vrae is tot [my/sy/haar] bevrediging beantwoord.

[Ek willic hiermee vrywillig in om deel te neem aan die studie/Ek gee hiermee my toestemming dat die deelnemer aan die studie mag deelneem]. 'n Afskrif van hierdie vorm is aan my gegee.

Naam van proefpersoon/deelnemer

Naam van regsverteenvoordiger (indien van toepassing)

Handtekening van deelnemer/regsverteenvoordiger

Datum

VERKLARING DEUR ONDERSOEKER

Ek verklaar dat ek die inligting in hierdie dokument vervat verduidelik het aan en/of sy/haar/ regsverteenvoordiger
 Hy/sy is aangemoedig en oorgenoeg tyd gegee om vrae aan my te stel. Dié gesprek is in [*Afrikaans/*Engels/*Xhosa/*Ander] gevoer en [geen vertaler is gebvruik nie/die gesprek is in vertaal deur]

Handtekening van ondersoeker

Datum

Goedgekeur Subkokmittee A 25 Oktober 2004

BYLAE 5

BEVESTIGING VAN DEELNEMERS AAN NAVORSING

Hiermee bevestig ek dat ek die getranskribeerde weergawe van die onderhoud deur die navorser met my oor die versorging van my familielid met VIGS deurgegaan het en dat dit is soos die onderhoud verloop het. Ek wil graag die volgende byvoeg:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
HANDTEKENING VAN DEELNEMER

.....
DATUM

Ek het niks verder om by te voeg nie.

.....
HANDTEKENING VAN DEELNEMER

.....
DATUM

BRIEF IN KOERANT

Want to advertise? Tel: 044-8742424

George Herald, Thursday 3 May, 2012

Deadline:
Monday 16:00FAX 044 874 1393 | E-MAIL: letters@groupeditors.co.za

readers have their say
letters

WRITE TO: LETTERS | GEORGE HERALD | PO BOX 806 | GEORGE | 6530

Familieledede as primêre vigsversorgers

Ek is 'n nagraadse student aan die Departement Maatskaplike Ontwikkelingsprofessies aan die Universiteit van Stellenbosch. As deel van die vereistes vir my graad moet ek 'n navorsingsprojek onderneem, en om hierdie rede het ek besluit om navorsing te doen oor die belewenisse en behoeftes van familieledede as primêre vigsversorgers.

Ek sal graag wil kontak maak met familieledede wat verantwoordelik is vir die versorging van 'n familielid met vigs, en wat bereid is om my behulpsaam

te wees met my navorsing. Die doel hiermee is onder andere ook om ander mense wat in dieselfde situasie beland, behulpsaam te wees. Die inligting wat verkry word, word vertroulik hanteer, en indien deelnemers dit verkies, kan hulle skuilname gebruik in die navorsing.

Indien daar persone is wat bereid is om my hiermee behulpsaam te wees, kan hulle my gedurende kantoorure kontak by 044 875 8088, of na-ure by 044 873 4900.

Hester Terblanche, George

ONDERHOUDSRIGLYN

Die volgende versoeke en vrae het deel uitgemaak van die onderhoudsriglyn:

- Vertel vir my van jou familielid se siekte.
- Wat het jy beleef nadat jy besef het hy/sy het VIGS?
- Hoe beleef jy die versorging van jou siek familielid?
- Vertel vir my hoe die familielid se siekte julle verhouding beïnvloed?
- Hoe het die familielid se versorging jou lewe verander?
- Watter tipe ondersteuning kry jy met die versorging van jou siek familielid?
- Hoe beleef jy dit?
- Watter dienste dink jy is nodig om familieleden as VIGS-versorgers te help en te ondersteun?
- Enige raad wat jy aan ander families kan gee wat deur 'n soortgelyke ervaring gaan?